

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.

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

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

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

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Голова редакційної ради Запорожан В.М. (Одеса)

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

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

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

Миронюк І.С. (Ужгород)
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 № 7 від 25.10.2017 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 26 жовтня 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 «Коломіцин 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.

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

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

Liubinetz 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 № 7 of 25.10.2017.

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 October 26, 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

Актуальна тема

Печиборщ В.П., Якимець В.М., Слабкий Г.О., Вороненко В.В., Якимець В.В.
Роль єдиного медичного простору в організації медичної допомоги під час проведення АТО та подолання наслідків надзвичайних ситуацій 7

Здоров'я населення: тенденції та прогнози

Огнєв В.А., Трегуб П.О.
Фактори ризику та їх роль у виникненні хронічного панкреатиту серед населення 16

Рогач І.М., Погоріляк Р.Ю., Гаджега І.І., Міцьо Т.В.
Динаміка показників захворюваності дітей 0–14 років на вроджені аномалії розвитку та обґрунтування доцільності регіоналізації перинатальної допомоги в Закарпатській області 21

Миرونюк В.І.
Характеристика показників захворюваності дорослого населення Закарпатської області на хвороби шкіри та підшкірної клітковини, аналіз показників поширеності вказаних хвороб 25

Глушко Л.В., Гринів О.І.
Вплив хронічного психоемоційного напруження на стан вазодилатаційного резерву у пацієнтів з артеріальною гіпертензією 33

Питання демографічного розвитку

Дудіна О.О., Габорець Ю.Ю.
Медичні аспекти народжуваності (стан дітородної діяльності) 39

Дудник С.В.
Перспективні напрями досягнення ефективної державної політики у сфері охорони дитячого здоров'я та попередження дитячої смертності 46

Організація медичної допомоги

Безрук В.В., Шкробанець І.Д., Яценко Ю.Б., Безрук Т.О.
Ставлення керівників-організаторів охорони здоров'я щодо рівня та шляхів удосконалення організації надання нефрологічної допомоги на регіональному рівні 54

Огнєв В.А., Помогайбо К.Г.
Оцінка якості життя дітей та підлітків з ожирінням 61

Кравченко В.В.
Експертна оцінка організаційних аспектів діяльності комунальних і приватних консультативно-діагностичних центрів м. Кієва 67

Кручанниця В.В.
Характеристика розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області 73

Федосюк Р.М.
Обґрунтування моделі імплементації стратегічного плану дій з безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України 80

Реформування системи охорони здоров'я

Короткий О.В.
Вивчення поінформованості лікаря первинної ланки відносно якості надання медичної допомоги, дослідження його комунікацій з іншими об'єктами сфери охорони здоров'я (за даними соціологічного дослідження) 87

Лобас М.В.
Стратегічні підходи до реформування системи охорони здоров'я сільському населенню Черкаської області 95

Скрип В.В.
Готовність та спроможність системи охорони здоров'я регіонального рівня до автономізації закладів охорони здоров'я (за результатами соціологічного дослідження) 101

Наука – практиці охорони здоров'я

Артёмова Н.С., Ковальова О.М.
Фактори ризику та прогнозування летальних випадків у передчасно народжених дітей з важкими внутрішньошлуночковими крововиливами 108

Гасюк Н.В., Клитинская О.В., Радчук В.Б., Цуканов Д.В., Бородач В.А.
Некоторые особенности процессов дифференциации буккального эпителия в гендерном аспекте 114

*Клітинська О.В., Бородач В.О.,
Цуканов Д.В., Васько А.А., Шетеля В.В.*
**Визначення рівня мікробного ценозу
ротової рідини у дітей різних етнічних груп,
які постійно проживають в умовах
біогеохімічного дефіциту фтору та йоду 119**

*Мисула І.Р., Голяченко А.О.,
Мисула Ю.І., Голяченко О.А., Сидлярчук Н.І.*
**Сучасні аспекти відновного лікування
остеохондрозу хребта, поєданого
з остеопорозом 126**

Боротьба із соціально небезпечними хворобами

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Білак–Лук'янчук В.Й.
**Характеристика впливу антиретровірусної
терапії на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції
в Закарпатській області та забезпечення
населення консультуванням
і тестуванням на ВІЛ 130**

Некролог

**Пам'яті професора
Ніни Олександрівни Галічевої 137**

CONTENT

Actual theme

*Pechyborshch V.P., Yakymets V.M.,
Slabkiy G.O., Voronenko V.V., Yakymets V.V.*
**The role of a single medical space
in the organization of medical care
during the ATO and overcoming
the consequences of emergency situations** 7

Health of the population: tendencies and forecasts

Ognev V.A., Tregub P.O.
**Risk factors and their role in the emergence
of chronic pancreatitis among the population** 16

*Rogach I.M., Pohorilyak R.Yu.,
Gadzhega I.I., Mitsyo T.V.*
**Dynamics of incidence rates of children 0–14 years
on congenital anomalies of development and
justification of the expediency of regionalization
of perinatal care in the Transcarpathian region** 21

Myronyuk V.I.
**Characteristic of the indicators of adult
population morbidity of Transcarpathian region
on the diseases of the skin and subcutaneous
tissue and the indicators of the prevalence
of the diseases specified** 25

Glushko L.V., Hryniv O.I.
**Influence of chronic psycho-emotional stress
on the state vasodilatating reserve in patients
with arterial hypertension** 33

Issues of demographic development

Dudina O.O., Gaborets Yu.Yu.
**Medical aspects of fertility
(the state of fertile activity)** 39

Dudnyk S.V.
**Perspective directions of achieving of effective
state policy in the sphere of child health
and prevention of child mortality** 46

Organization of health care

*Bezruk V.V., Shkrobanets I.D.,
Yaschenko Yu.B., Bezruk T.O.*
**The attitude of headships-organizers
of the health service to the standards and ways
of enhancing the organization of nephrology
care at the regional level** 54

Ognev V.A., Pomogaybo K.G.
**Assessing the quality of life
of obese children and adolescents** 61

Kravchenko V.V.
**Expert evaluation of organizational aspects
of municipal and private consultative-diagnostic
centers in Kyiv** 67

Kruchanytsya V.V.
**Characteristics of the development
of primary medical-and-sanitary care
in Transcarpathian region** 73

Fedosiuk R.M.
**Substantiation of the implementation model
for the strategic patient safety action plan
in the anesthesiology and intensive care service
of Ukraine** 80

Reforming of public health system

Korotkiy O.V.
**The investigation of ways of interaction,
communications and feedback of primary health
care physicians with other objects of the health care
system and health services, determination of the
satisfaction of primary health care physicians
by the existing model of their activities
(after data of sociological questionnaire)** 87

Lobas M.V.
**Strategic approaches to reforming
the system of health care for rural
population of Cherkassy region** 95

Skryp V.V.
**The readiness and capability of the regional level
health care system to the autonomy of health care
institutions (according to the results
of the sociological research)** 101

Science for health care practice

Artiomova N.S., Kovalova O.M.
**Risk factors and prognosis of lethal incidents
in premature infants with severe
intraventricular haemorrhages** 108

*Gasyuk N.V., Klitynska O.V.,
Radchuk V.B., Tsukanov D.V., Borodach V.O.*
**Comparative characteristics of the flow process
of differentiation buccal epithelium
from a gender perspective** 114

*Klitynska O.V., Borodach V.O.,
Tsukanov D.V., Vasko A.A., Chetela V.V.*
**Determination of oral microbial communities
liquid of children of different ethnic groups
domiciled in biogeochemical deficiency
of fluorine and iodine 119**

*Mysula I.R., Golyachenko A.O.,
Mysula Yu.I., Golyachenko O.A., Sydlyaruk N.I.*
**Modern aspects of rehabilitation treatment
of osteochondrosis combined with osteoporosis 126**

Struggle against social-dangerous diseases

Slabkiy G.O., Myronyuk I.S., Bilak-Lukyanchuk V.Y.
**Characteristics of ART impact on the development
of HIV epidemic in Transcarpathian region
and provision of HIV counseling
and testing of population 130**

Obituary

**In Memory of Professor
Nina O. GALICHEVA (In Ukr.) 137**

УДК 614.2:355:001.8(477)

В.П. Печиборець¹, В.М. Якимець¹, Г.О. Слабкий², В.В. Вороненко³, В.В. Якимець⁴

Роль єдиного медичного простору в організації медичної допомоги під час проведення АТО та подолання наслідків надзвичайних ситуацій

¹ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», м. Київ, Україна

²ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

³ДУ «Науково-практичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України», м. Київ, Україна

⁴ТОВ «Органосін ЛТД», м. Київ, Україна

Мета – створити єдиний медичний простір держави, який передбачає забезпечення умов для найбільш ефективного і раціонального використання наявних медичних ресурсів, спрямованих на організацію ефективного медичного забезпечення військовослужбовців Збройних Сил України та інших військових формувань і населення країни під час АТО, а також на подолання наслідків надзвичайних ситуацій.

Матеріали та методи. Використано нормативно-правові акти щодо створення єдиного медичного простору в системі цивільного захисту населення під час АТО та на випадки надзвичайних ситуацій, а також наукові публікації з питань медичного забезпечення військових частин і населення в умовах сучасних військових конфліктів і гібридних воєн. Застосовано такі методи: історико-інформаційний, структурно-логічного аналізу, моделювання.

Результати. Висвітлено особливості співробітництва цивільної системи охорони здоров'я та медичних служб силових міністерств і відомств у процесі організації медичного забезпечення під час бойових дій у зоні АТО. Під час аналізу стану співробітництва в процесі лікувально-евакуаційних заходів серед населення зони АТО, у військах Збройних Сил України та інших військових формувань виявлено суттєві недоліки у створенні адекватної системи чіткої взаємодії, визначено шляхи їх усунення.

Висновки. Забезпечення ефективної медичної допомоги постраждалим під час антитерористичних операцій та подолання наслідків надзвичайних ситуацій є можливим за умови створення єдиного медичного простору держави.

Ключові слова: охорона здоров'я, єдиний медичний простір, санітарні втрати, цивільне населення.

Вступ

Останніми роками в усьому світі до суттєвих факторів, які негативно впливають на здоров'я населення, його смертність та інвалідність, належать наслідки надзвичайних ситуацій (НС) природного, техногенного, соціального та воєнного характеру. Все більша роль у державах приділяється особливостям організаційних, економічних та соціальних засад охорони здоров'я населення за умов впливу негативних наслідків НС будь-якого походження.

Враховуючи тенденції, що склали у світі, а також в Україні щодо глобалізації наслідків НС природного та техногенного характеру і зростання проявів тероризму та локальних військових конфліктів, виникнення військового конфлікту в нашій державі та прямої військової агресії з боку сусідньої держави, необхідно провести реформування діючої системи медичного захисту населення. Розробка уніфікованої схеми організації управління та взаємодії служби медицини катастроф під час подолання наслідків НС військового характеру в умовах проведення АТО набуває особливої актуальності.

Безперечно, незважаючи на Мінські угоди та інші заходи світової спільноти, збройний конфлікт на сході нашої держави продовжується і супроводжується значними людськими жертвами серед мирного населення

та військовослужбовців різних силових структур України. Крім того, збройний конфлікт на території нашої держави завдає значних матеріальних, фінансових, соціальних, психологічних збитків державі та її громадянам. Події останніх років, пов'язані зі збройним конфліктом на сході України, виявили ряд серйозних проблем у медичному забезпеченні військ та мирного населення і зумовили необхідність детального аналізу та вжиття адекватних заходів для їх подолання [3].

За час антитерористичної операції (АТО) на Донеччині загинуло 2608 українських військовослужбовців, у т.ч. 2200 – зі складу Збройних Сил (ЗС). Про це заявив президент України Петро Порошенко в рамках виступу на оперативних зборах керівного складу ЗС України, повідомив прес-секретар глави держави Святослав Цеголко в Twitter [25].

У грудні 2016 р. Організація Об'єднаних Націй (ООН) звітувала, що понад 32 тис. українців стали жертвами конфлікту на Донбасі. За отриманими даними, за 2,5 року війни (до 15 листопада 2016 р.) загинуло 9733 особи, майже 23 тис. зазнали поранень.

Безперечно, найбільші втрати у ЗС України, значно менші – у Міністерстві внутрішніх справ (МВС) України, Національній гвардії, Державній прикордонній службі (ДПС) України, Державній службі України з надзвичайних ситуацій (ДСНС), Службі безпеки України (СБУ).

Особливо великі втрати відмічаються серед мирного населення, яке проживає в зоні АТО. Відносні втрати мирних громадян серед загиблих сягає 73,2%, а серед поранених – 60,1%. Домінування числа вбитих і поранених серед цивільного населення над військовослужбовцями є однією з характерних особливостей гібридної війни [5], що є першою передумовою необхідності об'єднання зусиль і спільних дій систем військової та цивільної охорони здоров'я в Україні [10, 18].

Особливою проблемою для нашої держави є велика кількість внутрішньопереміщених осіб, яких налічується 673 тис. сімей загальною чисельністю 1 млн 65 тис. осіб.

Для забезпечення захисту життя і здоров'я мирних громадян від наслідків НС соціального та воєнного характеру під час бойових дій в особливий період, а також техногенного та природного характеру в мирний час практично у всіх державах світу створені і функціонують системи цивільного захисту (ЦЗ). Потреба у створенні таких систем зумовлена катастрофічним зростанням небезпечних для життя і здоров'я населення загроз та наслідків НС. Так, унаслідок бойових дій ХХ ст. відносні втрати цивільного населення щодо загальних втрат збільшилися в десятки разів. Якщо в роки Першої світової війни втрати серед цивільного населення склали 5% загальних втрат, у Другу світову – 48%, то під час війни в Кореї вони вже сягали 84%, під час війни США у В'єтнамі – 90%, а під час локального конфлікту в Чечні (1994–1996 рр.) – 95% від загального числа втрат.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), аналогічні показники зафіксовано в Республіці Ірак під час проведення «миротворчої операції», коли близько 79% медико-санітарних втрат припало на мирне населення [9].

Одним із різновидів сучасної війни є міжнародний конфлікт у Лівії, де, за даними спеціальних джерел, зокрема спецслужб Ірану, медико-санітарні втрати становлять близько 40 тис. осіб, з яких втрати мирного населення – близько 32–33 тис. осіб (80,0–82,5%) [8, 14]. Така тенденція продовжується і в ХХІ ст.

Керівний склад медичних служб ЗС України та інших військових формувань, професорсько-викладацький склад Української військово-медичної академії, Національної академії медичних наук (НАМН) України постійно бувають у зоні АТО, на місцях вивчають і «тримають руку на пульсі» в питаннях організації медичного забезпечення військ. Аналіз проблем медичного забезпечення завжди в полі зору наукових форумів, яких за останній час було проведено велика кількість.

Водночас слід зазначити, що проблеми медичного забезпечення ЗС України, інших військових формувань і добровольчих батальйонів знаходяться під постійною увагою керівництва держави та керівництва військових формувань.

Що стосується цивільної системи охорони здоров'я в єдиній державній системі ЦЗ, то при виникненні НС організація медичної допомоги постраждалим та особовому складу підрозділів ЦЗ та проведення лікувально-евакуаційних заходів постраждалим із зон НС покладаються на спеціалізовані медичні служби (МСЦЗ).

Надзвичайно серйозною проблемою державного управління нашої держави є те, що з моменту її створення до сьогодні, незважаючи на безумовні зовнішньополітичні та внутрішньодержавні проблеми, а також на нагальну потребу створення МСЦЗ, такі служби в нашій державі практично відсутні. З розпадом Радянського Союзу діюча раніше в УРСР республіканська система МСЦЗ фактично втратила дієвість, а нова не була створена, внаслідок неузгодженості законодавства та іншої нормативно-правової бази. Згідно з Кодексом цивільного захисту України [1], створено єдину державну службу ЦЗ, в якій достойне місце мають зайняти функціональні підсистеми ЦЗ МОЗ України та МСЦЗ [5].

Таким чином, настав час створення дієвого єдиного медичного простору держави, що передбачає забезпечення умов для найбільш ефективного і раціонального використання наявних медичних ресурсів, спрямованих на організацію повноцінного медичного забезпечення військовослужбовців ЗС України та інших військових формувань, а також населення країни.

Матеріали та методи

Вивчено нормативно-правові документи держави та інші джерела щодо створення єдиного медичного простору в єдиній державній системі цивільного захисту під час АТО та на випадки НС техногенного, природного, соціального та воєнного характеру.

Використано матеріали з питань організації надання медичної допомоги та лікування поранених і хворих, починаючи від поля бою (осередку масових санітарних втрат) до кваліфікованої, спеціалізованої, високоспеціалізованої медичної допомоги та реабілітації поранених і хворих та постраждалих в АТО.

У дослідженні використано наукові публікації, матеріали науково-практичних конференцій з питань медичного забезпечення військових частин і населення в умовах сучасних військових конфліктів і гібридних воєн.

Застосовано методи медичної та математичної статистики, демографічні методи, комп'ютерні технології.

Результати дослідження та обговорення

Указом Президента України від 24.09.2015 р. №555/2015 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 2 вересня 2015 року «Про нову редакцію Воєнної доктрини України» затверджено нову її редакцію, де визначено мету та основні завдання воєнної політики нашої держави, викладені в таких пунктах:

15. Головною метою воєнної політики України є створення умов для відновлення територіальної цілісності держави, її суверенітету і недоторканності в межах державного кордону України.

16. Основними цілями у сфері воєнної політики України є: відбиття збройної агресії Російської Федерації проти України;

забезпечення обороноздатності України на рівні, достатньому для запобігання виникненню збройного

конфлікту, а у разі збройного конфлікту – для його локалізації і нейтралізації.

17. Виходячи із засад внутрішньої і зовнішньої політики, з урахуванням характеру актуальних загроз національній безпеці, основними завданнями воєнної політики України у найближчий час і в середньостроковій перспективі є:

– локалізація та нейтралізація у найкоротший строк воєнно-політичної кризи у східних регіонах України, запобігання її переростанню у масштабну збройну агресію;

– ліквідація не передбачених законом збройних формувань та відновлення повного контролю державного кордону України [22].

На випадок НС воєнного характеру Воєнною доктриною України передбачені спільні дії ЗС з МВС, ДПС, Національною гвардією, СБУ, ДСНС.

Згідно з Воєнною доктриною, за мирного часу плануванням застосування ЗС України не передбачене ведення бойових дій на території суміжних держав, тому не створені відповідні формування медичної служби, а заплановане використання стаціонарної мережі цивільних та військових закладів охорони здоров'я за територіальним принципом.

За мирного часу створені територіальні госпітальні бази МОЗ України [2], на виконання постанови Кабінету Міністрів України (КМУ) від 11.03.2015 р. №101 «Про затвердження типових положень про функціональну і територіальну підсистеми єдиної державної системи цивільного захисту» [18]. Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України за активної участі ДСНС України створюються функціональні підсистеми єдиної державної системи цивільного захисту.

За мирного часу Міністерством оборони (МО) України створені мобільні військові госпіталі, які базувались на фондах військових клінічних центрів регіонів і призначені для надання кваліфікованої медичної допомоги на оперативних напрямках у зоні ведення бойових дій.

Згідно з вимогами ст. 4 Кодексу цивільного захисту України [10], визначена функція держави, спрямована на захист населення, територій, навколишнього природного середовища та майна від НС шляхом запобігання таким ситуаціям, ліквідації їх наслідків і надання допомоги постраждалим у мирний час та в особливий період. Згідно зі ст. 5, НС класифікуються на такі види: техногенного, природного характеру, соціальні та воєнні.

Водночас постановою КМУ від 09.01.2014 № 11 «Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту» створені дві функціональні підсистеми єдиної державної системи цивільного захисту (ЄДСЦЗ) а саме: підсистема медичного, біологічного та психологічного захисту та підсистема забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення [19].

Головними причинами проблем із медичним забезпеченням у зоні АТО є відсутність у медичних служб ЗС України та інших військових формувань необхідних сил і засобів, а також відсутність взаємодії та

узгодженості в діях медичних служб різних військових формувань і системи цивільної охорони здоров'я. Вирішення цих проблем, забезпечення поранених військовослужбовців і цивільного населення своєчасною медичною допомогою, якісне їх лікування можливе за умови створення в державі єдиної системи військової та цивільної охорони здоров'я та ЄДСЦЗ, яка б об'єднала зусилля всіх учасників у чітко працюючий механізм.

З метою збереження життя і здоров'я військовослужбовців через досягнення максимальної ефективності їх медичного забезпечення шляхом об'єднання зусиль медичних служб ЗС України, інших військових формувань та системи охорони здоров'я цивільного населення, у МО України опрацьований проект Воєнно-медичної доктрини України, який пройшов погодження у визначених центральних органах виконавчої влади України і правову експертизу в Міністерстві юстиції України та встановленим порядком направлений на затвердження до Адміністрації Президента України.

Згідно з Постановою Верховної Ради України від 22.04.2015 № 351-VIII «Про проведення Парламентських слухань на тему: «Про Військово-медичну доктрину України» [20], 30 травня 2015 р. вони були проведені, а Постановою Верховної Ради України від 25.11.2015 р. № 827-VIII «Про рекомендації парламентських слухань на тему: «Про військово-медичну доктрину України» [21] визначені основні пріоритети щодо прийняття та затвердження Воєнно-медичної доктрини України, яка стане основою побудови системи воєнної охорони здоров'я та базовим програмним документом для реформування і розвитку медичних служб ЗС України та інших військових формувань [2].

Військові лікарі в АТО надають методичну та консультативну допомогу цивільним лікарям у закладах охорони здоров'я, розташованих у зоні АТО або поблизу неї, а також надають медичну допомогу та лікують поранених із числа цивільного населення в зоні АТО.

Наразі система лікувально-евакуаційних заходів медичного забезпечення АТО передбачає надання медичної допомоги в порядку само- та взаємодопомоги, у подальшому – в медичних підрозділах військових частин і з'єднань, у розгорнутих військових мобільних госпіталях (ВМГ), Дніпропетровському військовому госпіталі (ВГ) та Військово-медичному клінічному центрі (ВМКЦ) Північного регіону, 17 центральних районних лікарнях у зоні бойових дій та в Дніпропетровській обласній клінічній лікарні імені І.І. Мечникова. Після необхідної медичної допомоги та стабілізації стану поранених їх евакуювали до Національного ВМКЦ «ГВКГ МО України» та інших ВМКЦ регіонів, а також клінічних закладів Національної академії медичних наук (НАМН) України.

Під час лікувально-евакуаційних заходів у ході АТО сформовані два основні евакуаційні напрями, з розгорнутими на них етапами медичної евакуації (рівнями медичного забезпечення) [7]:

– перший, переважно з Луганської області, – на Харків;

– другий, переважно з Донецької області, – на Дніпропетровськ.

Згодом сформовано третій евакуаційний напрям – на Запоріжжя.

Найбільш вагомий внесок у загальнодержавну справу медичного забезпечення АТО зробила Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова. З початку АТО в цій лікарні пройшли лікування станом на 31 серпня 2016 р. понад 2,1 тис. поранених бійців [24].

Зважаючи на тривалість АТО, велику кількість санітарних втрат, як серед військовослужбовців ЗС України, інших військових формувань, так і серед цивільного населення, сьогодні стало очевидним, що наявними силами та засобами медичних служб ЗС України та інших військових формувань, навіть за умов їх підсилення, доукомплектування та використання мобілізаційних ресурсів, активного маневру ними, неможливо повністю покрити потреби військ у медичному забезпеченні, що потребувало залучення до системи лікувально-евакуаційних заходів у зоні бойових дій цивільних закладів охорони здоров'я.

За таких умов виникла необхідність в організації чіткої взаємодії медичної служби ЗС України та медичних служб інших військових формувань і правоохоронних органів з цивільною системою охорони здоров'я, реалізованою шляхом створення відповідних штабів при МОЗ України, НАМН України, а нині сформований та продуктивно працює Військово-цивільний штаб при МО України [3].

Для повсякденної організації заходів із ліквідації наслідків НС воєнного характеру на сході України створена і успішно функціонує скоординована система МО, МВС, МОЗ, ДСНС, СБУ, НАМН та волонтерських організацій щодо надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) потерпілому населенню та військовослужбовцям ЗС, яка започаткувала свою діяльність зі створення Військово-цивільного координаційного штабу медичної допомоги (Штаб). У зоні ведення бойових дій організація і забезпечення надання само- і взаємодопомоги, домедичної, медичної, долікарської, лікарської допомоги покладається на медичну службу МО, МВС, Національної гвардії, ДПС та підрозділи ДСНС України.

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

Систематизовані форми і методи навчання військовослужбовців та населення з правил надання само- і взаємодопомоги та надання домедичної допомоги пораненим і постраждалим унаслідок НС.

Увесь особовий склад забезпечений засобами індивідуального медичного захисту, а військово-медичні частини та підрозділи – необхідним комплектно-табельним майном та оснащенням. З'явилися перші зразки засобів медичної евакуації з поля бою до етапів медичної евакуації та між етапами, активно використовуються засоби аеромедичної евакуації в тил країни.

У результаті вищеперелічених заходів набула певних організаційних форм система медичного забезпечення військовослужбовців у зоні АТО, скоротилися часові показники надання медичної допомоги, поліпшилася якість медичної допомоги та лікування, почали вирішуватися питання медичної та медико-соціальної реабілітації поранених.

Водночас не повністю вирішені питання взаємодії військової і цивільної охорони здоров'я щодо надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги і лікування поранених військовослужбовців у цивільних закладах охорони здоров'я різних форм власності внаслідок правових колізій у порядку та джерелах їх фінансування.

Медичне забезпечення переважної більшості поранених і постраждалих під час АТО із числа цивільного населення здійснюється в загальній системі охорони здоров'я держави, проте його проблеми до цього часу детально не вивчені та не проаналізовані. Слід зазначити, що медична інфраструктура в зоні бойових дій та на території окремих населених пунктів Донецької і Луганської областей зруйнована, а в цілому – розбалансована, що створює певні проблеми в забезпеченні доступною, гарантованою медичною допомогою як учасників АТО, так і цивільного населення.

Керівництво військово-цивільних адміністрацій Донецької і Луганської областей та їх департаментів охорони здоров'я вживає адекватні заходи щодо забезпечення стабільної роботи закладів охорони здоров'я в місцях їх постійної дислокації або ж на нових місцях після переміщення, організації медичного забезпечення цивільного населення, що проживає в районах бойових дій або суміжних із ними, надання медико-консультативної допомоги мешканцям населених пунктів, де відсутні або зруйновані заклади охорони здоров'я, наближення спеціалізованої медичної допомоги до населення, яке проживає в зоні розмежування тощо [6, 12, 13].

Що стосується сил і засобів ЕМД та медицини катастроф у функціональній підсистемі єдиної державної системи цивільного захисту, то, за даними оперативного штабу МОЗ України, у регіонах приведено у повну готовність 104 спеціалізовані бригади другої черги медицини катастроф із можливим терміновим виїздом до закладів охорони здоров'я Луганської та Донецької областей.

Крім того, відповідно до указів Президента України від 14.01.2015 № 14 «Про рішення Ради Національної безпеки та оборони України від 20.12.2014 «Про деякі оборонно-мобілізаційні питання» [23] та від 30.01.2015 №40 «Про додаткові заходи щодо забезпечення проведення часткової мобілізації у 2015 році» [17], розпорядження КМУ від 26.01.2015 № 47-р «Про встановлення режимів підвищеної готовності та надзвичайної ситуації» [15], з метою подолання наслідків НС державного рівня соціального та воєнного характеру згідно з наказом МОЗ України від 18.05.2015 № 75 у масштабі країни в лікарнях системи охорони здоров'я створено резерв ліжкового фонду з розрахунку 30% від

ліжкової потужності цих закладів, цим же наказом конкретизовано заходи для закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру [16].

Таким чином, означеними нормативно-правовими актами передбачено створення єдиного медичного простору в організації медичного забезпечення військ АТО, і це знайшло реальне відображення в ході бойових дій та передбачається весь комплекс підготовчих заходів на особливий період.

За офіційним визначенням, сутність лікувально-евакуаційних заходів полягає у своєчасному, послідовному та спадкоємному проведенні пораненим та хворим необхідних лікувальних заходів на полі бою (в осередках масових санітарних втрат) та на етапах медичної евакуації, в поєднанні з їх евакуацією до закладів охорони здоров'я, що забезпечують повноцінне лікування та реабілітацію.

Своєчасність досягається високим рівнем навченості особового складу бойових підрозділів правилам надання само і взаємодопомоги (домедичної) допомоги та медичної допомоги на полі бою, забезпеченістю особового складу індивідуальними засобами медичного захисту, з вчасною евакуацією пораненого (постраждалого) на етапи медичної евакуації за призначенням.

Послідовність і спадкоємність досягається високим рівнем підготовки медичного персоналу на всіх етапах медичної евакуації, єдиним розумінням бойової вогнепальної травми, чітким веденням медичної документації під час надання медичної допомоги, лікування та реабілітації.

В основу організації сучасної системи лікувально-організаційних заходів має бути покладена етапність

лікування поранених і хворих з евакуацією їх за призначенням та реабілітацією, а також сучасні принципи військово-профілактичної справи.

Принципи лікувально-евакуаційних заходів медичного забезпечення:

1. Своєчасність, послідовність і наступність у наданні медичної допомоги.
2. Надання медичної допомоги пораненим та хворим і скорочення терміну від моменту поранення до надання допомоги.
3. Ешелонування медичної допомоги між медичними підрозділами та закладами охорони здоров'я.
4. Поєднання заходів із надання медичної допомоги пораненим і хворим з евакуацією за призначенням.
5. Проведення інтенсивної терапії тяжко пораненим і хворим під час евакуації.
6. Спеціалізація медичної допомоги.
7. Санітарно-епідеміологічне забезпечення в зоні проведення АТО та інших воєнних конфліктів.

При наданні медичної допомоги пораненим і постраждалим на сучасному етапі потрібно враховувати існуючу систему медичного забезпечення військ, їх чисельність, напруженість і характер бойових дій, чисельність і структуру санітарних втрат, епідеміологічну ситуацію в зоні бойових дій, а також слід вивчати та досліджувати досвід воєнних конфліктів сучасності.

Структура санітарних втрат військовослужбовців ЗС України за анатомічною локалізацією порівняно з іншими збройними конфліктами та військовими операціями сучасності наведена в таблиці 1, а структура санітарних втрат за етіопатогенетичною ознакою – в таблиці 2.

Таблиця 1
Структура санітарних втрат військовослужбовців Збройних Сил України за анатомічною локалізацією порівняно з іншими збройними конфліктами та військовими операціями сучасності

Анатомічна ділянка	Афганістан (1979–1989)	Чеченська Республіка		Операція (Незалежності Іраку), Ірак (2003–2010) та (Операція Непохитна Свобода), Афганістан (2001–2010)	АТО (Україна) (15.04–14.02.2015)
		1994–1996	1999–2002		
Голова	14,8	34,4	26,3	24,3	25,7
Шия	1,6	1,1	0,9	2,4	2,3
Хребет	0,8	1,2	1,6	2,8	0,9
Грудна клітка	11,6	7,4	8,3	4,4	6,3
Живіт	8,3	4,5	4,9	6,2	4,0
Таз	3,8	3,5	4,8	2,5	0,8
Кінцівки	59,1	47,9	53,3	53,6	60,0
З них поєднані	23,4	23,3	24,1	11,0	13,6

Таблиця 2

Структура санітарних втрат за етіопатогенетичною ознакою

№ з/п	Характер пошкоджень	Афганістан (1979–1989)	Чеченська Республіка (1994–1996)	Чеченська Республіка (1999–2002)	АТО
1.	Вогнепальні поранення:	62,3	58,9	57,2	72,3
	- кульові	41,2	26,1	27,6	15,6
	- осколкові	58,8	32,8	29,6	56,7
2.	Травми	32,6	33,1	33,1	18,8
3.	Термічні ураження	3,6	5,7	6,2	2,7
4.	Комбіновані пошкодження:	1,5	2,3	3,5	6,2
	1) вогнепальні + травма;				4,7
	2) вогнепальні + термічні ураження;				0,4
	3) травма + термічні ураження;				0,9
	4) вогнепальні + термічні ураження + травма				0,2

В основі планування обсягу та структури медичної допомоги в зоні АТО та при НС техногенного та іншого характеру мають бути три категорії, прийняті в НАТО:

1. Поранені, які будуть живими, незважаючи на отримання будь-якої першої медичної (домедичної) допомоги.

2. Поранені, які помруть, незважаючи на отримання будь-якої першої медичної (домедичної) допомоги.

3. Поранені, які помруть, якщо не отримають вчасну та відповідну медичну допомогу.

Третя категорія поранених становить близько 25–27%. Під час проведення американською армією операції «Непохитна Свобода» та «Незалежність Іраку» структура третьої категорії поранених була такою:

- кровотечі – 91%;
- обструкція дихальних шляхів – 8%;
- напружений пневмоторакс – 1%.

У сучасних умовах набувають особливої актуальності такі принципи, як доступність, безкоштовне надання невідкладної медичної допомоги в зоні АТО і поза її межами, як військовослужбовцям, так і мирному населенню, що мешкає на даній території, або переселенцям.

Досвід організації Служби екстреної медичної допомоги США (1996) свідчить про доцільність створення спеціально підготовлених бригад ЕМД, що отримали назву «бригади тактичної медицини». Основне завдання яких полягає у медичному забезпеченні спеціальних, у т.ч. АТО щодо надання екстреної, життєзберігаючої медичної допомоги постраждалим при вогнепальних і мінно-вибухових пораненнях на небезпечних територіях. Для відпрацювання питань міжвідомчої та галузевої координації повноважних представників служби ЕМД залучають до планування проведення операції в межах їх компетенції [11].

Взаємодія цивільної системи охорони здоров'я починається тільки з етапу кваліфікованої медичної допомоги і відслідковується на подальших етапах медичної евакуації (спеціалізована та високо-спеціалізована медична допомога) з лікуванням та евакуацією за призначенням та подальшою реабілітацією.

Етапне лікування поранених і хворих з евакуацією їх за призначенням та реабілітацією, які базуються на принципах своєчасності, спадкоємності і послідовності у наданні медичної допомоги, його ешелонування за військовими медичними підрозділами та закладами та закладами охорони здоров'я, підтверджують свою актуальність і на сьогоднішній день.

Досвід ведення гібридної війни та напрацьовані положення навіть ще не затверджені Воєнно-медичної доктрини є яскравим свідченням того, що заходи організації медичного забезпечення ЗС та інших силових міністерств і відомств та організація чіткої взаємодії з цивільною системою охорони здоров'я, спрямованих на надання ЕМД пораненим і хворим військовослужбовцям та населенню на всіх етапах медичної евакуації, починаючи від поля бою до спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, та реабілітації реально впроваджуються в життя. Єдиний медичний простір у державі створюється, ефективність його впровадження перевіряється сьогодні в АТО.

Незважаючи на позитивні зрушення в організації медичного забезпечення, спостерігається недосконалість надання медичної допомоги в районах бойових дій на сході України як учасникам АТО, так і мирному населенню. Водночас потребують більш системного вирішення на загальнодержавному рівні питання удосконалення надання медичної допомоги та реабілітації громадян України, які постраждали внаслідок бойових дій.

Безперечним залишається факт щодо створення ефективної системи медичного забезпечення громадян,

які постраждали внаслідок бойових дій, включаючи заходи з проведення їм реабілітації медико-соціального спрямування.

Слід відмітити, що потребує термінового наукового обґрунтування методологія створення державної інтегрованої системи медичного забезпечення осіб, постраждалих під час проведення АТО, яка передбачала б вирішення проблеми на державному, міжвідомчому, регіональному та місцевих рівнях. Результатом її опрацювання та запровадження має стати забезпечення виконання визначених законодавством соціальних гарантій медичного спрямування громадянам України, які постраждали під час АТО, пошук джерел і запровадження механізму достатнього фінансування, раціонального використання державних коштів і медичних ресурсів на лікування та медичну реабілітацію [1].

Висновки

Незважаючи на значну кількість наукових робіт у галузі військової медицини, виконаних останнім часом, вирішення порушених нами проблем є досить

проблематичним і, на нашу думку, потребує ретельного наукового опрацювання.

Етапне лікування поранених і хворих з евакуацією їх за призначенням та реабілітацією, які базуються на принципах своєчасності, спадкоємності і послідовності в наданні медичної допомоги, його ешелонування за військовими медичними підрозділами та закладами охорони здоров'я, підтверджують свою актуальність і на сьогоднішній день.

Необхідною умовою поліпшення стану взаємодії в процесі організації медичного забезпечення військ та населення є глибоке вивчення і аналізування реального стану справ та опрацювання наукового обґрунтування методології створення державної інтегрованої системи медичного забезпечення, яка б передбачала вирішення проблем медичного забезпечення на державному, міжвідомчому, регіональному та місцевих рівнях [1].

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням процесу створення єдиного медичного простору в країні.

Література

1. *Антитерористична операція в Україні: уроки медичного забезпечення* / В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський, М. В. Кудренко, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3 (Спецвипуск). – С. 31–35.
2. *Білий В. Я.* Місце та роль Воєнно-медичної доктрини України у формуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час / В. Я. Білий, В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський // Наука і оборона. – 2015. – № 1. – С. 9–14.
3. *Верба А. В.* Роль і місце військової медицини в єдиному медичному просторі України / А. В. Верба // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3 (спецвипуск). – С. 19–21.
4. *Військово-медична підготовка* / М. І. Бадюк, В. П. Токарчук, В. В. Солярик [та ін.] / за заг. ред. М. І. Бадюка. – Київ, 2007. – С. 106.
5. *Гібридна війна*, Вікіпедія [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://uk.wikipedia.org/wiki/Гібридна_війна. – Назва з екрана.
6. *Допомога* медиків прифронтовим районам Луганщини [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://loga.gov.ua/oda/about/depart/oz/news/2015/06/10/news_66114.html. – Назва з екрана.
7. *Досвід організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у ході антитерористичної операції* : матеріали науково-практичної конференції в Українській військово-медичній академії, м. Київ, 18.12.2014 р. – Київ, 2014.
8. *Жертвами війни в Лівії стали більше 50 тисяч людей* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://tsn.ua/svit/zhertvami-viyni-v-liviyi-stali-bilshe-50-tisyach-lyudey.html>. – Назва з екрана.
9. *Ірак: 100000 вбитих цивільних осіб* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.newsmarket.com.ua/2012/01/irak-100000-vbitih-tsivilnih-osib>. – Назва з екрана.
10. *Кодекс цивільного захисту України від 02.10.2012 № 5403-VI* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5403-17>. – Назва з екрана.
11. *Мазуренко О. В.* Тактична медицина як основна складова екстреної медичної допомоги при проведенні антитерористичної операції / О. В. Мазуренко, Г. Г. Рошнін, В. О. Волошин // Новости медицины и фармации. – 2015. – № 1 (525). – С. 16.
12. *Наближення спеціалізованої медичної допомоги до населення* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://loga.gov.ua/oda/about/depart/oz/news/2015/06/04/news_65996.html. – Назва з екрана.
13. *О работе ортопедо-травматологического отделения Луганской областной клинической больницы* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://loga.gov.ua/oda/about/depart/oz/news/2015/07/20/news_66875.html. – Название с экрана.
14. *Последствия гражданской войны в Ливии* [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.newsmarket.com.ua/2012/01/irak-100000-vbitih-tsivilnih-osib>. – Название с экрана.

15. Про встановлення режимів підвищеної готовності та надзвичайної ситуації : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.01.2015 № 47-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/47-2015-p>. – Назва з екрана.
16. 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 № 75 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20150218_0075.html. – Назва з екрана.
17. Про додаткові заходи щодо забезпечення проведення часткової мобілізації у 2015 році : Указ Президента України від 30.01.2015 р. № 40 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/40/2015>. – Назва з екрана.
18. Про затвердження типових положень про функціональну і територіальну підсистеми єдиної державної системи цивільного захисту : Постанова Кабінету Міністрів України від 11.03.2015 № 101 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/101-2015-p>. – Назва з екрана.
19. Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту : Постанова Кабінету Міністрів України від 09.01.2014 № 11 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/11-2014-p>. – Назва з екрана.
20. Про проведення Парламентських слухань на тему: «Про Військово-медичну доктрину України» : Постанова Верховної Ради України від 22.04.2015 № 351-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://rada.gov.ua/archive/2015/04/24?sort=DESC&page_count=20. – Назва з екрана.
21. Про рекомендації Парламентських слухань на тему: "Про військово-медичну доктрину України : Постанова Верховної Ради України від 25.11.2015 № 827-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
22. 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 № 555/2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/n0016525-15>. – Назва з екрана.
23. Про рішення Ради Національної безпеки та оборони України від 20 грудня 2014 р. «Про деякі оборонно-мобілізаційні питання» : Указ Президента України від 14.01.2015 № 14 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/14/2015>. – Назва з екрана.
24. Режим доступу : <https://www.unian.ua/society/1496319-z-pochatku-ato-v-likarni-mechnikova-proyshli-likuvannya-ronad-2-tisyach-poranenih-biytsiv.html>.
25. Режим доступу : <https://www.rbc.ua/rus/news/vremya-ato-donbasse-pogibli-2-608-ukrainskih-1487758621.html>.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.10.2017 р.

Роль єдиного медичного пространства в організації медичної допомоги во время проведення АТО и преодоление последствий чрезвычайных ситуаций

В.П. Печиборці¹, В.Н. Якимець¹,

Г.А. Слабкий², В.В. Вороненко³, В.В. Якимець⁴

¹ГУ «Український научно-практичний центр екстренної медичної допомоги і медицини катастроф МЗ України», г. Київ, Україна

²ГВУЗ «Ужгородський національний університет», г. Ужгород, Україна

³ГУ «Научно-практичний центр дитячої кардіології і кардіохірургії МЗ України», г. Київ, Україна

⁴ООО «Органосин ЛТД», г. Київ, Україна

Цель – создать единое медицинское пространство государства, что предусматривает обеспечение условий для наиболее эффективного и рационального использования имеющихся медицинских ресурсов, направленных на организацию эффективного

медичного забезпечення воєннослужащих Вооруженных Сил Украины и других военных формирований и населения страны во время АТО, а также на преодоление последствий чрезвычайных ситуаций.

Материалы и методы. Использованы нормативно-правовые акты по созданию единого медицинского пространства в системе гражданской защиты населения во время АТО и на случаи чрезвычайных ситуаций, а также научные публикации по вопросам медицинского обеспечения военных частей и населения в условиях современных военных конфликтов и гибридных войн. Применены такие методы: историко-информационный, структурно-логического анализа, моделирования.

Результаты. Отражены особенности сотрудничества гражданской системы здравоохранения и медицинских служб силовых министерств и ведомств в процессе организации медицинского обеспечения во время боевых действий в зоне АТО. При анализе состояния сотрудничества в процессе лечебно-эвакуационных мероприятий среди населения зоны АТО,

в войсках Вооруженных Сил Украины и других военных формирований выявлены существенные недостатки в создании адекватной системы четкого взаимодействия, определены пути их устранения.

Выводы. Обеспечение эффективной медицинской помощи пострадавшим во время антитеррористических операций и преодоления последствий чрезвычайных ситуаций возможно при условии создания единого медицинского пространства государства.

Ключевые слова: охрана здоровья, единое медицинское пространство, санитарные потери, гражданское население.

The role of a single medical space in the organization of medical care during the ATO and overcoming the consequences of emergency situations

V.P. Pechyborshch¹, V.M. Yakymets¹,
G.O. Slabkiy², V.V. Voronenko³, V.V. Yakymets⁴

¹SI "Ukrainian scientific and practical center of emergency medical care and disaster medicine of the Ministry of Health of Ukraine", Kyiv, Ukraine

²SU "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

³PE "Scientific and practical center for pediatric cardiology and cardiology of the Ministry of Health of Ukraine", Kyiv, Ukraine

⁴LLC "Organosin LTD", Kyiv, Ukraine

Purpose. Creation of a single medical space of the state that involves the creation of conditions for the most effective and efficient use of available medical resources aimed at

organizing an effective medical support of military personnel of the Armed Forces of Ukraine and other military formations and the population during the ATO and overcoming the consequences of emergency situations.

Materials and methods. The regulatory and legislative documents concerning the creation of single medical space in the system of civil protection of the population while conducting anti-terrorist operations and in cases of emergency situations. Scientific publications on the issues of medical support of military units and the population in the conditions of modern military conflicts and hybrid wars. Methods applied: historical-and-informational, of structural-and-logical analysis, modeling.

Results. The article outlined the special features of cooperation between civilian health care and medical services of power ministries and departments in the process of organizing medical support during combat in the area of ATO. The analysis of the state of cooperation in the process of implementing medical-and-evacuation measures among the population of the ATO zone and in the armed forces and other military formations showed significant deficiencies in the establishment of an adequate system of clear cooperation and defined the ways of their elimination.

Conclusions. Ensuring of effective medical care to victims during anti-terrorist operations and overcoming the consequences of emergency situations is possible in case of creating a single medical space of the country.

Key words: health care, single medical space, sanitary losses, civil population.

Відомості про авторів

Печиборщ В'ячеслав Петрович – Заслужений лікар України, д.мед.н., доц., завідувач відділу наукового супроводу організації та управління медичною допомогою при надзвичайних ситуаціях ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України»; вул. Братиславська, 3, м. Київ, 02000, Україна.

Якимець Володимир Миколайович – Заслужений лікар України, д.мед.н., проф., старший науковий співробітник ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України»; вул. Братиславська, 3, м. Київ, 02000, Україна.

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.

Вороненко Володимир Васильович – Заслужений лікар України, д.мед.н., проф., заступник директора ДУ «Науково-практичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України»; вул. В.Чорновола, 28/1, м. Київ, 01135, Україна.

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

УДК 616.37-002.2-036.1:001.8

В.А. Огнєв, П.О. Трезуб

Фактори ризику та їх роль у виникненні хронічного панкреатиту серед населення

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета – визначити фактори ризику та обґрунтувати їх роль у виникненні хронічного панкреатиту серед населення.

Матеріали та методи. Проведено соціологічне дослідження 500 осіб віком від 18 років.

Результати. При обробці отриманих даних встановлено, що 26 факторів ризику достовірно впливають на виникнення хронічного панкреатиту. Виявлені фактори розділено на три групи: соціальні, біологічні та психологічні. Також проведено аналіз впливу кожної з цих груп факторів.

Висновки. Провідними факторами ризику виникнення хронічного панкреатиту є соціальні та біологічні фактори.

Ключові слова: фактори ризику, хронічний панкреатит.

Вступ

Однією з актуальних проблем у структурі загальної захворюваності серед дорослого населення в Україні є захворювання шлунково-кишкового тракту, серед них найбільш важкопрогнозованим та недостатньо керованим захворюванням є хронічний панкреатит. Він має високу поширеність, часто призводить до госпіталізації та інвалідності, а також до довготривалої тимчасової непрацездатності хворих, у тому числі серед населення працездатного віку і, як наслідок, можна зробити висновок, що хронічний панкреатит є не тільки медичною, а й важливою соціально-економічною проблемою [5]. Захворювання на хронічний панкреатит супроводжується, як правило, зниженням якості життя хворого. При його рецидивному перебігу, розвиваються ускладнення. Крім того, за даними наукової літератури, наявність хронічного панкреатиту у пацієнта є значним фактором ризику виникнення раку підшлункової залози [4, 6, 7]. Проблема хронічного панкреатиту характерна не тільки для України, але й для інших країн. Так, за останні 30 років у світі відзначається двократне зростання числа хворих на хронічний панкреатит [1–3]. Унаслідок чого вирішення цього питання є актуальною задачею для ВООЗ. Хронічний панкреатит – це поліетіологічне захворювання. Таким чином, визначення і оцінка факторів ризику та їх ролі у виникненні хронічного панкреатиту серед населення є актуальним завданням сучасної медицини.

Мета роботи – визначити фактори ризику та обґрунтувати їх роль у виникненні хронічного панкреатиту серед населення.

Матеріали та методи

Для проведення медико-соціологічного дослідження відповідно до поставленої мети здійснено анонімне анкетування 300 хворих на хронічний панкреатит, які проживають у місті Харкові та в

Харківській області та звернулися по медичну допомогу в лікувально-профілактичні заклади з приводу цього захворювання. Контрольна група складала 200 практично здорових осіб, ідентичних за статтю, віком та іншими параметрами до основної групи. Таким чином, у дослідженні взяли участь 500 осіб віком від 18 років, що надали письмову інформаційну згоду на участь у даному медико-соціологічному дослідженні. Дослідження проведено за допомогою спеціально розроблених карт опитування, що містили різні блоки питань, а саме: загальні дані, анамнез життя, питання щодо особливостей харчування з урахуванням особливостей досліджуваної патології та інші. Статистична обробка матеріалу, проведена за допомогою пакета статистичних програм «Stadia-6» (серійний номер ліцензійного паспорту 1218 від 24 травня 2000 р., версія «Prof»).

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами дослідження встановлено, що на виникнення хронічного панкреатиту мають достовірний вплив 26 факторів ризику. Виявлені фактори ризику були розподілені на 3 групи, а саме: соціальні, біологічні та психологічні. Встановлено, що на виникнення хронічного панкреатиту найбільший вплив мають соціальні фактори (коефіцієнт впливу 5,61), наступною групою за рівнем впливу є біологічні фактори (коефіцієнт впливу – 5,33). Психологічні фактори мають найменший рівень впливу (коефіцієнт впливу – 4,75).

Серед факторів ризику, які мали достовірний вплив на виникнення хронічного панкреатиту серед населення та які були віднесені до групи соціальних факторів, належать: переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі, хронічне вживання алкоголю, наявність травм в області живота, тютюнопаління, порушення режиму харчування, надмірні фізичні навантаження, схильність до переїдання, прийом токсичних лікарських препаратів, великі перерви між

прийомами їжі, наявність зайвої ваги або ожиріння, низький дохід на 1-го члена сім'ї, відсутність активного відпочинку та відсутність вищої освіти.

Дослідженням доведено, що серед факторів ризику найвищий вплив мали такі фактори, як переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі та хронічне вживання алкоголю, відповідно η -12% та η -11%. Вживання даного виду їжі призводить до додаткового навантаження на підшлункову залозу, що в свою чергу веде до посиленого вироблення нею ферментів, які можуть також негативно впливати і на саму залозу. Серед респондентів в основній групі показник переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі склав $68,6 \pm 2,7\%$, у контрольній групі $33,3 \pm 3,4\%$, показник відношення шансів $OR=4,36$; $p<0,001$. Хронічне вживання алкоголю, як фактор ризику хронічного панкреатиту полягає в тому, що під дією етанолу відбувається спазм сфінктера Одді з наступним застоєм підшлункового соку в самій протоці залози. Цей фактор виявлений в $65 \pm 2,8\%$ основної групи та $31,2 \pm 3,3\%$ контрольної групи ($OR=4,10$; $p<0,001$; η -11%). Важливим фактором також є травми живота, наприклад, при падінні чи ударі, їх рівень склав $43 \pm 2,9\%$ в основній групі та $14,8 \pm 2,5\%$ у групі контролю ($OR=4,34$; $p<0,001$; η -9%). Тютюнопаління також впливає на ризик виникнення хронічного панкреатиту, за даними дослідження, $61,2 \pm 2,8\%$ таких пацієнтів виявлено в основній групі та $31,5 \pm 3,3\%$ у контрольній ($OR=4,34$; $p<0,001$; η -8%). Дані щодо порушення режиму харчування виявлено: в основній групі $54 \pm 2,9\%$ та $29,2 \pm 3,3\%$ ($OR=2,84$; $p<0,001$; η -6%). Надмірні фізичні навантаження мають негативний вплив як на весь організм, так і на підшлункову залозу зокрема. Частота виявлення даного фактора в основній групі

$44,3 \pm 2,9\%$ та $69,3 \pm 3,3\%$ у контрольній групі ($OR=0,35$; $p<0,001$; η -6%). Схильність до переїдання – це наступний досліджуваний фактор ризику виникнення хронічного панкреатиту, оскільки великий об'єм їжі постійно порушує роботу підшлункової залози. В основній групі частота склала $55,7 \pm 2,9\%$, у контрольній групі $30,8 \pm 3,3\%$ ($OR=2,83$; $p<0,001$; η -6%). Прийом токсичних лікарських препаратів має негативний вплив на підшлункову залозу і в основній групі частота склала $30,2 \pm 2,7\%$, а в контрольній – $10,1 \pm 2,1\%$ ($OR=3,85$; $p<0,001$; η -5%). Великі перерви між прийомами їжі призводять до того, що підшлункова залоза знаходиться в стані стресу, що порушує вироблення інсуліну. Для основної групи даний показник склав $58 \pm 2,9\%$ та для контрольної – $41,9 \pm 3,5\%$ ($OR=1,91$; $p<0,001$; η -2%). Наявність зайвої ваги або ожиріння призводить до того, що підшлункова залоза функціонує в умовах великого навантаження. В основній групі частота виявлення цього фактора склала $57,3 \pm 2,9\%$ та $43,2 \pm 3,5\%$ ($OR=1,76$; $p<0,01$; η -2%). Низький дохід на одного члена сім'ї в основній групі складає $63,4 \pm 2,8\%$, а в контрольній – $47,2 \pm 3,6\%$ ($OR=1,94$; $p<0,001$; η -2%). Відсутність активного відпочинку впливає на психологічний стан, самопочуття, нормальне функціонування всіх органів і систем, у т.ч. травну систему. В основній групі $51 \pm 2,9\%$ та $66,5 \pm 3,4\%$ у контрольній піддаються впливу даного фактора ($OR=0,52$; $p<0,001$; η -2%). Відсутність вищої освіти має свій негативний вплив, оскільки встановлено зв'язок між рівнем здоров'я та рівнем освіти. Для основної групи цей показник складає $46,1 \pm 2,9\%$, а для контрольної – $32,1 \pm 3,3\%$ ($OR=1,81$; $p<0,01$; η -2%). Розрахункові дані про вплив соціальних факторів ризику на виникнення хронічного панкреатиту серед населення наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Соціальні фактори ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення

Фактор ризику	Основна група P±m (%)	Контрольна група P±m (%)	OR	Сила впливу (η)	P
1. Переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі	68,6±2,7	33,3±3,4	4,36	12	<0,001
2. Хронічне вживання алкоголю	65,0±2,8	31,2±3,3	4,10	11	<0,001
3. Наявність травм у ділянці живота	43,0±2,9	14,8±2,5	4,34	9	<0,001
4. Тютюнопаління	61,2±2,8	31,5±3,3	3,44	8	<0,001
5. Порушення режиму харчування	54,0±2,9	29,2±3,3	2,84	6	<0,001
6. Надмірні фізичні навантаження	44,3±2,9	69,3±3,3	0,35	6	<0,001
7. Схильність до переїдання	55,7±2,9	30,8±3,3	2,83	6	<0,001
8. Прийом токсичних лікарських препаратів	30,2±2,7	10,1±2,1	3,85	5	<0,001
9. Великі перерви між вживанням їжі	58,0±2,9	41,9±3,5	1,91	2	<0,001
10. Наявність зайвої ваги або ожиріння	57,3±2,9	43,2±3,5	1,76	2	<0,01
11. Низький дохід на 1 члена сім'ї	63,4±2,8	47,2±3,6	1,94	2	<0,001
12. Відсутність активного відпочинку	51,0±2,9	66,5±3,4	0,52	2	<0,001
13. Відсутність вищої освіти	46,1±2,9	32,1±3,3	1,81	2	<0,01

Крім соціальних факторів, велике значення для виникнення хронічного панкреатиту серед населення

мають також біологічні фактори: захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба), наявність таких

захворювань як: ентерит, виразкова хвороба 12-палої кишки, шлунка, наявність паразитарних захворювань, вроджені аномалії підшлункової залози, спадкова схильність, генетичні мутації, такі як муковісцидоз, полікістоз, наявність серцево-судинної або печінкової недостатності, наявність ендокринних захворювань та перенесені або наявні інфекційні захворювання.

Серед групи біологічних факторів ризику найбільший вплив має захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба). В основній групі 55±2,9% піддавалися впливу даного фактора, в контрольній – 22,2±3,0% (OR=4,3; p<0,001; η-10%). За градацією по силі впливу друге місце займає наявність таких захворювань, як: ентерит, виразкова хвороба 12-палої кишки, шлунка. За даними дослідження, в основній групі мали місце такі захворювання в 30,5±2,7%, а в контрольній – 8,1±1,9% (OR=4,96; p<0,001; η-7%). Наявність паразитарних захворювань суттєво сприяє виникненню хронічного панкреатиту, так для основної групи цей показник склав 25,3±2,5%, у контрольній групі – 5,6±1,6% (OR=5,68; p<0,001; η-6%). Вроджені аномалії підшлункової залози, як правило, супроводжуються зміною просвіту протоки, що призводить до порушення відтоку панкреатичного соку. В основній групі таких хворих було 21,7±2,4%, в контрольній – 4,1±1,4%, при цьому сила впливу фактора склала η-6% (OR=6,53; p<0,001). Спадкова схильність

до хронічного панкреатиту була виявлена у близьких родичів серед пацієнтів основної групи у 57,3±2,9% випадків, контрольної – 33,5±3,3% (OR=2,67; p<0,001; η-5%). Генетичні мутації, такі як муковісцидоз, полікістоз, часто призводять до того, що відбувається фіброзування тканини підшлункової залози, що негативно впливає на її роботу. В основній групі частота даного фактора склала 17,7±2,2%, у контрольній – 2,6±1,2% (OR=7,94; p<0,001; η-5%). Наявність серцево-судинної або печінкової недостатності призводить до набряку та запалення підшлункової залози. За даними дослідження, 25,1±2,5% основної та 8,2±2,0% контрольної групи піддавались впливу цього фактора (OR=3,73; p<0,001; η-4%). Наявність ендокринних захворювань в ряді випадків супроводжується порушенням вироблення підшлунковою залозою гормонів інсуліну та глюкагону, частота цього фактора в основній групі була 21,5±2,4%, а в контрольній – 7,3±1,9% (OR=3,51; p<0,001; η-3%). Перенесені або наявні інфекційні захворювання як фактор ризику виникнення хронічного панкреатиту часто призводять до запалення підшлункової залози, негативно впливаючи на її роботу. Дослідження виявило вплив даного фактора в основній групі 20,9±2,4%, в контрольній групі – 8,8±2,0% (OR=2,75; p<0,001; η-2%). Розрахункові дані про вплив біологічних факторів ризику на виникнення хронічного панкреатиту серед населення представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Біологічні фактори ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення

Фактор ризику	Основна група P±m (%)	Контрольна група P±m (%)	OR	Сила впливу (η)	P
1. Захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба)	55±2,9	22,2±3,0	4,30	10	<0,001
2. Наявність захворювань: ентериту, виразкової хвороби 12-палої кишки, шлунка	30,5±2,7	8,1±1,9	4,96	7	<0,001
3. Наявність паразитарних захворювань	25,3±2,5	5,6±1,6	5,68	6	<0,001
4. Вроджені аномалії підшлункової залози	21,7±2,4	4,1±1,4	6,53	6	<0,001
5. Спадкова схильність	57,3±2,9	33,5±3,3	2,67	5	<0,001
6. Генетичні мутації, такі як муковісцидоз, полікістоз	17,7±2,2	2,6±1,2	7,94	5	<0,001
7. Наявність серцево-судинної або печінкової недостатності	25,1±2,5	8,2±2,0	3,73	4	<0,001
8. Наявність ендокринних захворювань	21,5±2,4	7,3±1,9	3,51	3	<0,001
9. Перенесені або наявні інфекційні захворювання	20,9±2,4	8,8±2,0	2,75	2	<0,001

Важливе значення у виникненні хронічного панкреатиту також відіграють психологічні фактори ризику: психоемоційне напруження, неповноцінний нічний відпочинок, смерть близьких родичів та невірноваженість характеру. Проведена нами оцінка психологічних факторів ризику підтвердила вплив психоемоційного стану на виникнення цієї патології. Найвищу силу впливу серед психологічних факторів має фактор психоемоційного напруження, частота якого в

основній групі склала 72,0±2,6%, в контрольній – 42,6±3,5% (OR=3,45; p<0,001; η-8%). Наявність неповноцінного нічного відпочинку виявлено у 60,0±2,9% основної групи та 33,3±3,4% контрольної групи (OR=3,00; p<0,001; η-7%). Смерть близьких родичів також є важливим психологічним фактором ризику. За даними нашого дослідження піддавались впливу даного фактору в основній групі 73,3±2,6%, а в контрольній групі – 55±3,6% (OR=2,25; p<0,001; η-3%).

Неврівноваженість характеру має прямий вплив на стан здоров'я та призводить до виникнення захворювань. Серед основної групи частота даного фактора склала 64,4±2,8%, а серед контрольної – 51,5±3,6% (OR=1,70;

$p<0,01$; η -1%). Розрахункові дані про вплив психологічних факторів ризику на виникнення хронічного панкреатиту серед населення наведено в таблиці 3.

Таблиця 3

Психологічні фактори виникнення хронічного панкреатиту серед населення

Фактор ризику		Основна група P±m (%)	Контрольна група P±m (%)	OR	Сила впливу (η)	P
1.	Психоемоційне напруження	72,0±2,6	42,6±3,5	3,45	8	<0,001
2.	Неповноцінний нічний відпочинок	60,0±2,9	33,3±3,4	3,00	7	<0,001
3.	Смерть близьких родичів	73,3±2,6	55,0±3,6	2,25	3	<0,001
4.	Неврівноваженість характеру	64,4±2,8	51,5±3,6	1,70	1	<0,01

Висновки

У ході медико-соціального дослідження здійснена кількісна оцінка соціальних, біологічних та психологічних факторів ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення, відображених нижче за показником сили впливу: переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі; хронічне вживання алкоголю; захворювання жовчного міхура (жовчнокам'яна хвороба); наявність травм в області живота; тютюнопаління; психоемоційне напруження; наявність захворювань: ентериту, виразкової хвороби 12-палої кишки, шлунку; неповноцінний нічний відпочинок; наявність паразитарних захворювань; вроджені аномалії підшлункової залози; порушення режиму харчування; надмірні фізичні навантаження; схильність до переїдання; спадкова схильність; генетичні мутації, такі як муковісцидоз, полікістоз; прийом токсичних лікарських препаратів; наявність серцево-судинної або печінкової недостатності; наявність ендокринних захворювань; смерть близьких родичів; перенесені або наявні інфекційні захворювання; великі перерви між прийомами їжі; наявність зайвої ваги або ожиріння; низький дохід на 1-го члена сім'ї; відсутність активного відпочинку; відсутність вищої освіти та невірноваженість характеру.

Доведено, що провідна роль у виникненні хронічного панкреатиту серед населення належить соціальним факторам ризику (переважання в раціоні м'ясної жирної гострої смаженої їжі та хронічне вживання алкоголю) (OR=4,36; $p<0,001$; η -12% та OR=4,10; $p<0,001$; η -11% відповідно) та біологічним факторам (захворювання жовчного міхура, жовчнокам'яна хвороба) (OR=4,30; $p<0,001$; η -10%). Серед психологічних факторів найбільш впливовим є фактор психоемоційного напруження, сила впливу даного фактора складає η -8% (OR=3,45; $p<0,001$).

Застосована в дослідженні методика диференційованого вивчення впливу факторів ризику на виникнення хронічного панкреатиту дала можливість здійснити ранжування факторів ризику за показником сили впливу, що має важливе значення для визначення пріоритетності при проведенні заходів з первинної та вторинної профілактики хронічного панкреатиту та більш раціонального і ефективного використання ресурсів системи охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень полягають у тому, що отримані нами дані щодо факторів ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення в подальшому можуть бути застосовані при оптимізації моделі медико-соціальної реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Література

1. Казюлин А. Н. Современные представления об этиологии хронического панкреатита / А. Н. Казюлин // Вестник Клуба панкреатологов. – 2016. – № 3. – С. 40–43.
2. Кітура О. Є. Вплив лікування на якість життя хворих на хронічний панкреатит / О. Є. Кітура // Вісник проблем біології і медицини. – 2013. – Вип. 3 (1). – С. 100–103.
3. Ошмянская Н. Ю. Особенности гибели и регенерации клеток поджелудочной железы на ранних этапах развития алкогольного хронического панкреатита / Н. Ю. Ошмянская, А. А. Галинский, Ю. А. Гайдар // Вісник Дніпропетровського університету. Серія : Біологія. Медицина. – 2014. – Вип. 5 (2). – С. 138–142.
4. Панкреатит, рак поджелудочной железы и ожерение: гипотезы и факты. / И. Н. Григорьева, О.В. Ефимова, Т. С. Суворова, Н. Л. Тов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2014. – № 9. – С. 4–10.
5. Степанов Ю. М. Хронічний панкреатит: біліарний механізм, чинники та перебіг / Ю. М. Степанов, Н. Г. Заїченко // Запорожский медицинский журнал. – 2012. – № 1 (70). – С. 46–50.

6. *Environmental risk factors for chronic pancreatitis and pancreatic cancer* / C. Nitsche, P. Simon, F. Weiss [et al.] // *Dig. Dis.* – 2011. – Vol. 29, N 2. – P. 235–242.
7. *Incidence of and risk factors for developing pancreatic cancer in patients with chronic pancreatitis* / Y. Kudo, T. Kamisawa, H. Anjiki [et al.] // *Hepatogastroenterology.* – 2011. – Vol. 58, N 106. – P. 609–611.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.10.2017 р.

Факторы риска и их роль в возникновении хронического панкреатита среди населения

В.А. Огнев, П.О. Трегуб
Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель – определить факторы риска и обосновать их роль в возникновении хронического панкреатита среди населения.

Материалы и методы. Проведено социологическое исследование 500 человек в возрасте старше 18 лет.

Результаты. При обработке полученных данных установлено, что 26 факторов риска достоверно влияют на развитие хронического панкреатита. Выявленные факторы разделены на три группы: социальные, биологические и психологические. Также проведен анализ влияния каждой из этих групп факторов.

Выводы. Ведущими факторами риска возникновения хронического панкреатита являются социальные и биологические факторы.

Ключевые слова: факторы риска, хронический панкреатит.

Risk factors and their role in the emergence of chronic pancreatitis among the population

V.A. Ognev, P.O. Tregub
Kharkiv National Medical University,
Kharkiv, Ukraine

Purpose – to identify risk factors and justify their role in the emergence of chronic pancreatitis among the population.

Materials and methods. A sociological study of 500 people in age of over 18 was conducted.

Results. When processing the data, it was found that 26 risk factors significantly affect the development of chronic pancreatitis. The identified factors were divided into 3 groups: social, biological and psychological. The influence of each of these groups of factors was also analyzed.

Conclusions. The main risk factors for chronic pancreatitis are social and biological factors.

Key words: risk factors, chronic pancreatitis.

Відомості про авторів

Огнев Віктор Андрійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету; просп. Науки, 4, м. Харків, 61000, Україна.

Трегуб Павло Олегович – очний аспірант кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету; просп. Науки, 4, м. Харків, 61000, Україна.

УДК 314.4:616-053.3/6-007:311.4(477.87)

І.М. Рогач, Р.Ю. Погоріляк, І.І. Гаджега, Т.В. Міцьо

Динаміка показників захворюваності дітей 0–14 років на вроджені аномалії розвитку та обґрунтування доцільності регіоналізації перинатальної допомоги в Закарпатській області

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

Мета – вивчити динаміку показників захворюваності на вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення в дітей (0–14 років) протягом 2011–2015 рр.; обґрунтувати доцільність оптимізації та регіоналізації перинатальної допомоги в Закарпатській області.

Матеріали та методи. Проведено статистичну обробку даних регіональних звітів (форма №12) на території Закарпатської області та встановлено динаміку показників захворюваності на вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення в дітей 0–14 років протягом 2011–2015 рр., як по області в цілому, так і окремо по біогеохімічних зонах регіону.

Результати. На основі наших досліджень проаналізовано динаміку показників захворюваності дітей (0–14 років) на вроджені вади розвитку залежно від біогеохімічної зони проживання, доведено прямий вплив регіону проживання на показники захворюваності дітей на вроджені вади розвитку, що, своєю чергою, залежить від наявності та доступності медичної допомоги указаним верствам населення та її регіональної специфіки.

Висновки. Відсутність регіоналізованої перинатальної допомоги в області негативно впливає на стан здоров'я дітей регіону, що ще раз доводить нагальну потребу і доцільність реформування перинатальної допомоги шляхом регіоналізації та докорінної зміни фінансування й структури роботи закладів охорони здоров'я даного напрямку.

Ключові слова: перинатальна допомога, регіоналізація, вроджені вади розвитку, дитяча захворюваність.

Вступ

Малюкова, неонатальна та перинатальна смертність є важливими медико-демографічними показниками, що найбільш об'єктивно відображують стан здоров'я населення, рівень соціально-економічного розвитку суспільства та системи охорони здоров'я. Стан здоров'я новонародженої дитини залежить від репродуктивного та соматичного здоров'я батьків, усвідомленого ставлення батьків до планування вагітності та народження дитини, перебігу вагітності та пологів, доступності до основних перинатальних послуг і спеціалізованої медичної допомоги в разі потреби, забезпечення необхідного обсягу та якості медичної допомоги [2].

Вітчизняна система охорони здоров'я своєю структурою більше зосереджена на піклування про себе, а не про пацієнта, що є причиною низької доступності та якості медичної допомоги (МД). Це дуже гарно ілюструє розподіл фінансів у цій сфері. На даний момент держава фінансує не пацієнтів, а заклади охорони здоров'я: оплачується інфраструктура, зарплата працівників, в той час, як на пацієнта грошей просто не лишається. Тому вони змушені самі оплачувати ліки, матеріали, платити лікарям, тощо. І ця система так же суттєво впливає на надання перинатальної, антенатальної та акушерської допомоги, що потребує проведення оптимізації та реформування. Необхідність реформування є вкрай важливою, оскільки основною її метою є покращення здоров'я населення загалом, та дітей зокрема. Нова

система повинна початися з докорінної зміни фінансування охорони здоров'я. І найбільш оптимальним методом реалізації ідеї на даний час є створення прозорої але міцної основи, на якій повинна бути сформована нова система, яка б надавала людям якісний гарантований пакет медичних послуг. Ці послуги мають бути безкоштовними та доступними для всіх. Така концепція забезпечить якісну та доступну медичну допомогу як в неонатологічному, перинатальному, так і в акушерсько-гінекологічному напрямках. Сьогодні ми маємо оцінити якість цієї допомоги та висвітлити основні проблеми для їх подальшого вирішення, що неможливо зробити без оцінки показників здоров'я населення.

Для наочності відзначимо, що у 2015 р. в Україні перинатальна та неонатальна смертність у закладах перинатальної допомоги (ЗПД) становила відповідно 8,5 та 3,1 на 1000 народжених живими і мертвими. За даними моніторингу і оцінки регіоналізації перинатальної допомоги (МіО РПД) виявлена залежність коефіцієнта перинатальної смертності від рівня закладу перинатальної допомоги: 6,2 у ЗПД I рівня, 6,4 у ЗПД II рівня і 18,7 у ЗПД III рівня [3]. Така закономірність притаманна ЗПД більшості областей України, включаючи Закарпатську, та ще раз доводить необхідність реформації перинатальної допомоги шляхом регіоналізації.

У нашій країні показники дитячої смертності, в порівнянні з країнами ЄС, є неприпустимо високими. Основною причиною дитячої смертності в нашій державі на сучасному етапі є несвоєчасна діагностика вроджених вад розвитку (ВВР), а як наслідок – відсутність

комплексу медичних заходів, направлених для їх лікування та профілактики. У 2010 році в Україні вперше за останні роки серед причин смертності новонароджених в акушерських стаціонарах перше місце зайняли ВВР [2]. Ці статистичні дані штовхають нас звернути особливу увагу на дану групу демографічних показників та оптимізації ситуації шляхом регіоналізації перинатальної допомоги в усіх регіонах країни.

Мета роботи – вивчити динаміку показників захворюваності на вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення у дітей (0–14 років) Закарпатської області протягом 2011–2015 рр. та обґрунтувати доцільність оптимізації та регіоналізації перинатальної допомоги в Закарпатській області.

Матеріали та методи

Проведено статистичну обробку даних регіональних звітів (Форма №12) на території Закарпатської області та встановлено динаміку показників захворюваності на вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення у дітей

0–14 років протягом 2011–2015 рр., як по області в цілому, так окремо по біогеохімічних зонах регіону.

Результати дослідження та їх обговорення

У Закарпатській області, за даними обласного департаменту охорони здоров'я, провідною причиною дитячої смертності є саме вроджені вади розвитку дитини, які вчасно не були діагностовані та не була проведена профілактика летальних ускладнень. Тобто, неонатальна та перинатальна допомога дітям даного регіону, як і України в цілому, знаходиться на недостатньому рівні, та потребує негайного реформування, як в плані організації, так і в плані фінансування, враховуючи сучасну платоспроможність наших громадян та економічну ситуацію в країні. Як показали результати статистичної обробки даних, протягом 2011–2015 рр. ситуація з захворюваністю дітей Закарпаття на вроджені вади (аномалії) розвитку мала різноспрямований характер, проте загалом протягом 5-ти років рівень зменшився на 3,31% (рис. 1).

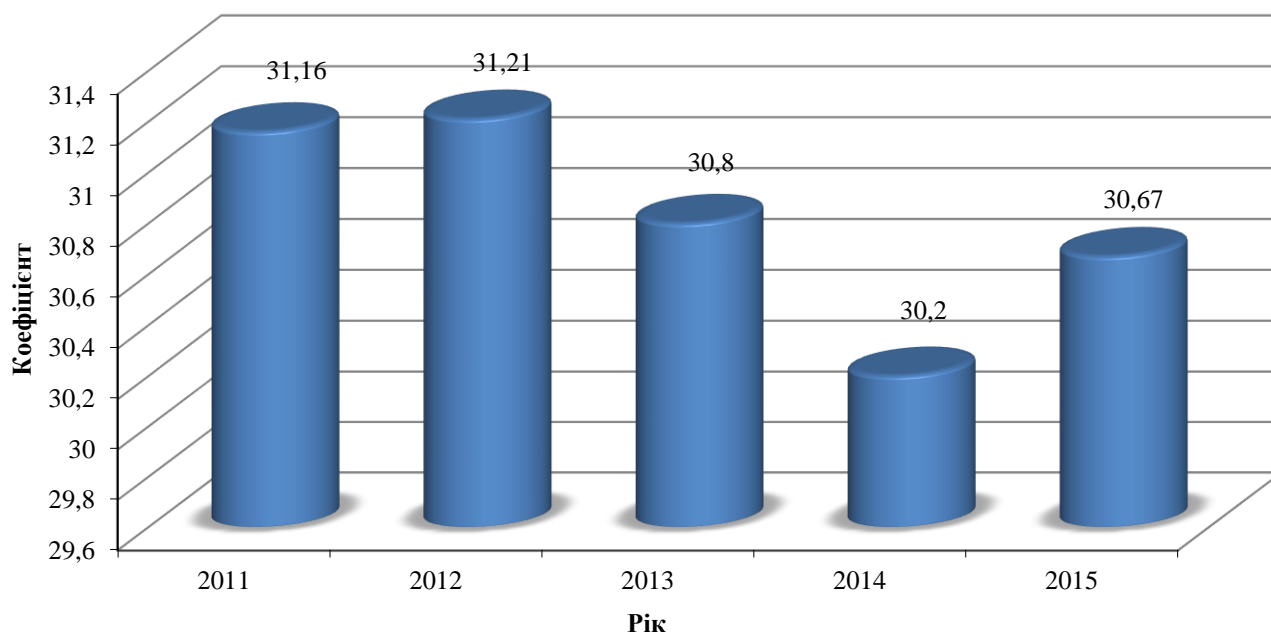


Рис. 1. Динаміка показників захворюваності дітей на вроджені вади розвитку по Закарпатській області в цілому (на 1000 дітей, %)

Але, якщо проаналізувати дані в залежності від показників біогеохімічної зони проживання, ми бачимо, що показники в цих трьох зонах різко відрізняються. Як показано на рис. 2, найвищий рівень захворюваності дітей на ВВР тримається саме в передгірній зоні області, складаючи в середньому 34,5% на 1000 дітей. Найнижчі показники відмічаються у гірській зоні Закарпаття, де середній рівень становить біля 17,8% за останні 5 років.

Це свідчить про те, що біогеохімічні особливості кожного регіону Закарпатської області мають прямий

вплив на показники захворюваності дітей на ВВР, що в свою чергу залежить від наявності та доступності медичної допомоги даним верствам населення та її регіональній специфічності.

Висновки

Показники стану здоров'я дітей Закарпатської області, зокрема, захворюваності на вроджені аномалії розвитку, є дуже високими, та займають перше місце

серед причин смертності дітей на території області, не відстаючи від загальнодержавної тенденції серед причин дитячої смертності.

Відсутність регіоналізованої перинатальної допомоги в області, яка є однією з географічно найбільш

контрастних в Україні, негативно впливає на стан здоров'я дітей регіону, що доводить відмінність показників захворюваності дітей на вроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення в різних біогеохімічних зонах проживання.

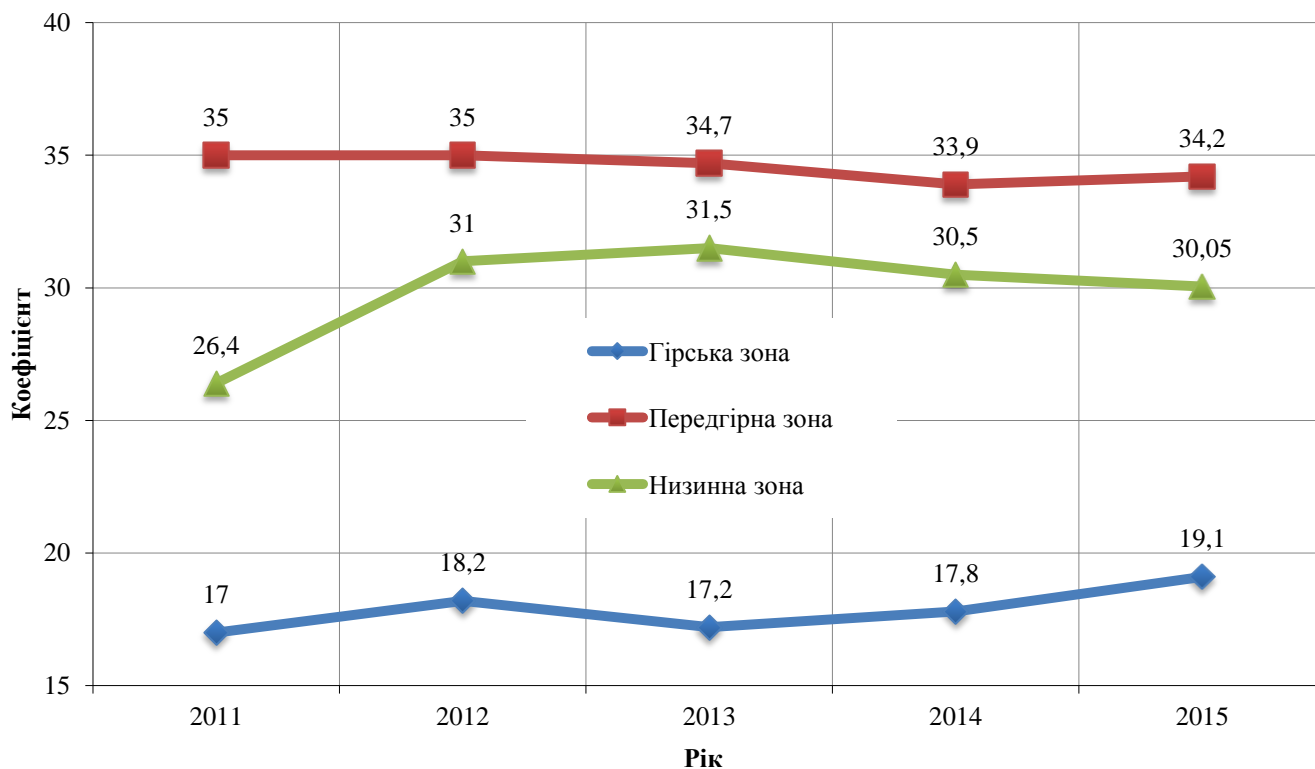


Рис. 2. Динаміка показників захворюваності дітей на вроджені вади розвитку по біогеохімічних зонах Закарпаття (на 1000 дітей, ‰)

Перспективи подальших досліджень

Ситуація в регіоні ще раз доводить термінову необхідність та доцільність реформування перинатальної допомоги шляхом регіоналізації та корінної зміни фінансування і структури роботи закладів охорони здоров'я даного напрямку. Це дозволить змінити маршрут проходження пацієнта, зміцнить суспільне та

фізичне здоров'я нового покоління, а гарантований пакет доступних медичних послуг та сучасне технологічне забезпечення закладів даної ланки забезпечить своєчасну діагностику та лікування даної групи захворювань. Це позитивно відобразиться на показниках малюкової та дитячої смертності, а також підніме рівень здоров'я наших дітей та матерів на новий, європейський рівень.

Література

1. *Звіти* про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу, за 2011–2015 роки, Форма №12.
2. *Шунько Є. Є.* Організація неонатальної, хірургічної та перинатальної допомоги в Україні. Досвід країн зарубіжжя / Є. Є. Шунько // *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. – 2011. – Т. I, № 1. – С. 10–16.
3. *Щорічна доповідь* про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. Шафранського В. В.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – С. 27–29.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.10.2017 р.

Динамика показателей заболеваемости детей 0–14 лет на врожденные аномалии развития и обоснования целесообразности регионализации перинатальной помощи в Закарпатской области

Рогач И.М., Погоріляк Р.Ю., Гаджега И.И., Мицьо Т.В.
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – изучить динамику показателей заболеваемости на врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения у детей (0–14 лет) в течение 2011–2015 гг.; обосновать целесообразность оптимизации и регионализации перинатальной помощи в Закарпатской области.

Материалы и методы. Проведена статистическая обработка данных региональных отчетов (форма №12) на территории Закарпатской области и установлена динамика показателей заболеваемости врожденными аномалиями (пороки развития), деформациями и хромосомными нарушениями у детей 0–14 лет в течение 2011–2015 гг., как по области в целом, так и отдельно по биогеохимическим зонам региона.

Результаты. На основе наших исследований проанализирована динамика показателей заболеваемости детей (0–14 лет) врожденными пороками развития в зависимости от биогеохимической зоны проживания, доказано прямое влияние региона проживания на показатели заболеваемости детей врожденными пороками развития, что, в свою очередь, зависит от наличия и доступности медицинской помощи указанным слоям населения и ее региональной специфики.

Выводы. Отсутствие регионализированной перинатальной помощи в области негативно влияет на состояние здоровья детей региона, что еще раз доказывает срочную необходимость и целесообразность реформирования перинатальной помощи путем регионализации и коренного изменения финансирования и структуры работы учреждений здравоохранения данного направления.

Ключевые слова: перинатальная помощь, регионализация, врожденные пороки развития, детская заболеваемость.

Dynamics of incidence rates of children 0–14 years on congenital anomalies of development and justification of the expediency of regionalization of perinatal care in the Transcarpathian region

Rogach I.M., Pohorilyak R.Yu., Gadzhega I.I., Mitsyo T.V.
SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to study the dynamics of morbidity indicators for congenital anomalies (malformations), deformations and chromosomal abnormalities in children (0–14 years) during 2011–2015 and to justify the expediency of optimization and regionalization of perinatal care in the Transcarpathian region.

Materials and methods. Statistical processing of regional reports data (Form № 12) on the territory of the Transcarpathian region was carried out and the dynamics of incidence rates for congenital anomalies (malformations), deformations and chromosomal abnormalities in children 0–14 years old during 2011–2015 was established, in the region in general and separately for the biogeochemical zones of the region.

Results. On the basis of the results of our investigation, the dynamics of the incidence of children (0–14 years) by congenital developmental defects (depending on the biogeochemical zone of residence) has been analyzed and the direct influence of the region of residence on the incidence of children on HIV has been proved, which in turn depends on the availability of medical assistance to these segments of the population and its regional specifics.

Conclusions. The absence of regionalized perinatal care in the region has a negative impact on the health of the children of the region, which again proves the urgent need and expediency of reforming perinatal care through regionalization and a radical change in the financing and structure of the health facilities in this area.

Key words: perinatal care, regionalization, congenital malformations, infant morbidity.

Відомості про авторів

Рогач Іван Михайлович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Погоріляк Рената Юріївна – к.мед.н., доц., в.о. завідувача кафедри громадського здоров'я та гуманітарних дисциплін медичного факультету № 2 ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Гаджега Іван Іванович – аспірант кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Мицьо Тетяна Василівна – заступник директора департаменту охорони здоров'я Закарпатської обласної державної адміністрації, головний педіатр Закарпатської області; м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 312.6:616.5:311.1(477.87)

В.І. Миронюк

Характеристика показників захворюваності дорослого населення Закарпатської області на хвороби шкіри та підшкірної клітковини, аналіз показників поширеності вказаних хвороб

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

Мета – вивчити показники захворюваності дорослого населення Закарпатської області на хвороби шкіри та підшкірної клітковини, проаналізувати показники поширеності вказаних хвороб.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження слугували дані галузевої статистичної звітності Закарпатської області за період 2012–2016 рр. Використано статистичний та бібліосемантичний методи.

Результати. Показник зареєстрованої захворюваності дорослого населення області на хвороби шкіри та підшкірної клітковини за період 2012–2016 рр. скоротився на 448,3 на 100 тис. дорослого населення, що становить 18,2%, і склав 2 015,5. Показник поширеності хвороб шкіри та підшкірної клітковини серед дорослого населення Закарпатської області в розрахунку на 100 тис. дорослого населення за період 2012–2016 рр. скоротився на 462,7, що становить 14,5%, і склав 2 651,2. Показники захворюваності дорослого населення області та поширеності хвороб шкіри та підшкірної клітковини та окремих нозологічних одиниць у розрізі адміністративних територій мають достовірні відмінності.

Висновки. Отримані дані щодо достовірної різниці показників захворюваності дорослого населення Закарпатської області на хвороби шкіри та підшкірної клітковини, а також показників поширеності вказаних хвороб у розрізі адміністративних територій потребують додаткового вивчення.

Ключові слова: хвороби шкіри та підшкірної клітковини, захворюваність, поширеність, показники, Закарпатська область.

Вступ

Відомо, що вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед різних вікових груп населення є однією з важливих складових стратегічного планування медичної галузі [2]. В умовах реформування системи надання медичної допомоги населенню в Україні одним із основних завдань організаційного менеджменту є визначення сучасних та перспективних потреб у різних видах медичної допомоги на різних рівнях її надання для пацієнтів з різними видами захворювань [1]. Загалом, захворюваність та поширеність хвороб за класом «Хвороби шкіри та підшкірної клітковини» в останні роки в Україні мають тенденцію до зниження, але захворюваність на окремі дерматологічні захворювання щорічно зростає як в Україні, так і у світі [2, 5]. Так, зокрема, в останнє десятиріччя констатовано зростання захворюваності на окремі алергічні дерматози (атопічний дерматит) та контактні дерматити. Ця тенденція спостерігається як на глобальному рівні, так і на національному [3]. Зміни в структурі захворюваності і поширеності хвороб шкіри та підшкірної клітковини ведуть до зміни в потребах надання медичної допомоги для окремих категорій дерматологічних пацієнтів та призводить до необхідності перерозподілу ресурсів між рівнями та формами надання медичної допомоги населенню з питань дерматологічної патології. Водночас, необхідно враховувати і регіональні

особливості, які характерні для поширеності окремих дерматологічних захворювань [4].

Мета роботи – вивчити показники захворюваності дорослого населення Закарпатської області на хвороби шкіри та підшкірної клітковини, проаналізувати показники поширеності вказаних хвороб.

Матеріали та методи

При виконанні роботи матеріалами дослідження слугували дані галузевої статистичної звітності Закарпатської області за період 2012–2016 рр. Використано статистичний та бібліосемантичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі дослідження вивчено та проаналізовано показники захворюваності дорослого населення Закарпатської області за класом «Хвороби шкіри та підшкірної клітковини» з розрахунку на 100 тис. дорослого населення в розрізі адміністративних територій. Отримані результати наведено в табл. 1.

Аналіз наведених у табл. 1 даних вказує на те, що за період дослідження (2012–2016 рр.) показник зареєстрованої захворюваності дорослого населення області на хвороби шкіри та підшкірної клітковини скоротився на 448,3 на 100 тис. дорослого населення, що становить 18,2%.

При цьому граничні показники зареєстрованої захворюваності дорослого населення області на хвороби шкіри та підшкірної клітковини в розрізі адміністративних територій мають достовірні відмінності. Найвищі показники захворюваності зареєстровані у Свалявському (3 651,9 на 100 тис. дорослого населення), а найнижчі (881,0) у Великоберезнянському районі, гранична різниця складає 4,14 ($P \leq 0,05$) разу.

За період дослідження на 3 (21,4%) адміністративних територіях вказаний показник має тенденцію до підвищення, а на 11 (78,6%) – до зниження.

Далі вивчалось питання щодо захворюваності дорослого населення Закарпатської області на окремі групи захворювань та нозологічні одиниці.

У табл. 2 представлено показники захворюваності дорослого населення на atopічний дерматит у розрізі адміністративних територій у розрахунку на 100 тис. дорослого населення.

Таблиця 1

Показники захворюваності дорослого населення за класом «Хвороби шкіри та підшкірної клітковини» в розрізі адміністративних територій (на 100 тис. дорослого населення), 2012–2016 рр.

Адміністративна територія	Рік					
	2012	2013	2014	2015	2016	2016 до 2012
м. Ужгород	3 349,7	5 542,5	4 065,6	3 228,9	3 372,4	+22,7
Район						
Берегівський	2 527,8	2 164,9	2 140,0	1 713,8	2 012,7	-515,1
Виноградівський	2 328,6	2 193,5	1 840,0	1 860,4	2 098,4	-230,2
Великоберезнянський	1 176,5	1 056,2	1 030,5	777,4	881,0	-295,5
Воловецький	3 742,6	3 981,2	3 930,8	3 328,2	2 906,9	-835,7
Іршавський	1 828,5	1 575,0	1 434,6	1 471,0	1 330,9	-497,6
Міжгірський	1 960,7	1 714,4	1 128,7	1 683,0	1 524,6	-436,1
Мукачівський	2 986,5	2 636,1	1 883,8	2 216,6	2 125,4	-861,1
Перечинський	728,3	930,4	912,8	883,2	910,5	+182,2
Рахівський	2 557,1	2 318,8	2 123,9	2 163,3	1 971,6	-585,5
Свалявський	4 207,2	4 202,2	4 110,6	3 968,3	3 651,9	-555,3
Тячівський	1 429,9	1 283,7	1 078,7	991,7	981,9	-448,0
Ужгородський	852,7	663,7	720,7	586,9	888,6	+35,9
Хустський	3 661,2	3 644,7	2 558,7	3 007,4	3 033,0	-628,2
Усього по області	2 463,8	2 512,1	2 033,3	2 085,7	2 015,5	-448,3

Таблиця 2

Показники захворюваності дорослого населення на atopічний дерматит у розрізі адміністративних територій (на 100 тис. дорослого населення), 2012–2016 рр.

Адміністративна територія	Рік					
	2012	2013	2014	2015	2016	2016 до 2012
м. Ужгород	5,4	16,2	9,8	15,3	23,1	+17,7
Район						
Берегівський	-	-	-	-	-	-
Виноградівський	2,2	6,7	4,4	5,5	7,8	+5,6
Великоберезнянський	67,5	57,9	81,9	57,9	111,3	+43,8
Воловецький	184,8	21,2	5,3	0	154,1	-30,7
Іршавський	78,2	72,6	69,9	73,6	85,3	+7,1
Міжгірський	8,2	-	-	16,5	-	+8,2
Мукачівський	49,1	55,9	60,6	40,5	38,5	-10,6
Перечинський	12,6	29,5	16,8	16,8	25,3	+12,7
Рахівський	7,4	2,9	2,9	2,9	1,5	-5,9

Продовження таблиці 2

Свалявський	2,4	21,7	24,1	79,6	101,6	+99,2
Тячівський	45,3	46,7	51,8	46,4	42,6	-2,7
Ужгородський	24,5	35,7	30,7	46,6	20,9	-3,6
Хустський	-	1,0	4,1	7,1	1,0	+1,0
Усього по області	28,3	28,6	29,0	30,1	33,3	+5,0

Аналіз наведених у табл. 2 даних вказує на те, що за період дослідження (2012–2016 рр.) показник зареєстрованої захворюваності дорослого населення області на atopічний дерматит збільшився на 5,0 на 100 тис. дорослого населення і склав 33,3.

При цьому граничні показники зареєстрованої захворюваності дорослого населення області на atopічний дерматит у розрізі адміністративних територій мають достовірні відмінності. Найвищі показники захворюваності зареєстровані у Воловецькому (154,1 на 100 тис. дорослого населення), а найнижчі (1,0) –

у Хустському районі, гранична різниця складає 154 рази. При цьому в Берегівському районі за увесь період дослідження не зареєстровано випадків atopічного дерматиту.

За період дослідження на 8 (57,1%) адміністративних територіях зареєстровано підвищення вказаного показника, а на 6 (42,9%) – його зниження.

У табл. 3 представлено показники захворюваності дорослого населення на контактні дерматити в розрізі адміністративних територій у розрахунку на 100 тис. дорослого населення.

Таблиця 3

Показники захворюваності дорослого населення на контактні дерматити в розрізі адміністративних територій (на 100 тис. дорослого населення), 2012–2016 рр.

Адміністративна територія	Рік					
	2012	2013	2014	2015	2016	2016 до 2012
м. Ужгород	1 054,4	2 386,5	1 014,8	783,7	778,0	-276,4
Район						
Берегівський	769,0	589,4	405,7	334,1	824,0	+55,0
Виноградівський	125,3	121,5	126,5	115,1	148,4	+23,1
Великобerezнянський	294,1	217,0	178,2	154,5	67,8	-226,3
Воловецький	512,0	841,8	1 063,4	1 010,2	563,3	+51,3
Іршавський	514,5	402,7	325,7	349,4	376,7	-137,8
Міжгірський	-	-	-	2,8	-	-
Мукачівський	566,9	572,8	377,9	657,9	679,2	+112,3
Перечинський	172,6	189,4	138,8	185,1	177,1	+4,5
Рахівський	5,9	7,4	2,9	2,9	2,9	-3,0
Свалявський	2 228,7	1 841,2	1 922,9	2 564,3	2 457,2	+228,5
Тячівський	174,6	146,2	130,6	101,0	80,8	-93,8
Ужгородський	223,4	204,5	224,6	217,1	280,1	+56,7
Хустський	960,5	807,7	569,3	493,1	601,9	-358,6
Усього по області	539,7	615,4	417,2	458,3	482,5	-57,2

Аналіз наведених у табл. 3 даних вказує на те, що за період дослідження (2012–2016 рр.) показник зареєстрованої захворюваності дорослого населення області на контактні дерматити скоротився на 57,2 на 100 тис. дорослого населення, та становить 10,6%.

У ході дослідження встановлено, що граничні показники зареєстрованої захворюваності дорослого населення області на контактні дерматити в розрізі адміністративних територій мають достовірні відмінності. Найвищі показники захворюваності зареєстровано в Свалявському (2 457,2 на 100 тис дорослого населення),

а найнижчі (2,9) – у Рахівському районі, гранична різниця складає 847,3 разу. В Міжгірському районі протягом 4 років контактні дерматити не реєструвалися.

За період дослідження на 8 (57,1%) адміністративних територіях зареєстровано підвищення вказаного показника, а на 6 – (42,9%) його зниження.

Далі в табл. 4 наведено дані щодо показників захворюваності дорослого населення на інфекції шкіри та підшкірної клітковини за період дослідження в розрізі адміністративних територій з розрахунку на 100 тис. дорослого населення.

Таблиця 4

Показники захворюваності дорослого населення на інфекції шкіри та підшкірної клітковини в розрізі адміністративних територій (на 100 тис. дорослого населення), 2012-2016 рр.

Адміністративна територія	Рік					
	2012	2013	2014	2015	2016	2016 до 2012
м. Ужгород	1 282,8	1 301,3	1 317,9	1 184,9	1 104,3	-178,5
Район						
Берегівський	1 097,8	964,6	1 092,5	860,3	945,5	-152,3
Виноградівський	672,2	655,4	552,7	498,0	560,3	-111,9
Великобerezнянський	622,0	438,9	418,9	371,8	421,1	-200,9
Воловецький	163,6	354,7	206,3	382,8	260,4	+96,8
Іршавський	861,9	741,9	714,7	693,5	690,4	-171,5
Міжгірський	1 201,1	788,7	579,5	684,8	747,2	-453,9
Мукачівський	1 183,5	1 112,4	958,1	690,8	694,3	-489,2
Перечинський	324,2	509,4	576,3	391,2	463,7	+139,5
Рахівський	336,6	402,9	428,3	389,3	353,0	+167,0
Свалявський	486,2	1 453,7	852,0	1 083,2	1 088,3	+602,1
Тячівський	807,9	690,5	513,4	474,5	479,3	-328,6
Ужгородський	329,3	279,1	465,4	323,2	449,1	+119,8
Хустський	1 025,9	1 047,3	926,4	1 104,6	1 370,4	+344,5
Усього по області	850,8	840,2	755,8	730,0	733,3	-117,5

Аналіз наведених у табл. 4 даних вказує на те, що за період дослідження (2012–2016 рр.) показник зареєстрованої захворюваності дорослого населення області на інфекції шкіри та підшкірної клітковини в розрізі адміністративних територій скоротився на 117,5 на 100 тис. дорослого населення, що становить 13,8%.

При цьому граничні показники зареєстрованої захворюваності дорослого населення області на інфекції шкіри та підшкірної клітковини в розрізі адміністративних територій в розрізі адміністративних територій мають достовірні відмінності. Найвищі показники захворюваності зареєстровані в Хустському

(1370,4 на 100 тис дорослого населення), а найнижчі (260,4) – у Воловецькому районі, гранична різниця складає 5,3 ($P \leq 0,05$) разу.

За період дослідження на 6 (42,9%) адміністративних територіях зареєстровано підвищення вказаного показника, а на 8 (57,1%) – його зниження.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу показників поширеності хвороб шкіри та підшкірної клітковини серед дорослого населення з розрахунку на 100 тис дорослого населення, який теж проводився в розрізі адміністративних територій області. Отримані результати наведено в табл. 5.

Таблиця 5

Показники поширеності хвороб шкіри та підшкірної клітковини серед дорослого населення в розрізі адміністративних територій (на 100 тис. дорослого населення), 2012–2016 рр.

Адміністративна територія	Рік					
	2012	2013	2014	2015	2016	2016 до 2012
м. Ужгород	4 416,0	5 797,6	5 159,7	4 172,2	4 355,9	-59,9
Район						
Берегівський	2 860,0	3 141,0	3 066,2	2 537,3	2 851,8	-8,2
Виноградівський	2 666,4	2 527,9	2 209,5	2 234,5	2 513,7	-152,7
Великобerezнянський	1 933,6	1 765,2	1 815,4	1 588,7	1 558,6	-375,0
Воловецький	4 666,4	5 495,3	5 724,3	5 321,9	5 091,1	+424,7
Іршавський	2 425,1	2 167,7	2 012,1	2 013,5	1 901,9	-523,2
Міжгірський	2 147,1	1 941,7	1 277,0	1 826,0	1 657,0	-490,1
Мукачівський	3 870,7	3 519,4	3 030,5	2 620,0	2 419,3	-1451,4
Перечинський	1 683,9	1 907,0	1 918,1	1 922,1	1 972,9	+289,0

Продовження таблиці 5

Рахівський	3 317,4	3 292,2	3 127,1	3 123,5	2 982,4	-335,0
Свалявський	5 073,6	6 917,0	5 523,3	5 367,5	4 658,0	-415,6
Тячівський	1 987,6	1 863,4	1 609,4	1 434,1	1 426,8	-560,8
Ужгородський	1 364,7	1 260,8	1 334,7	1 270,2	1 561,5	+196,8
Хустський	4 158,8	4 107,7	3 048,5	3 676,1	3 579,7	-579,1
Усього по області	3 113,9	3 235,7	2 823,4	2 769,1	2 651,2	-462,7

Аналіз наведених у табл. 5 даних вказує на скорочення показника поширеності хвороб шкіри та підшкірної клітковини серед дорослого населення Закарпатської області у розрахунку на 100 тис. дорослого населення за період 2012–2016 рр. на 462,7, що склало 14,5%.

При цьому показники поширеності хвороб шкіри та підшкірної клітковини серед дорослого населення в регіональному аспекті мають достовірні відмінності і коливаються від 1426,8 у Тячівському до 5091,1 у Воловецькому районі. Різниця складає 3,6 разу.

За період дослідження на території 3 (21,4%) адміністративних територій зареєстровано підвищення, а на 11 (78,6%) адміністративних територіях зареєстровано зменшення даного показника, при цьому зміна показників на різних адміністративних територіях є нерівномірною.

У табл. 6 представлено показники поширеності серед дорослого населення на atopічного дерматиту в розрізі адміністративних територій у розрахунку на 100 тис. дорослого населення.

Таблиця 6

Показники поширеності atopічного дерматиту серед дорослого населення в розрізі адміністративних територій (на 100 тис. дорослого населення), 2012–2016 рр.

Адміністративна територія	Рік					
	2012	2013	2014	2015	2016	2016 до 2012
м. Ужгород	80,8	16,2	70,6	87,4	108,8	+28,0
Район						
Берегівський	-	-	-	-	-	-
Виноградівський	7,8	6,7	11,1	13,3	8,9	+1,1
Великобerezнянський	106,1	91,6	110,8	86,9	125,9	+19,8
Воловецький	211,1	100,6	105,8	37,2	191,3	-19,8
Іршавський	131,3	126,7	133,2	132,7	140,4	+9,1
Міжгірський	35,6	49,3	49,4	79,8	55,1	+19,5
Мукачівський	107,8	114,6	103,9	56,3	68,7	-39,1
Перечинський	92,6	80,0	63,1	75,7	75,9	-16,7
Рахівський	14,8	7,4	10,3	10,2	8,8	-6,0
Свалявський	120,3	24,1	26,5	86,8	113,7	+6,6
Тячівський	105,8	110,1	114,1	104,0	102,4	-3,4
Ужгородський	66,8	61,7	58,2	91,6	66,0	-0,8
Хустський	49,0	48,9	52,0	59,2	60,3	+11,3
Усього по області	75,1	62,7	68,3	67,6	72,9	-2,2

Аналіз наведених у табл. 6 даних вказує на скорочення показника поширеності atopічного дерматиту серед дорослого населення Закарпатської області в розрахунку на 100 тис. дорослого населення за період 2012–2016 рр. на 2,2 з рівнем 72,9. Рівень скорочення показника є недостовірним.

При цьому показники поширеності atopічного дерматиту серед дорослого населення в регіональному аспекті мають достовірні відмінності і коливаються від 8,8 у Рахівському до 191,3 у Воловецькому районі. Різниця складає 21,7 разу і є достовірною. У Берегівському районі

випадків atopічного дерматиту за період дослідження не зареєстровано.

За період дослідження на території 7 (50,0%) адміністративних територій зареєстровано підвищення, а на 7 (50,0%) адміністративній території зменшення даного показника при цьому зміна показників на різних адміністративних територіях є нерівномірною.

У табл. 7 представлено показники поширеності серед дорослого населення контактних дерматитів у розрізі адміністративних територій у розрахунку на 100 тис. дорослого населення.

Таблиця 7

Показники поширеності контактних дерматитів серед дорослого населення в розрізі адміністративних територій (на 100 тис. дорослого населення), 2012–2016 рр.

Адміністративна територія	Рік					
	2012	2013	2014	2015	2016	2016 до 2012
м. Ужгород	1 084,6	2 402,7	1 043,0	794,6	787,9	-296,7
Район						
Берегівський	788,9	591,0	405,7	334,1	824,0	+35,1
Виноградівський	125,3	121,5	126,5	115,1	148,4	+23,1
Великоберезнянський	361,6	274,9	240,8	183,5	67,8	-293,8
Воловецький	512,0	841,8	1 063,4	1 010,2	563,3	+51,3
Іршавський	538,3	431,7	358,6	401,9	430,5	-107,8
Міжгірський	13,7	13,7	13,7	16,5	16,5	+2,8
Мукачівський	947,8	953,0	812,9	664,8	723,1	-224,7
Перечинський	206,3	218,9	138,8	197,7	185,5	-20,8
Рахівський	10,3	8,8	11,7	11,7	11,7	+1,4
Свалявський	2 264,9	1 850,8	1 947,0	2 955,2	2 483,8	+218,9
Тячівський	244,9	228,4	223,7	190,9	185,5	-59,4
Ужгородський	238,0	207,7	224,6	217,1	280,1	+42,1
Хустський	960,5	807,7	569,3	493,1	601,9	-358,6
Усього по області	618,2	690,9	504,3	496,4	511,4	-106,8

Аналіз наведених у табл. 7 даних вказує на скорочення показника поширеності контактних дерматитів серед дорослого населення Закарпатської області в розрахунку на 100 тис. дорослого населення за період 2012–2016 рр. на 106,8 та склали 511,4, що склало 17,3%.

При цьому показники поширеності контактних дерматитів серед дорослого населення в регіональному аспекті мають достовірні відмінності і коливаються від 11,7 в Рахівському до 2 483,8 у Свалявському районі. Різниця складає 212,3 разу.

За період дослідження на території 7 (50,0%) адміністративних територій зареєстровано підвищення, а на 7 (50,0%) адміністративній території зменшення даного показника при цьому зміна показників на різних адміністративних територіях є нерівномірною.

У табл. 8 представлено показники поширеності серед дорослого населення інфекцій шкіри та підшкірної клітковини в розрізі адміністративних територій у розрахунку на 100 тис. дорослого населення.

Таблиця 8

Показники поширеності інфекцій шкіри та підшкірної клітковини серед дорослого населення в розрізі адміністративних територій (на 100 тис. дорослого населення), 2012–2016 рр.

Адміністративна територія	Рік					
	2012	2013	2014	2015	2016	2016 до 2012
м. Ужгород	1 383,0	1 365,1	1 338,5	1 202,4	1 127,4	-255,6
Район						
Берегівський	1 111,1	966,2	1 092,5	860,3	945,5	-165,6
Виноградівський	672,2	655,4	552,7	498,0	560,3	-11,9
Великоберезнянський	622,0	438,9	418,9	391,1	421,1	-200,9
Воловецький	163,6	354,7	206,3	382,8	287,0	+123,4
Іршавський	904,3	784,2	756,9	736,8	724,5	-179,8
Міжгірський	1 201,1	788,7	579,5	684,8	747,2	-453,9
Мукачівський	1 183,5	1 112,4	958,1	690,8	785,6	-397,9
Перечинський	324,2	509,4	576,3	391,2	472,1	+147,9
Рахівський	336,6	402,9	428,3	389,3	353,0	+16,4

Продовження таблиці 8

Свалявський	1 198,6	1 480,1	1 696,7	1 811,7	1 818,7	+620,1
Тячівський	984,0	871,4	690,6	617,5	615,4	-368,6
Ужгородський	420,6	309,9	465,4	323,2	449,1	+28,5
Хустський	1 025,9	1 047,3	926,4	1 104,6	1 370,4	+344,5
Усього по області	925,3	877,7	821,8	786,5	802,8	-122,5

Аналіз наведених у табл. 8 даних вказує на скорочення показника поширеності інфекцій шкіри та підшкірної клітковини серед дорослого населення Закарпатської області в розрахунку на 100 тис дорослого населення за період 2012–2016 рр. на 122,5 з рівнем 802,8, що склало 13,2%.

При цьому показники поширеності інфекцій шкіри та підшкірної клітковини серед дорослого населення в регіональному аспекті мають достовірні відмінності і коливаються від 287,0 у Воловецькому до 1818,7 у Свалявському районі. Різниця складає 6,3 разу.

За період дослідження на території 6 (42,9%) адміністративних територій зареєстровано підвищення, а на 8 (57,1%) – зменшення даного показника при цьому зміна показників на різних адміністративних територіях є нерівномірною.

Висновки

Показник зареєстрованої захворюваності дорослого населення області на хвороби шкіри та підшкірної клітковини скоротився на 448,3 на 100 тис дорослого населення, що становить 18,2%, і склав 2 015,5. Показник поширеності хвороб шкіри та підшкірної клітковини серед дорослого населення Закарпатської області в розрахунку на 100 тис. дорослого населення за період 2012–2016 рр. скоротився на 462,7, що дорівнює 14,5%, і склав 2 651,2. Показники захворюваності дорослого населення області та поширеності серед них хвороби шкіри та підшкірної клітковини та окремих нозологічних одиниць у розрізі адміністративних територій мають достовірні відмінності.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності існуючої системи надання медичної допомоги дорослому населенню з хворобами шкіри та підшкірної клітковини.

Література

1. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі / Е. О. Гапонова // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна. – 2014. – № 1144. – С. 94–96.
2. Знаменська М. А. Аналіз захворюваності та поширеності хвороб серед населення України / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2015. – Т. V, № 3 (17). – С. 24–29.
3. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного та алергологічного профілю в Україні за 2009–2015 рр. / М. І. Линник, О. П. Недоспасова, О. Р. Тарасенко [та ін.]. – Київ : Видавництво Ліра, 2016. – 46 с.
4. Смірнова В. Л. Порівняльний аналіз основних показників захворюваності населення Тернопільської області / В. Л. Смірнова, Н. Я. Панчишин, О. Н. Литвинова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 4 (62). – С. 41–44.
5. Солошенко Е. М. Динаміка розповсюдженості та захворюваності на поширені дерматози в Україні та Харківському регіоні за останні 10 років / Е. М. Солошенко, В. М. Волкославська, О. Л. Гутнев // Дерматологія та венерологія. – 2014. – № 1 (63). – С. 68–77.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.10.2017 р.

**Характеристика показателей заболеваемости
взрослого населения Закарпатской области
болезнями кожи и подкожной клетчатки, анализ
показателей распространенности указанных болезней**

В.И. Миронюк

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

Цель – изучить показатели заболеваемости взрослого населения Закарпатской области болезнями кожи и подкожной клетчатки, проанализировать показатели распространенности указанных болезней.

Материалы и методы. Материалами исследования служили данные отраслевой статистической отчетности Закарпатской области за период 2012–2016 гг. Используются статистический и библиосемантический методы.

Результаты. Показатель зарегистрированной заболеваемости взрослого населения области болезнями кожи и подкожной клетчатки за период 2012–2016 гг. сократился на 448,3 на 100 тыс. взрослого населения (18,2%) и составил 2 015,5. Показатель распространенности болезней кожи и подкожной клетчатки среди взрослого населения Закарпатской области в расчете на 100 тыс. взрослого населения за период 2012–2016 гг. сократился на 462,7 (14,5%) и составил 2 651,2. Показатели заболеваемости взрослого населения области и распространенности болезней кожи и подкожной клетчатки и отдельных нозологических единиц в разрезе административных территорий имеют достоверные отличия.

Выводы. Полученные данные о достоверной разнице показателей заболеваемости взрослого населения Закарпатской области болезнями кожи и подкожной клетчатки, а также показателей распространенности указанных болезней в разрезе административных территорий требуют дополнительного изучения.

Ключевые слова: болезни кожи и подкожной клетчатки, заболеваемость, распространенность, показатели, Закарпатская область.

**Characteristic of the indicators of adult population
morbidity of Transcarpathian region on the diseases
of the skin and subcutaneous tissue and the indicators
of the prevalence of the diseases specified**

V.I. Myronyuk

SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to study and analyze the indicators of adult population morbidity of Transcarpathian region on the diseases of the skin and subcutaneous tissue and indicators of the prevalence of the diseases specified.

Materials and methods. The industry statistical reporting of Transcarpathian region for the period of 2012–2016 years was used as the materials of the research. The statistical and bibliosemantic methods were used in the course of study.

Results. Indicator of the registered morbidity among adult population of the region on the diseases of the skin and subcutaneous tissue for the period of the years 2012–2016 reduced for 448.3 per 100 thousand of the adult population, which composed 18.2% and amounted to 2015.5. Indicator of the prevalence of the diseases of skin and subcutaneous tissue per 100 thousand of the adult population of Transcarpathian region for the period of the years 2012–2016 reduced for 462.7 that composed 14.5% and amounted to 2651.2. Indicators of the adult population morbidity in the region and prevalence of the diseases of the skin and subcutaneous tissue and certain nosological forms in terms of administrative areas have proved differences.

Conclusions. The obtained data as for proved differences in the indicators of morbidity among adult population of Transcarpathian region on the diseases of the skin and subcutaneous tissue and the prevalence of specified diseases in terms of administrative areas require additional study.

Key words: diseases of skin and subcutaneous tissue, morbidity, prevalence, indicators, Transcarpathian region.

Відомості про автора

Миронюк Вікторія Іванівна – аспірант ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 616.12-008.331.1:616.8-009.86

Л.В. Глушко, О.І. Гринів

Вплив хронічного психоемоційного напруження на стан вазодилатаційного резерву у пацієнтів з артеріальною гіпертензією

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

Мета – вивчити вплив хронічного психоемоційного напруження на ендотеліальну функцію в пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

Матеріали та методи. Обстежено 145 пацієнтів з артеріальною гіпертензією I і II стадії. З них I групу склали 36 пацієнтів з артеріальною гіпертензією I стадії, II групу – 109 пацієнтів із артеріальною гіпертензією II стадії (середній вік – $46,50 \pm 0,94$ року). Діагноз «Артеріальна гіпертензія» ґрунтувався на положеннях уніфікованого клінічного протоколу «Артеріальна гіпертензія» (наказ МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384). Рівень реактивної і особистісної тривожності визначали за допомогою опитувальника Спілбергера–Ханіна. Вивчення судиннорухової функції ендотелію проводили шляхом ультразвукового дослідження плечової артерії, з оцінкою зміни її діаметра і швидкості кровотоку по ній у ході проведення проб із реактивною гіперемією і прийомом нітрогліцерину. Концентрацію кортизолу в сироватці крові визначали методом твердофазного конкурентного імуоферментного аналізу. Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням пакета програм STATISTICA 10.0 (StatSoft, Inc., USA).

Результати. У пацієнтів з артеріальною гіпертензією порівняно з контрольною групою величини ЕЗВД і ЕНВД були значно нижчими. При артеріальній гіпертензії II стадії спостерігалось істотне зниження ЕЗВД ($6,78 \pm 0,44\%$) порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$) і з групою I ($p_1 < 0,001$), а також ЕНВД ($18,68 \pm 0,84\%$) порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$). У групі пацієнтів з артеріальною гіпертензією II стадії вищі показники психоемоційної напруги порівняно з пацієнтами з артеріальною гіпертензією I стадії. Найвищі рівні кортизолу були в підгрупах пацієнтів із максимальним рівнем тривожності. Встановлено прямі зв'язки концентрації кортизолу з показниками особистісної тривожності, реактивної тривожності як у групі з артеріальною гіпертензією II стадії ($r = 0,62$; $r = 0,59$; відповідно; $p < 0,05$), так і в групі з артеріальною гіпертензією I стадії ($r = 0,56$; $r = 0,46$; відповідно; $p < 0,05$). В обидвох групах з артеріальною гіпертензією виявлено зворотний зв'язок ЕЗВД з рівнем кортизолу. Так, коефіцієнт кореляції в I групі склав $-0,36$ ($p < 0,05$), у II групі дорівнював $-0,41$ ($p < 0,02$).

Висновки. Проведене дослідження вказує на те, що одним із можливих механізмів погіршення вазодилатуючої функції ендотелію під дією хронічного психоемоційного напруження є активація нейрогуморальних механізмів із підвищенням секреції кортизолу.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, особистісна та реактивна тривожність, ендотелійзалежна та ендотелійнезалежна вазодилатація, кортизол.

Вступ

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) – провідна причина смертності в усьому світі, що призводить до 17,7 млн смертей щорічно (ВООЗ, 2015). Незважаючи на стійку тенденцію зниження смертності від хвороб системи кровообігу (ХСК) у нашій країні протягом останніх років, величина цього показника залишається однією з найвищих у світі, що визначає значні витрати на надання медичної допомоги хворим [1]. У даний час артеріальна гіпертензія (АГ) розглядається як складний комплекс нейрогуморальних, гемодинамічних і метаболічних факторів, взаємовідношення яких трансформуються в часі, що визначає можливість переходу одного варіанту перебігу АГ в інший [16]. Давно доведено, що ризик серцево-судинних ускладнень у хворих з АГ залежить не тільки від абсолютного рівня артеріального тиску, а й від коливань АТ протягом різних проміжків часу, так званої варіабельності АТ.

Уже кілька десятиліть обговорюється значення феномена варіабельності АТ (ВАТ) при АГ. Феномен варіабельності АТ відомий досить давно: вже в 70-х роках ХХ століття обговорювалося клінічне значення цього показника для пацієнтів з АГ [4, 5]. ВАТ – нормальна фізіологічна характеристика серцево-судинної системи, але зміни варіабельності можуть бути додатковим фактором серцево-судинного ризику і одним з механізмів патогенезу серцево-судинних захворювань. ВАТ є не випадковим явищем, а результат складної взаємодії зовнішніх екологічних і поведінкових факторів і внутрішніх серцево-судинних регуляторних механізмів, які ще не до кінця вивчені [2]. Вважається, що короткострокова ВАТ тісно пов'язана з підвищеною жорсткістю артерій і дисфункцією барорецепторів, тоді як причини довгострокової варіабельності менш вивчені. До них відносять сезонні коливання артеріального тиску, неадекватну антигіпертензивну терапію або низьку прихильність до лікарських призначень [6].

Довгострокова ВАТ не є наслідком одних лише спонтанних коливань АТ і, на відміну від короткострокової, регулюється іншими фізіологічними механізмами контролю серцево-судинної системи [9]. При цьому варіабельність можна оцінювати протягом хвилин, днів, тижнів і навіть місяців [15]. Ведуться дискусії щодо того, який тип варіабельності АТ спричиняє подальші серцево-судинні події. Давно відома роль у цьому варіабельності добового АТ (дослідження Finn-Home Study 1999), але в даний час на перший план за прогностичною значущістю виходить так звана міжвізитна варіабельність АТ [12]. Вважається, що короткострокова ВАТ тісно пов'язана з жорсткістю артерій, що може бути використано для її оцінки [14]. Експериментальні дані свідчать про те, що симпатична нервова система (СНС) тісно взаємодіє з ендотелієм судин [16]. Частота розвитку ендотеліальної дисфункції (ЕД) істотно зростає при наявності основних кардіоваскулярних факторів ризику, включаючи вік, куріння, цукровий діабет, гіперхолестеринемію, абдомінальне ожиріння та АГ. І навпаки, ендотеліальна дисфункція сама по собі підвищує ризик розвитку АГ, будучи, таким чином, не тільки наслідком, але і ключовою причиною формування і становлення АГ [7, 10, 11, 13].

Негативний вплив психоемоційного стресу на серцево-судинну систему реалізується за рахунок зміни способу життя і набутих людиною шкідливих звичок, таких як куріння, надмірне вживання алкоголю, гіподинамія, переїдання, що несе за собою появу надлишкової маси тіла, тобто тих чинників, які здатні ще більше посилювати ендотеліальну дисфункцію (ЕД) і збільшувати кардіоваскулярний ризик [20].

Численні популяційні дослідження вказують на важливу роль психоемоційного стресу в якості фактора ризику серцево-судинних захворювань і АГ [3, 8, 18]. Найбільш несприятливим ефектом володіє хронічний вплив стресорів, що призводить до стану тривалої психоемоційної напруженості, підвищеної тривоги, фізичного і психічного дискомфорту і депресії. Останнім часом обговорюється теорія про те, що довготривалий стан психоемоційного напруження призводить до розвитку стійкого підвищення артеріального тиску (АТ) за допомогою погіршення ендотеліязалежної вазодилатації (ЕЗВД). В умовах хронічного стресу відбувається стійка і тривала активація симпатoadреналової та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової вісей. В результаті збільшується секреція основного гормону стресу – кортизолу, який, згідно з даними деяких досліджень, пригнічує експресію ендотеліальної NO-синтетази і знижує продукцію NO. Крім того, під дією симпатичної нервової системи відбувається активація ренін-ангіотензин-альдостеронового механізму, що призводить до зростання периферичного опору і збільшення навантаження на ендотеліоцити кровоносних судин і в кінцевому підсумку, сприяє формуванню ЕД [21].

Мета роботи – вивчити вплив хронічного психоемоційного напруження на ендотеліальну функцію в пацієнтів з АГ.

Матеріали та методи

Проведено обстеження 145 пацієнтів із АГ I і II стадії, у віці від 29 до 53 років (середній вік – $46,75 \pm 0,56$ року). З них I групу склали 36 пацієнтів з АГ I стадії і II групу – 109 пацієнтів із АГ II стадії (середній вік – $46,50 \pm 0,94$ року). До контрольної групи увійшли 20 практично здорових людей без АГ, серцево-судинної патології та надлишкової маси тіла, порівнянних за віком з I та II групами (середній вік – $42,58 \pm 1,45$ року).

Діагноз АГ ґрунтувався на положеннях критеріїв Оновленої та адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах «Артеріальна гіпертензія» та уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» (наказ МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384). Усім хворим проводили стандартне загальноклінічне та лабораторне обстеження, електрокардіографію, ехокардіографічне дослідження (ультразвуковий сканер «Logic-5 XP» (GE, США) датчик 3,5 МГц у положенні хворого на лівому боці під кутом 45° за стандартними методиками).

Рівень реактивної і особистісної тривожності визначали за допомогою опитувальника Спілбергера–Ханіна. Результат до 30 балів відповідав низькій тривожності, 30–45 балів – помірній, 46 і вище – високій тривожності.

З метою вивчення судиннорухової функції ендотелію проводили ультразвукове дослідження плечової артерії з оцінкою зміни її діаметра і швидкості кровотоку по ній в ході проведення проб із реактивною гіперемією і прийомом нітрогліцерину за допомогою ультразвукової системи Philips HD11XE (Нідерланди). Вимірювання проводили в режимі двомірного ультразвукового сканування методом, запропонованим D. Selermajer і співавторами в модифікації Т.В. Балахонової (2001). У ході проведення проби з реактивною гіперемією за ступенем зміни діаметра плечової артерії і швидкості кровотоку в ній оцінювали стан ендотеліязалежної вазодилатації (ЕЗВД). На першому етапі вимірювали діаметр артерії в спокої. Потім на верхню третину плеча накладали манжету і нагнітали її до рівня, що перевищує систолічний АТ (САТ) на 30–40 мм рт. ст. Оклюзію зберігали протягом 5 хвилин, після чого різко знижували тиск в манжеті, тим самим викликаючи декомпресію, збільшення кровотоку в плечовій артерії і відповідно зміни її діаметра. Через 60–90 секунд після декомпресії вимірювали діаметр плечової артерії. ЕЗВД обчислювали як процентне співвідношення різниці діаметра плечової артерії в ході проби з реактивною гіперемією і діаметра артерії в спокої до вихідного діаметру артерії. Дисфункцією ендотелію вважали приріст діаметра плечової артерії через 60 секунд менше ніж на 10% або поява парадоксальної вазоконстрикції.

Ендотеліїнезалежну вазодилатацію (ЕНВД) оцінювали після відновлення вихідного діаметра плечової артерії у відповідь на сублінгвальний прийому 500 мкг нітрогліцерину. Результати оцінювали через 1, 2, 3, 4, 5 хв.

після прийому нітрогліцерину. Нітрогліцеринзалежну дилатацію (як показник ЕНВД) розраховували аналогічно пробі з реактивною гіперемією. Про збереження функції ЕНВД свідчило збільшення діаметра плечової артерії на 20% і більше.

Визначення концентрації кортизолу в сироватці крові проводили методом твердофазного конкурентного імуоферментного аналізу з використанням набору реагентів «Кортизол-ІФА-БЕСТ» (Росія). Кров для дослідження брали з ліктьової вени натщесерце вранці в період з 8:00 до 9:00.

У всіх осіб, включених у дослідження, отримали письмову згоду на проведення обстежень і використання їх даних.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням пакета програм STATISTICA 10.0 (StatSoft, Inc., USA). Дані представлені у вигляді $M \pm m$. Для оцінки відмінностей між двома вибірками за рівнем досліджуваної ознаки застосовувався непараметричний критерій Манна-Уїтні. Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз даних, отриманих у ході проб із реактивною гіперемією і прийомом нітрогліцерину, показав, що в пацієнтів з АГ порівняно з контрольною групою величини ЕЗВД і ЕНВД були значно нижче, що відображено в табл. 1.

Середні показники ЕЗВД і ЕНВД у пацієнтів групи I (АГ I стадії) склали $8,62 \pm 0,47\%$ і $19,46 \pm 0,81\%$

відповідно, що було значно нижче аналогічних показників у групі контролю – ЕЗВД ($12,65 \pm 0,50\%$, $p < 0,001$) і ЕНВД ($23,31 \pm 0,53\%$, $p < 0,001$). У пацієнтів групи II (АГ II стадії) має місце більш виражене погіршення ЕЗВД і ЕНВД. Так, спостерігалось істотне зниження ЕЗВД ($6,78 \pm 0,44\%$) порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$) і з I групою ($p_1 < 0,001$), а також ЕНВД ($18,68 \pm 0,84\%$) порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$).

Отримані результати свідчать про порушення здатності судин хворих з АГ до ендотеліязалежної вазодилатації у відповідь на механічну деформацію і дію NO на гладенькі м'язи судинної стінки.

Звертає на себе увагу той факт, що в групі пацієнтів з АГ II стадії показники психоемоційної напруги є вищими порівняно з пацієнтами із АГ I стадії. Так, у групі II середній рівень особистісної тривожності склав $44,6 \pm 1,1$ балу, реактивної тривожності – $42,1 \pm 0,9$ балу, що значуще перевищувало аналогічні показники в I групі, де середній рівень особистісної тривожності був $40,3 \pm 1,6$ балу ($p < 0,05$), реактивної тривожності – $36,9 \pm 1,2$ балу ($p < 0,05$). Таким чином, прогресування АГ у пацієнтів імовірно пов'язане з підвищенням сприйнятливості і зниженням адаптації до психоемоційних подразників, що може ініціювати у формування ЕД.

Подальшим етапом дослідження було вивчення взаємозв'язку судинорухової функції ендотелію з сироватковою концентрацією кортизолу.

У таблиці 2 наведено дані середніх концентрацій кортизолу в досліджуваних групах і підгрупах.

Таблиця 1

Показники ендотеліязалежної та ендотеліїнезалежної вазодилатації в тесті реактивної гіперемії Selemayer et al. (1992) у хворих на артеріальну гіпертензію I і II ступеня

Показник	Група I (n=36)	Група II (n=109)	Здорові особи (n=20)
D_{pr} , % ЕЗВД	$8,62 \pm 0,47$; $p < 0,001$	$6,78 \pm 0,44$; $p < 0,001$; $p_1 < 0,001$	$12,65 \pm 0,50$
D_{nr} , % ЕНВД	$19,46 \pm 0,81$; $p < 0,001$	$18,68 \pm 0,84$; $p < 0,001$	$23,31 \pm 0,53$

Примітки: D_{pr} – діаметр плечової артерії в умовах реактивної гіперемії;
 D_{nr} – діаметр плечової артерії через 5 хв. після прийому нітрогліцерину;
 ЕЗВД – ендотеліязалежна вазодилатація;
 ЕНВД – ендотеліїнезалежна вазодилатація;
 p – достовірна відмінність із здоровими особами;
 p_1 – достовірна відмінність між I і II групами.

Таблиця 2

Сироваткова концентрація кортизолу в пацієнтів з артеріальною гіпертензією I і II стадії, нмоль/л

Група I (n=36)			Група II (n=109)		
698,3±34,5 нмоль/л*			890,2±56,7 нмоль/л		
низька тривожність <30 балів	помірна тривожність 30–45 балів	висока тривожність >46 балів	низька тривожність <30 балів	помірна тривожність 30–45 балів	висока тривожність >46 балів
566,0±19,8#	609,3±51,6#	939,4±33,0	712,7±44,4°	769,3±51,7°	1194,2±104,6

Примітки: * – $p < 0,05$ по відношенню до I групи;
 # – $p < 0,05$ по відношенню до високої тривожності (I група);
 ° – $p < 0,05$ по відношенню до високої тривожності (II група).

Кожна з вищевказаних груп була розділена на 3 підгрупи залежно від виразності тривожності відповідно до опитувальника Спілбергера–Ханіна.

Звертає на себе увагу те, що найбільш високі рівні кортизолу мали місце в підгрупах пацієнтів з максимальним рівнем тривожності. Той факт, що рівні кортизолу в крові були пов'язані з показниками психоемоційного стресу, є підтвердженням його ключової ролі в реалізації впливу психологічних факторів на розвиток АГ. Так, мали місце прямі зв'язки концентрації кортизолу з показниками особистісної тривожності, реактивної тривожності як в групі АГ II стадії ($r=0,62$; $r=0,59$; відповідно; $p<0,05$), так і в групі АГ I стадії ($r=0,56$; $r=0,46$; відповідно; $p<0,05$). В обидвох

групах з АГ виявлений зворотний зв'язок ЕЗВД із рівнем кортизолу. Так, коефіцієнт кореляції в I групі склав $-0,36$ ($p<0,05$), в II групі дорівнював $-0,41$ ($p<0,02$).

Висновки

Проведене дослідження вказує на те, що одним із можливих механізмів погіршення вазодилатуючої функції ендотелію під дією хронічного психоемоційного напруження є активація нейрогуморальних механізмів із підвищенням секреції кортизолу.

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні вивчення порушеного у статті питання.

Література

1. Артериальная гипертензия в реальной практике здравоохранения: что показывают результаты диспансеризации / А. М. Калинина, С. А. Бойцов, Д. В. Кушунина [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2017. – Т. 23, № 1. – С. 6–16.
2. Взаимосвязь вариабельности артериального давления и сердечно-сосудистого ремоделирования при развитии артериальной гипертензии в пожилом возрасте / А. А. Кастанян, Е. И. Железняк, А. К. Хагуш [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2016. – Т. 22, № 4. – С. 389–400.
3. Изучение влияния стресса на риск артериальной гипертензии в открытой популяции среди мужчин 25–64 лет (Эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ “MONICA–PSYCHOSOCIAL”) / А. В. Гафарова, В. В. Гафаров, Е. А. Громова, И. В. Гагулин // Артериальная гипертензия. – 2013. – Т. 19, № 1. – С. 27–31.
4. Троицкая Е. А. Эволюция представлений о значении вариабельности артериального давления / Е. А. Троицкая, Ю. В. Котовская, Ж. Д. Кобалава // Артериальная гипертензия. – 2013. – Т. 19, № 1. – С. 6–17.
5. Шаварова Е. К. Риск сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с артериальной гипертензией: эволюция взглядов / Е. К. Шаварова, Э. Т. Муфтеева, Ж. Д. Кобалава // Артериальная гипертензия. – 2009. – Т. 15, № 3. – С. 314–319.
6. Assessment and management of blood-pressure variability / G. I. Parati, J. E. Ochoa, C. Lombardi, G. Bilo // Nat. Rev. Cardiol. – 2013. – Vol. 10, № 3. – P. 143–155.
7. Bernatova I. Endothelial dysfunction in experimental models of arterial hypertension: cause or consequence? / I. Bernatova // BioMed research international. – 2014. – Vol. 59. – P. 71–76.
8. Golbidi S. Chronic stress impacts the cardiovascular system: animal models and clinical outcomes / S. Golbidi, J. C. Frisbee, I. Laher // Am. J. Physiol. Heart Circul Physiol. – 2015. – Vol. 308, № 12. – P. 1476–1498.
9. Heart rate variability and incident stroke: the atherosclerosis risk in Communities Study / A. L. Fyfe-Johnson, C. J. Muller, A. Alonso [et al.] // Stroke. – 2016. – Vol. 47, № 6. – P. 1452–1458.
10. Li Q. Mechanisms and consequences of endothelial nitric oxide synthase dysfunction in hypertension / Q. Li, J. Y. Youn, H. Cai // J. Hypertens. – 2015. – Vol. 33, № 6. – P. 1128–1136.
11. Park K. H. Endothelial dysfunction: clinical implications in cardiovascular disease and therapeutic approaches / K. H. Park, W. J. Park // J. Korean. Med. Sci. – 2015. – Vol. 30, № 9. – P. 1213–1225.
12. Prognostic value of the variability in home-measured blood pressure and heart rate: The Finn-Home Study / J. K. Johansson, T. J. Niiranen, P. J. Puukka, A. V. Jula // Hypertension. – 2012. – Vol. 59, № 2. – P. 212–218.
13. Pucci G. The importance of instability and visit-to-visit variability of blood pressure / G. Pucci, G. Schillaci // Expert. Rev. Cardiovasc. Ther. – 2010. – Vol. 8, № 8. – P. 1095–1097.
14. Relationship of 24-h blood pressure variability with vascular structure and function in hypertensive patients / A. García-García, L. García-Ortiz, J. Recio-Rodríguez [et al.] // Blood Press Monit. – 2013. – Vol. 18, № 2. – P. 101–106.
15. Rothwell P. M. Limitations of usual pressure hypothesis and the importance of variability, instability and episodic hypertension / P. M. Rothwell // Lancet. – 2010. – Vol. 375, № 97. – P. 938–948.
16. Simultaneous assessment of autonomic nervous and vascular endothelial functions in a rat model / H. T. Wu, C. C. Liu, C. K. Sun [et al.] // Biomed Tech (Berl). – 2013. – Vol. 58, № 2. – P. 205–212.
17. Simultaneous heart rate variability monitoring enhances the predictive value of flow-mediated dilation in ischemic heart disease / S. Watanabe, E. Amiya, M. Watanabe [et al.] // Circ. J. – 2013. – Vol. 77, № 4. – P. 1018–1025.

18. Steptoe A. Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge / A. Steptoe, M. Kivimäki // *Ann. Rev. Public. Health.* – 2013. – Vol. 34. – P. 337–354.
19. Systolic blood pressure variability is an important predictor of cardiovascular outcomes in elderly hypertensive patients / E. K. Chowdhury, A. Owen, H. Krum [et al.] // *J. Hypertens.* – 2014. – Vol. 32, № 3. – P. 525–533.
20. The effects of stress at work and at home on inflammation and endothelial dysfunction / A. L. Non, E. B. Rimm, I. Kawachi [et al.] // *PloS one.* – 2014. – Vol. 9, № 4. – P. 944–974.
21. Toda N. How mental stress affects endothelial function / N. Toda, M. Nakanishi-Toda // *Pflügers Archive.* – 2011. – Vol. 462, № 6. – P. 779–794.

Дата надходження рукопису до редакції: 26.09.2017 р.

Влияние хронического психоэмоционального напряжения на состояние вазодилатационного резерва у пациентов с артериальной гипертензией

Л.В. Глушко, Е.И. Грынив

ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет», г. Ивано-Франковск, Украина

Цель – изучить влияние хронического психоэмоционального напряжения на эндотелиальную функцию у пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследованы 145 пациентов с артериальной гипертензией I и II стадии. Из них I группу составили 36 пациентов с артериальной гипертензией I стадии, II группу – 109 пациентов с артериальной гипертензией II стадии (средний возраст – $46,50 \pm 0,94$ года). Диагноз «Артериальная гипертензия» основывался на положениях унифицированного клинического протокола «Артериальная гипертензия» (приказ МЗ Украины от 24.05.2012 г. № 384). Уровень реактивной и личностной тревожности определяли с помощью опросника Спилбергера–Ханина. Изучение сосудистодвигательной функции эндотелия проводили путем ультразвукового исследования плечевой артерии с оценкой изменения ее диаметра и скорости кровотока по ней в ходе проведения проб с реактивной гиперемией и приемом нитроглицерина. Концентрацию кортизола в сыворотке крови определяли методом твердофазного конкурентного иммуноферментного анализа. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакета программ STATISTICA 10.0 (StatSoft, Inc., USA).

Результаты. У пациентов с артериальной гипертензией в сравнении с контрольной группой

величины ЭЗВД и ЭНВД были значительно ниже. При артериальной гипертензии II стадии наблюдалось существенное снижение ЭЗВД ($6,78 \pm 0,44\%$) по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$) и с группой II ($p < 0,001$), а также ЭНВД ($18,68 \pm 0,84\%$) по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). В группе пациентов с артериальной гипертензией II стадии более высокие показатели психоэмоционального напряжения по сравнению с пациентами с артериальной гипертензией II стадии. Самые высокие уровни кортизола были в подгруппах пациентов с максимальным уровнем тревожности. Установлены прямые связи концентрации кортизола с показателями личностной тревожности, реактивной тревожности как в группе с артериальной гипертензией II стадии ($r = 0,62$; $r = 0,59$; соответственно; $p < 0,05$), так и в группе с артериальной гипертензией I стадии ($r = 0,56$; $r = 0,46$; соответственно; $p < 0,05$). В обеих группах с артериальной гипертензией обнаружена обратная связь ЭЗВД с уровнем кортизола. Так, коэффициент корреляции в I группе составил $-0,36$ ($p = 0,05$), во II группе был равен $-0,41$ ($p = 0,02$).

Выводы. Установленная взаимосвязь указывает на то, что одним из возможных механизмов ухудшения вазодилатирующей функции эндотелия под действием хронического психоэмоционального напряжения является активация нейрогуморальных механизмов с повышением секреции кортизола.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, личностная и реактивная тревожность, эндотелийзависимая и эндотелийнезависимая вазодилатация, кортизол.

Influence of chronic psycho-emotional stress on the state vasodilatating reserve in patients with arterial hypertension

L.V. Glushko, O.I. Hryniv

Ivano-Frankivsk National Medical University,
Ivano-Frankivsk, Ukraine

Purpose – to study the effect of chronic psycho-emotional stress on endothelial function in patients with arterial hypertension.

Materials and methods. 145 patients with stage I and II hypertension were examined. Of these, I group consisted of 36 patients with hypertension I stage and II group – 109 patients with hypertension stage II (average age – 46.50 ± 0.94 years). The diagnosis of hypertension was based on the provisions of the unified clinical protocol “Arterial hypertension” (Order of the Ministry of Health of Ukraine dated May 24, 2012, No. 384). The level of reactive and personal anxiety was determined using the Spielberger–Khanin questionnaire. The study of vascular motor function of the endothelium was carried out by ultrasound examination of the shoulder artery, with an assessment of changes in its diameter and blood flow velocity in it during the conduct of tests with reactive hyperemia and the administration of nitroglycerin. Determination of the concentration of cortisol in serum was carried out by solid-phase competitive immuno-enzymatic analysis. The statistical processing of the results of

the study was conducted using the STATISTICA 10.0 software package (StatSoft, Inc., USA).

Results. In patients with hypertension, in comparison with control group, the magnitude of EPD and UTI were significantly lower. At AG of the II stage, there was a significant decrease in EHP ($6.78 \pm 0.44\%$) compared with the control group ($p < 0.001$) and in comparison with the group I ($p_1 < 0.001$), as well as the UTI ($18.68 \pm 0.84\%$) compared with the control group ($p < 0.001$). In the group of patients of the AG of stage II, higher psychoemotional stresses compared with patients with hypertension stage I. The highest levels of cortisol were in the subgroups of patients with a maximum level of anxiety. Direct correlations of cortisol concentration with personal anxiety, reactive anxiety were found in the group II of the AG stage ($r=0.62$; $r=0.59$; respectively, $p < 0.05$) and in the group AG of stage I ($r=0.56$; $r=0.46$; respectively, $p < 0.05$). In both groups with hypertension, the feedback of EHVD with cortisol levels was detected. Thus, the correlation coefficient in group I was -0.36 ($p=0.05$), in group 2 -0.41 ($p=0.02$).

Conclusions. The established relationship indicates that one of the possible mechanisms of deterioration of the vasodilating function of the endothelium under the action of chronic psycho-emotional stress is the activation of neurohumoral mechanisms with increased cortisol secretion.

Key words: arterial hypertension, personality and reactive anxiety, endothelium dependent and endothelium, independent vasodilation, cortisol.

Відомості про авторів

Глушко Любомир Володимирович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри терапії та сімейної медицини післядипломної освіти ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»; вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76000, Україна

Гринів Олена Іллівна – асистент кафедри терапії та сімейної медицини післядипломної освіти ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»; вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76000, Україна.

УДК 314.3:001.8

О.О. Дудіна, Ю.Ю. Габорець

Медичні аспекти народжуваності (стан дітородної діяльності)

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

Мета – вивчити та проаналізувати медичні аспекти народжуваності в Україні.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали дані Державної служби статистики України за період 2000–2016 рр. Використано статистичний метод і метод структурно-логічного аналізу.

Результати. Тенденція до зростання рівня народжуваності, як і тенденція до його зниження, у 2013–2016 рр. супроводжувалася позитивними змінами в репродуктивній поведінці жінок (зменшення штучних абортів у 2,8 разу з 29,13 на 1000 жінок фертильного віку у 2000 р. до 10,37 у 2012 р. і в 1,3 разу з 10,37 до 8,01 у 2016 р.) при недостатніх ресурсах для відтворення населення країни (у цілому чисельність жінок фертильного віку зменшилася з 12582,7 тис. у 2000 р. до 11105,9 тис. у 2012 р. і 10120,5 у 2016 р.) та несприятливих змін вікового профілю народжуваності в бік старших вікових груп.

Висновки. У цілому рівень народжуваності в Україні залишається низьким і компенсує смертність лише на 68% (2016 р.).

Ключові слова: народжуваність, коефіцієнт, тенденції, аборти, рівень.

Вступ

Першоосновою відтворення населення є процес народжуваності, оскільки саме він забезпечує формування-оновлення поколінь матерів. Сучасний рівень народжуваності в Україні оцінюється як український, як за історичними мірками, так і в міжнародному контексті. Уже протягом першого десятиліття незалежності (1991–2001 рр.) рівень народжуваності в Україні скоротився з 12,6 на 1000 населення у 1990 р. до 7,8 у 2000 р. Так, загальний коефіцієнт народжуваності у 90-х роках ХХ ст. знижувався щорічно в середньому на 5% у містах і на 3% у сільських поселеннях [2].

У ХХІ ст. ситуація поліпшилась, про що свідчить неухильне щорічне (в середньому на 3,1%) зростання загального коефіцієнта народжуваності. При цьому її показники залишаються одними з найнижчих на європейському просторі.

Узагальнюючим показником відтворення материнського покоління, який не залежить від структури реального населення, є сумарний коефіцієнт народжуваності. Для того, щоб покоління батьків чисельно заміщувалося поколінням дітей, треба, щоб на одну жінку припадало 2,13–2,15 дитини. Існує думка, що значення сумарного показника народжуваності 1,5 дитини на одну жінку є граничним, а рівень народжуваності, нижчий за такий, приводить у дію механізми, які здатні посилюватися та спрямовані на подальше зниження народжуваності (виникає так звана «пастка низької народжуваності») [7]. В Україні із 60-х років ХХ ст. показники сумарної народжуваності залишаються в зоні депопуляції. І кожне наступне покоління чисельно є меншим за попереднє.

Мета роботи – вивчити та проаналізувати медичні аспекти народжуваності в Україні.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали дані Державної служби статистики України за період 2000–2016 рр. При виконанні дослідження використано статистичний метод і метод структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

У цілому за період 1990–2001 рр. чисельність новонароджених скоротилася на 43%, загальний коефіцієнт народжуваності – на 39,1%, а сумарний коефіцієнт народжуваності – на 41,6%. Лавиноподібне падіння народжуваності в перше десятиріччя незалежності України разом із наростаючою смертністю призвело до поглиблення депопуляції українського населення. Спад народжуваності був більш чітко вираженим у міських поселеннях порівняно із сільськими місцевостями.

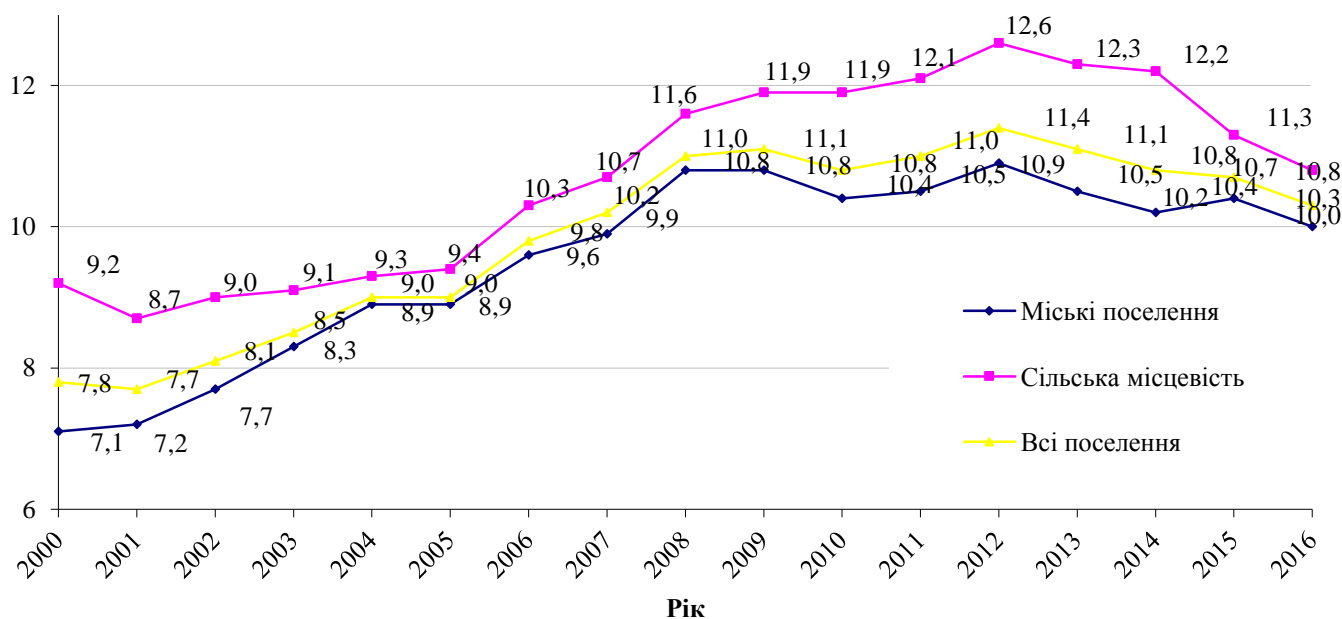
У подальшому відмічалось зростання загального коефіцієнта народжуваності з 7,8% у 2001 р. до 11,4% у 2012 р. з подальшою тенденцією до його зниження з 11,1 у 2013 р. до 10,3 у 2016 р. (у середньому на 1,5% щорічно).

Якщо у ХХ ст. традиційно коефіцієнт народжуваності в містах був вищим, ніж у селах, то з 1991 р. це співвідношення змінилося на користь сільських місцевостей. Різниця між рівнями цього показника і в сільських місцевостях, і в міських поселеннях зменшувалася, оскільки середньорічний приріст народжуваності в міських поселеннях був вищим, ніж у сільській місцевості (2,6% і 1,1% відповідно), (рис. 1).

Зростання рівня народжуваності в Україні у 2001–2012 рр. та тенденція до зниження її у 2013–2016 рр. відбулися на тлі недостатніх для забезпечення відтворення населення країни ресурсів. У цілому чисельність жінок фертильного віку становила у 2000 р.

12 582,7 тис., у т.ч. в міських поселеннях – 9 079,2 тис., у сільських місцевостях – 3 503,4 тис., а у 2016 р. – відповідно 10 120,5 тис., 7 159,0 тис. і 2 961,5 тис. Більш інтенсивними темпами скорочувалася чисельність жінок фертильного віку в міських поселеннях (на 21,15%), ніж у сільських місцевостях (на 15,5%). При цьому доля жінок фертильного віку в структурі всього жіночого населення становила 48,14% у 2000 р. (51,8% у міських поселеннях і 40,7% у сільських місцевостях) із подальшим зниженням до 44,45% у цілому по Україні і до 45,24% у міських

поселеннях та збільшенням до 42,64% у сільських місцевостях у 2016 р. Слід відмітити різноспрямований характер частоти жінок фертильного віку в структурі всього жіночого населення – тенденцію до збільшення в цілому по Україні і в міських поселеннях у 2001–2005 рр. з подальшою тенденцією до зменшення, а також тенденцію до збільшення цього показника в сільських місцевостях до 43,72 у 2008 р. з подальшою тенденцією до зменшення до 41,69 у 2014 р. і тенденцією до збільшення до 42,64 у 2016 р. (табл. 1).



Примітка: за винятком тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополь, а також частини зони АТО; джерело: Державна служба статистики України.

Рис. 1. Характеристика загальної народжуваності в Україні за типами поселень, 2000–2016 рр., на 1000 населення

Таблиця 1
Динаміка чисельності жінок фертильного віку в Україні у 2000–2016 рр. за типами поселень, абс., % до загальної чисельності жіночого населення

Рік	Усього		У міських поселеннях		У сільських місцевостях	
	абс.	%**	абс.	%**	абс.	%**
2000	12 582 673	48,14	9 079 237	51,80	3 503 436	40,70
2001	12 542 987	48,38	9 034 107	51,95	3 508 880	41,09
2002	12 516 737	48,68	9 002 293	52,06	3 514 444	41,73
2003	12 488 947	48,49	8 970 919	52,12	3 518 028	42,35
2004	12 414 771	48,98	8 913 319	51,96	3 501 452	42,74
2005	12 342 731	49,03	8 859 994	51,81	3 482 737	43,15
2006	12 238 397	48,89	8 774 321	51,43	3 464 076	43,46
2007	12 114 772	48,66	8 674 707	50,98	3 440 065	43,66
2008	11 960 858	48,27	8 552 505	50,36	3 408 353	43,72
2009	11 796 157	47,81	8 420 513	49,67	3 375 644	43,70
2010	11 612 547	47,27	8 270 838	48,92	3 341 709	43,64

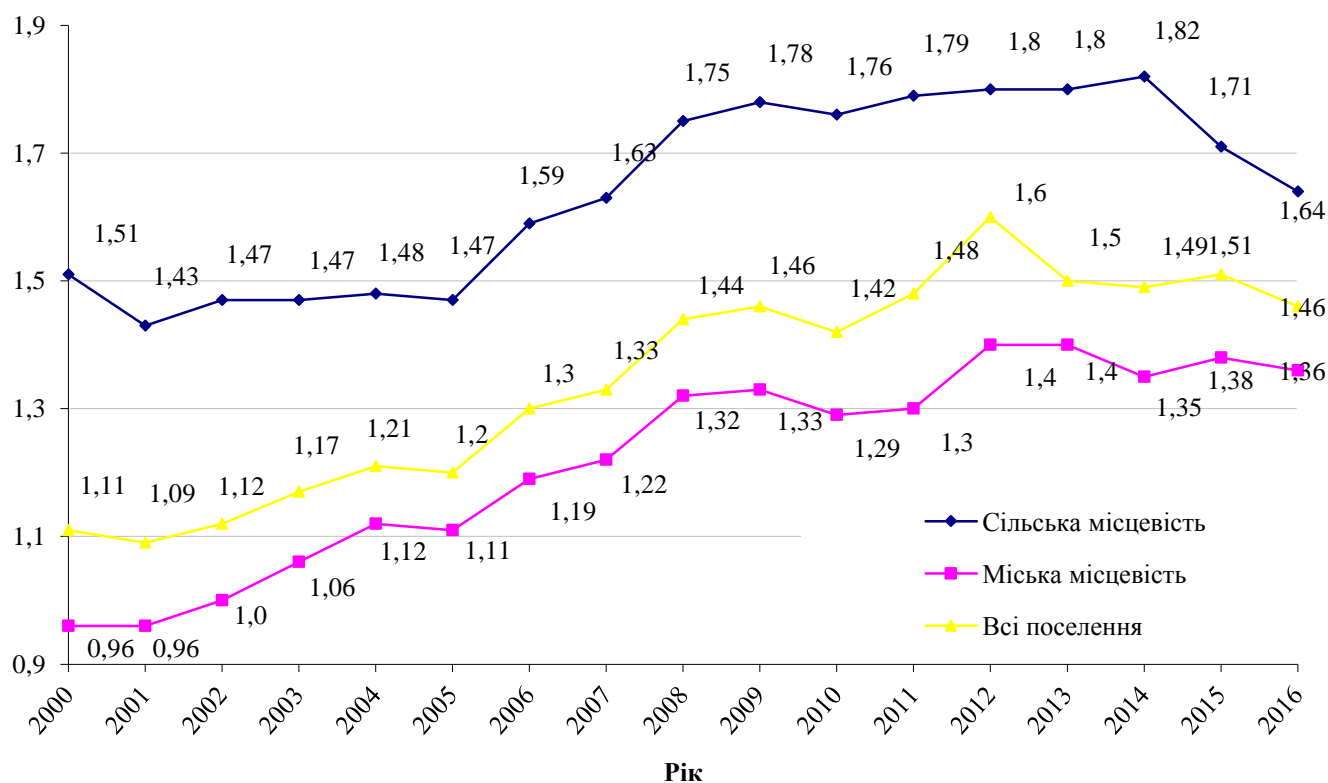
Продовження таблиці 1

2011	11 438 785	46,73	8 131 525	48,18	3 307 260	43,52
2012	11 273 916	46,19	8 003 723	47,46	3 270 193	43,33
2013	11 105 927	45,65	7 873 751	46,77	3 232 176	43,15
2014*	10 394 904	45,25	7 373 411	46,28	2 935 386	41,69
2015*	10 260 831	44,86	7 267 224	45,76	2 993 607	42,82
2016*	10 120 498	44,45	7 159 039	45,24	2 961 459	42,64

Примітки: * – за винятком тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополь, а також частини зони АТО; джерело: Державна служба статистики України; ** – власні розрахунки авторів.

Аналіз народжуваності в Україні залежно від кількості жінок фертильного віку засвідчив, що сумарний коефіцієнт народжуваності (середнє число дітей, народжених жінкою за своє життя) збільшувався до 2012 р. дещо меншою мірою (на 44,4% порівняно з 2000 р.), ніж загальний коефіцієнт народжуваності (число тих, що народилися на 1000 населення) – на 46,1% за ті ж роки. Сумарний коефіцієнт народжуваності збільшувався

з 1,12 у 2000 р. до 1,6 у 2012 р. з подальшим зменшенням показника до 1,46 у 2016 р. Ці тенденції сумарного коефіцієнта народжуваності характерні і для сільських місцевостей (1,51, 1,8 і 1,64), тоді як у міських поселеннях відмічалася тенденція до зростання з 0,96 у 2000 р. до 1,4 у 2012 р. з подальшими незначними коливаннями – 1,35 у 2014 р. і 1,36 у 2016 р. (рис. 2).



Примітка: * – за винятком тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополь, а також частини зони АТО; джерело: Державна служба статистики України.

Рис. 2. Динаміка сумарного коефіцієнта народжуваності в Україні за типами поселень, 2000–2016 рр.

Загально визнано, що динаміка спеціального коефіцієнта народжуваності, який за період 2000–2016 рр. збільшився з 30,6‰ до 42,7‰ (або на 39,5%), визначається змінами як за віковими показниками народжуваності, так і за віковою структурою жінок. Одночасно з негативною динамікою вікової структури жінок протягом ХХІ ст. відбувалися нерівномірні зміни

вікових коефіцієнтів народжуваності. У 2016 р. в Україні підвищення за віковими коефіцієнтами було характерне для всіх п'ятирічних вікових груп жінок, за винятком груп 15–19 років та 20–24-річних, в яких інтенсивність дітонародження зменшилася з 30,6 і 94,2 на 1000 жінок відповідного віку у 2000 р. до 25,3 і 87,8 у 2016 р. відповідно. Чим старшими були жінки репродуктивного

віку, тим вищим був темп приросту за віковими коефіцієнтами народжуваності для відповідних груп. Група жінок віком 35–39 років заслуговує на особливу увагу, оскільки саме в них коефіцієнти народжуваності зростали найвищими темпами. Рівень народжуваності в цій віковій групі у 2016 р. порівняно з 2000 р. збільшився у 3,1 разу, що в 1,4 разу перевищувало аналогічний приріст у жінок віком 30–34 роки і у 2 рази – для жінок

віком 25–29 років. Найбільший приріст показників народжуваності спостерігався у 2012 р., коли коефіцієнт народжуваності в жінок віком 25–29 років порівняно з 2000 р. збільшився на 62,2%, у 30–34-річних – на 31,7%, у 35–39-річних – у 3 рази, у 40–44-річних – у 2,6 разу, у 45–49-річних – у 4 рази. При цьому протягом останніх років зрушення вікового профілю народжуваності відбулися у бік старших вікових груп (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка коефіцієнтів народжуваності за віком матері, Україна, 2000–2016 рр., на 1000 жінок відповідного віку

Рік	Вік, років							
	15–49	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49
2000	30,6	32,1	94,9	57,7	26,5	8,7	1,9	0,1
2001	29,8	29,2	89,9	57,4	27,5	8,9	1,9	0,1
2002	31,2	29,2	91,3	62,7	30,2	9,8	1,9	0,1
2003	32,7	29,0	92,3	67,1	33,0	10,9	2,0	0,1
2004	34,3	29,6	93,4	70,6	35,4	12,2	2,2	0,1
2005	34,4	28,6	88,8	71,7	37,7	13,3	2,3	0,1
2006	37,5	29,5	92,2	79,4	42,7	15,5	2,5	0,1
2007	38,8	30,3	92,2	81,3	45,4	16,8	2,9	0,1
2008	42,4	32,0	97,5	87,8	51,1	19,7	3,3	0,2
2009	43,1	31,2	94,8	89,0	54,1	21,5	3,8	0,2
2010	42,5	28,8	90,1	87,9	55,1	22,3	4,2	0,2
2011	43,6	28,1	89,9	89,2	58,0	24,6	4,6	0,2
2012	45,9	28,7	93,6	93,6	61,4	26,4	5,0	0,3
2013	45,0	27,2	91,0	91,5	61,2	27,2	5,2	0,3
2014*	44,5	27,0	89,9	91,3	60,6	27,6	5,5	0,4
2015*	44,2	27,3	92,3	91,8	58,8	27,3	5,6	0,4
2016	42,7	25,3	87,8	90,1	58,7	27,3	5,8	0,5
2015 р. у % до 2000 р.	139,5	78,8	92,5	156,1	221,5	313,7	305,2	500,0

Примітка: * – за винятком тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополь, а також частини зони АТО; джерело: Державна служба статистики України.

За результатами демографічного обстеження дітородних орієнтацій у країнах Євросоюзу, середнім ідеальним віком для народження дитини, на думку жінок, є 25 років, а верхньою межею для материнства жінки віком 25–39 років. Імовірно, (а на це вказують особливості за віковою народжуваністю в Україні) на такому ж рівні знаходяться вікові орієнтири народжуваності для українських жінок. Так чи інакше, тривале відкладання народження дитини в жінок старшого дітородного віку може спричинити ситуацію, коли задоволення їх потреби в дітях врешті-решт стане неможливим.

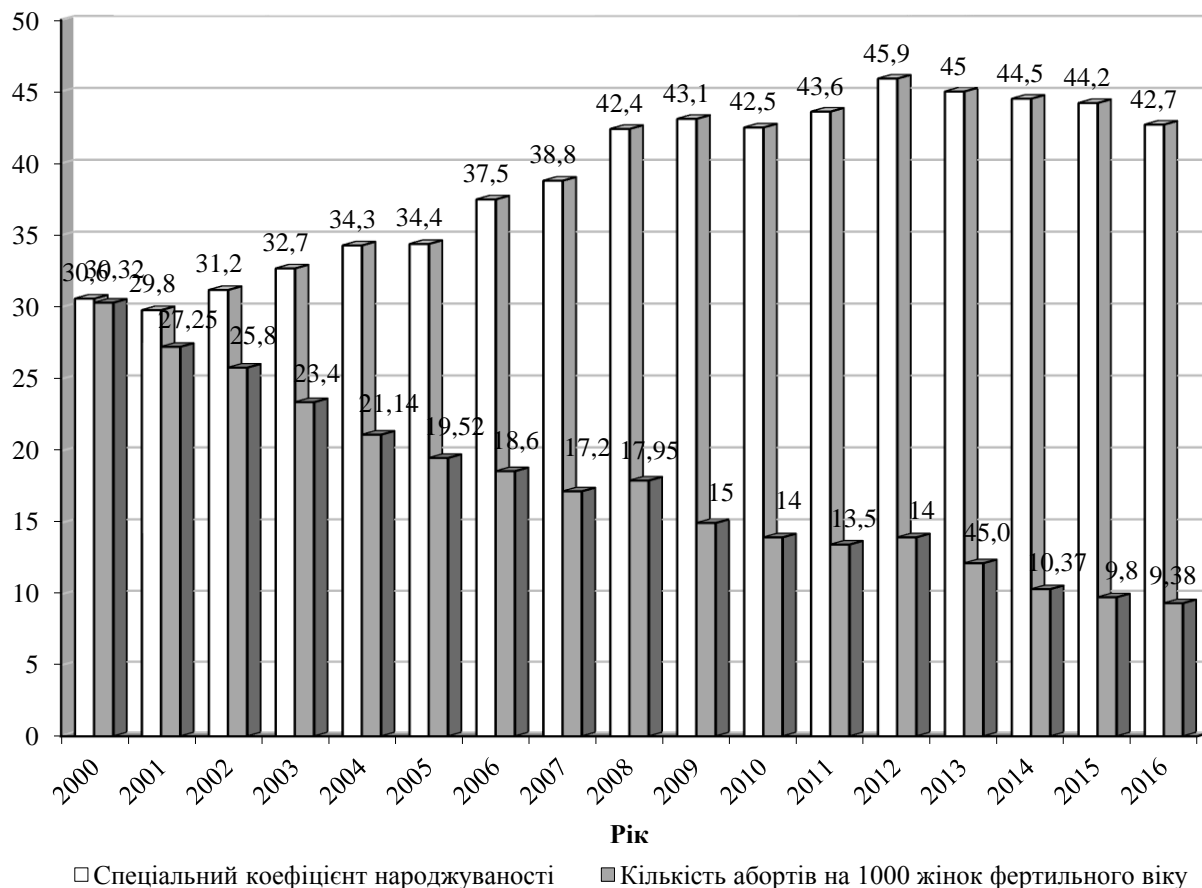
Відомо, що завданням охорони здоров'я є забезпечення медичних складових демографічних показників [5]. На реалізацію жінок дітородної функції впливає стан здоров'я, передусім репродуктивного. Серед співвідносної дії факторів, які знижують рівень репродуктивного здоров'я і фертильність жінок, вагоме значення мають аборти. Саме аборти негативно

впливають на фертильність жінки, перебіг наступних вагітностей та пологів. Відомо, що аборт має як безпосередні негативні наслідки для народжуваності (тобто втрачено потенційне життя плоду, який не народився, можливі випадки втрати життя жінки, яка в майбутньому могла б народити), так і опосередковані – наступні невиношування вагітності або навіть безпліддя. Аборт небезпечний і для здоров'я жінки, навіть якщо він виконаний у найсучасніших медичних закладах.

Виконання заходів міжнародних і державних програм, переорієнтація закладів акушерсько-гінекологічної служби на всесвітньо визнані технології зведеною ефективністю сприяли суттєвому зниженню сумарної кількості абортів в Україні з 32,1 на 1000 жінок фертильного віку у 2000 р. до 9,38 у 2016 р., або у 3,4 разу. Проте аборт все ще залишається одним із методів регулювання народжуваності і за його наслідками вважається основним чинником розладу репродуктивного

здоров'я. Динаміка результатів усіх вагітностей українських жінок протягом останніх десятиріч характеризується стійкою сприятливою тенденцією – зниженням питомої ваги абортів у структурі вагітностей з 32,09% у 2000 р. до 20,63% у 2016 р. [1, 4, 6].

У світі співвідношення абортів до живонароджених становить 1 : 7, в Україні лише з 2001 р. частота живонароджених на 1000 жінок фертильного віку почала перевищувати частоту абортів, і у 2016 р. співвідношення абортів до живонароджених склало 1 : 4,6 (рис. 3).



Примітка: * – за винятком тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополь, а також частини зони АТО; джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України».

Рис. 3. Зіставлення числа дітей, що народилися живими, і кількості абортів, Україна, у динаміці 2000–2016 рр., на 1000 жінок 15–49 років

Слід зауважити, що більшість розвинутих країн сучасного світу вже тривалий час перебувають у стані звуженого режиму відтворення, ознаками якого є доволі довша тривалість життя, низький або надзвичайно низький рівень народжуваності і, відповідно, нульовий чи від'ємний приріст чисельності населення. Небезпечність демографічних змін в Україні полягає в тому, що за період її існування як суверенної держави від'ємний природний приріст (убуток) населення набув сталого затяжного характеру – -7,5 на 1000 осіб наявного населення у 2000 р. з подальшою тенденцією до зменшення щороку до -3,1 у 2012 р. і зростанням до -4,4 у 2016 р. [3].

У цілому рівень народжуваності в Україні залишається низьким і компенсує смертність лише на 68% (станом на 2016 р.).

Наявна несприятлива демографічна ситуація, яка характеризується природним спадом, визначає особливу

соціальну і політичну значущість проблеми підвищення рівня народжуваності і зниження репродуктивних втрат. Ця проблема особливо актуальна сьогодні у зв'язку з майбутнім зниженням народжуваності через скорочення чисельності жінок фертильного віку. І в цих умовах збереження кожного життя і кожної бажаної вагітності є основним завданням соціальної політики та репродуктивної медицини.

Висновки

Тенденція до зростання рівня народжуваності, як і тенденція до його зниження, у 2013–2016 рр. супроводжувалася позитивною тенденцією репродуктивної поведінки жінок (зменшення штучних абортів у 2,8 рази з 29,13 на 1000 жінок фертильного віку у 2000 р. до 10,37 у 2012 р. і у 1,3 рази з 10,37 до 8,01 у 2016 р.)

при недостатніх для забезпечення відтворення населення країни ресурсах – у цілому чисельність жінок фертильного віку зменшилася з 12 582,7 тис. у 2000 р. до 11 105,9 тис. у 2012 р. і 10 120,5 у 2016 р. та несприятливих змін вікового профілю народжуваності в бік старших вікових груп.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням регіональних особливостей стану дитородної діяльності в Україні.

Література

1. *Аналіз репродуктивного здоров'я населення України* / О. О. Дудіна, Р. О. Моїсеєнко, Н. Г. Гойда [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2009 рік / за ред. З. М. Митника. – Київ, 2010. – С. 63–78.
2. *Демографічна криза в Україні. Проблеми, витоки, складові напрями протидії* / за ред. В. Стешенко ; НАН України, Інститут економіки. – Київ, 2001. – 560 с.
3. *Державна служба статистики України* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/oper_new.html. – Назва з екрана.
4. *Дудіна О. О.* Стан репродуктивного здоров'я / О. О. Дудіна, Т. К. Іркіна // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2000 рік / за ред. В. Ф. Москаленка [та ін.]. – Київ, 2001. – С. 94–102.
5. *Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний: монография* / В. Е. Радзинский, А. О. Духин, Л. М. Каппушева [и др.] ; под ред. В. Е. Радзинского, А. О. Духина. – Москва : Издательство Рос. университета дружбы народов, 2004. – 173 с.
6. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік* / за ред. В. Ф. Москаленка [та ін.]. – Київ, 2006. – 280 с.
7. *Lutz W. Policies Addressing the Tempo Effect in Low-Fertility Countries* / W. Lutz, V. Skirbekk // *Population and Development Review*. – 2005. – № 31 (4). – С. 699–720.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.10.2017 р.

Медицинские аспекты рождаемости (состояние детородной деятельности)

Е.А. Дудина, Ю.Ю. Габорец

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

Цель – изучить и проанализировать медицинские аспекты рождаемости в Украине.

Материалы и методы. Материалами исследования были данные Государственной службы статистики Украины за период 2000–2016 гг. Использованы статистический метод и метод структурно-логического анализа.

Результаты. Тенденция к повышению уровня рождаемости, как и тенденция к его снижению, в 2013–

2016 гг. сопровождалась позитивными изменениями в репродуктивном поведении женщин (уменьшение количества искусственных аборт в 2,8 раза с 29,13 на 1000 женщин фертильного возраста в 2000 г. до 10,37 в 2012 г. и в 1,3 раза с 10,37 до 8,01 в 2016 г.) при недостаточных ресурсах для воспроизведения населения страны (в целом численность женщин фертильного возраста сократилась с 12 582,7 тыс. в 2000 г. до 11 105,9 тыс. в 2012 г. и 10 120,5 в 2016 г.) и неблагоприятных изменениях возрастного профиля рождаемости в сторону старших возрастных групп.

Выводы. В целом уровень рождаемости в Украине остается низким и компенсирует смертность только на 68% (2016 г.).

Ключевые слова: рождаемость, коэффициент, тенденции, аборт, уровень.

Medical aspects of fertility (the state of fertile activity)

O.O. Dudina, Yu.Yu. Gaborets
PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches
MoH of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Purpose – to study and analyze the medical aspects of fertility in Ukraine.

Materials and methods. The data of the State statistics of Ukraine for the period of 2000–2016 years were used as the material of research. The statistical method and the method of the structural-and-logical analysis were applied in the course of study.

Results. Trends in fertility were accompanied by positive reproductive behavior of women (2.8 times reduction of artificial abortions with 29.13 per 1000 women of fertile age in 2000 to 10.37 in 2012, and 1.3 times with 10.37 to 8.01 in 2016) with insufficient resources to ensure the reproduction of population in the country. The number of women of fertile age decreased from 12582.7 thousand in 2000, to 11105.9 thousand in 2012 and 10120.5 in 2016, and adverse changes in the profile of fertility rates to the older age groups.

Conclusions. Generally, the level of fertility in Ukraine remains low and is able to compensate mortality of only for 68% (2016).

Key words: fertility, coefficient, tendencies, abortions, level.

Відомості про авторів

Дудіна Олена Олександрівна – к.мед.н., с.н.с., завідувач відділення охорони здоров'я матері і дитини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень 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.

Перспективні напрями досягнення ефективної державної політики у сфері охорони дитячого здоров'я та попередження дитячої смертності

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

Мета – вивчити, проаналізувати основні міжнародні стратегії з охорони здоров'я та попередження смертності дітей; визначити перспективні напрями щодо формування в Україні ефективної державної політики у сфері охорони дитячого здоров'я та попередження дитячої смертності.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження слугували провідні міжнародні документи щодо охорони здоров'я дітей та попередження дитячої смертності. Використано аналітичний метод дослідження та метод системного підходу.

Результати та висновки. Вивчено, проаналізовано та узагальнено сучасні міжнародні стратегії щодо охорони здоров'я та попередження смертності дітей, визначено перспективні напрями з досягнення ефективної державної політики у сфері охорони дитячого здоров'я та попередження дитячої смертності в Україні.

Ключові слова: дитяче здоров'я, дитяча смертність, профілактика, державна політика охорони дитинства, ефективна політика щодо досягнення здоров'я дітей.

Вступ

Протягом останніх десятиліть охорона здоров'я дітей та попередження дитячої смертності розглядаються як пріоритетні напрями галузі охорони здоров'я населення і державної політики більшості країн світу. Сучасна державна політика в сфері охорони дитинства повинна мати за мету максимальне сприяння створенню умов щодо народження і становлення здорової дитини, саме тому показники здоров'я дітей і дитячої смертності виступають чутливими індикаторами, що відображають стан благополуччя населення будь-якої держави, оскільки від стану здоров'я жінок і дітей залежить рівень відтворення населення, перспективи розвитку трудового, оборонного, інтелектуального, оборонного потенціалу країни [3].

Вже починаючи з 2000 р. Організацією Об'єднаних Націй на період до 2015 року були прийняті Цілі тисячоліття в галузі розвитку (ЦТР №4 та ЦТР №5), що спрямовувались на скорочення дитячої та материнської смертності в усьому світі (за мету було встановлено зниження показника смертності дітей у віці до п'яти років на рівні 1990 року на дві третини, що тісно пов'язано з ЦТР №5 із поліпшенням охорони материнства). Терміни досягнення ЦТР вже підходили до завершення, а щорічна світова смертність як і раніше продовжувала знаходитися на неприйнятно високому рівні: 307 000 матерів; 2,6 мільйона мертвороджень; 5,9 мільйона дітей у віці до п'яти років, включаючи 2,7 мільйона новонароджених, і 1,3 мільйона підлітків, більшості цих смертей у світі можна було б запобігти, до цього переліку можна додати дітей, що страждають від хвороб та інвалідності і не можуть повністю розкрити свій потенціал, у результаті чого країни як сьогодні так і у майбутньому несуть величезні збитки. Також багато

жінок, дітей і підлітків у світі як і раніше продовжили відчувати проблеми з доступом до якісних основних медико-санітарних послуг та освіти, вони не мають можливості дихати чистим повітрям і пити чисту воду, позбавлені адекватних засобів санітарії і повноцінного харчування, стикаються з насильством і дискримінацією, і не можуть повноцінно брати участь в житті суспільства, а їх права людини постійно порушуються. Тому вирішення проблеми здоров'я і попередження смертності дітей не залишилось без уваги і надалі, а саме на зміну Цілям тисячоліття в галузі розвитку, після закінчення їх запланованого терміну, Організацією Об'єднаних Націй в 2015 р. були прийняті Цілі в галузі сталого розвитку (ЦСР), частина з яких спрямована на забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю всіх дітей (завдання 3.2 в складі ЦСР 3 полягає в тому, щоб до 2030 року покласти край запобіжній смертності новонароджених і дітей у віці до п'яти років).

З урахуванням невирішених проблем в області виживання дітей за період дії Цілей тисячоліття в галузі розвитку, глобальне співтовариство у світлі виконання вже завдань ЦСР висунуло за мету завдання до 2030 року знизити смертність дітей у віці до п'яти років до 25 і менше випадків на 1000 живонароджених, спроби реалізації якої відтворюються в цілому ряді глобальних ініціатив, таких як «Ініціатива з ліквідації запобіжної материнської смертності», план дій для сприяння забезпеченню загального охоплення високоякісними медико-санітарними послугами для матерів і новонароджених «Кожен новонароджений», Глобальний план дій з профілактики та лікування пневмонії та діареї, Всеохоплюючий план здійснення діяльності в галузі харчування матерів і дітей грудного та раннього віку для зниження показників недостатності харчування і ожиріння, Глобальна технічна стратегія щодо малярії для

зниження глобальних рівнів захворюваності на малярію та смертності від неї до 2030 року, Глобальний план дій щодо вакцин для профілактики дитячих хвороб шляхом вакцинації [3, 13, 15].

На даний час у світі продовжують зберігатися тенденції щодо високого рівня смертності дітей, якій можна запобігти, погані показники здоров'я і благополуччя новонароджених і дітей, особливо до п'яти років, що свідчать про обмежений доступ до якісних медико-санітарних послуг, нерівномірне охоплення життєзберігаючими методами втручання, про недостатній соціально-економічний розвиток, що погіршує ситуацію, тощо. Тому вивчення міжнародного досвіду та визначення ефективних стратегічних напрямків формування державної політики щодо зміцнення здоров'я дітей, профілактиці і лікування дитячих захворювань є необхідним для збереження здоров'я та виживання дітей [13–15].

Мета роботи – вивчити, проаналізувати основні міжнародні стратегії з охорони здоров'я та попередження смертності дітей, визначити перспективні напрями щодо формування в Україні ефективної державної політики у сфері охорони дитячого здоров'я та попередження дитячої смертності.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували провідні міжнародні документи щодо охорони здоров'я дітей та попередження дитячої смертності. Використано аналітичний метод дослідження та метод системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Однією з важливих задач сьогодення є скорочення смертності, якої можна запобігти, серед жінок, дітей і підлітків через підвищення рівня їх добробуту і здоров'я, а також глибокі зміни, що необхідні для побудови більш благополучного і стабільного майбутнього із використанням методів з доведеною ефективністю та застосуванням накопиченого досвіду для подолання існуючих і нових проблем, а також нових підходів, заснованих на фактичних даних і підкріплених стійкими механізмами фінансування. Скорочення запобіжної смертності, формування сприятливого середовища для охорони здоров'я, зміна суспільства таким чином, щоб жінки, діти і підлітки по всьому світу могли реалізувати своє право на володіння найвищим досяжним для них рівнем здоров'я і благополуччя має принести значні соціальні, демографічні та економічні вигоди [3, 11, 12].

Сучасні стратегії в сфері охорони здоров'я дітей спрямовані у відповідності до ЦСР, і мають за мету збереження можливості до збереження права дитини на фізичне, психічне здоров'я, реалізацію соціальних та економічних можливостей, а також повноцінну можливість щодо участі у формуванні стабільного та сталого суспільства. Для чого, основними завданнями, що висуваються є зниження материнської смертності,

малюкової смертності, смертності дітей до п'яти років, зниження смертності і захворюваності, пов'язаної із забрудненням навколишнього середовища, скорочення епідемії ВІЛ, туберкульозу, малярії, тропічних хвороб та інших інфекційних хвороб, а також зниження передчасної смертності від неінфекційних хвороб, укріплення психічного здоров'я. Також важливими задачами виступають припинення всіх видів неповноцінного харчування, забезпечення потреби в харчуванні дітей, дівчаток-підлітків, вагітних і жінок, що годують, забезпечення загального доступу до медичного обслуговування в області сексуального і репродуктивного здоров'я (в тому числі до послуг планування сім'ї), а також дотримання прав в цій галузі, забезпечення якісного раннього розвитку дітей, забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я, включаючи захист від фінансових ризиків, і доступ до якісних основних послуг, лікарських засобів та вакцин, розширення сприятливого середовища через подолання крайньої бідності, забезпечення отримання повної початкової і середньої освіти, усунення дискримінації і насильства по відношенню до жінок і дівчаток, забезпечення загального доступу до безпечної і недорогої питної води, засобів санітарії і гігієни, а також сприяння науковим дослідженням, розширення можливостей технологій та стимулюванні інновацій та розвитку партнерства. До того ж слід розуміти, що реалізація запропонованих завдань мають високу дохідність інвестицій за умови зростаючого та стабільного фінансування, за попередніми даними ліквідація передчасної смертності жінок та дітей (включаючи мертвородження та підлітків) дозволить отримати щонайменше 100 млрд дол. США у вигляді «демографічних дивідендів» від інвестицій у зміцнення здоров'я і розвиток дітей і підлітків, а також отримати щонайменше 10-кратний дохід на інвестиції за рахунок підвищення рівня освіти, участі у трудовій діяльності та внеску в життя суспільства [3, 7, 8, 15].

На даний час найбільш успішні країни в сфері охорони дитячого здоров'я віддають перевагу:

- 1) зміцненню зв'язків між стратегічним керівництвом і практичним управлінням, а також потенціалу в цих областях на всіх рівнях, підтримуючи спільні дії;
- 2) фінансуванню в інтересах здоров'я, коли вишукуються ресурси при забезпеченні доцільності витрат з використанням комплексних та інноваційних підходів;
- 3) забезпеченню стійкості систем охорони здоров'я через можливість надавати високоякісні послуги в будь-яких умовах, забезпечувати готовність до надзвичайних ситуацій, забезпечувати загальне охоплення послугами охорони здоров'я;
- 4) підтримці індивідуального потенціалу через інвестування в розвиток індивідуального потенціалу, підтримку людей як рушійної сили змін, створення нормативно-правової бази для усунення перешкод; забезпеченню дій в умовах гуманітарних криз і нестабільності, здійсненню оцінювання ризиків і потреб з урахуванням прав людини і гендерних аспектів, врахуванню заходів реагування на надзвичайні ситуації, усунуванню перешкод, що

утрудняють перехід до сталого розвитку; 5) залученню громад із забезпеченням широкої участі та використанням заохочувальних стимулюючих законів, політики і норм; активізацією діяльності на рівні громад; 6) здійсненню досліджень та впровадження інновацій, для чого реалізується інвестування в широкий спектр досліджень і зміцнювання потенціалу країни; встановлення зв'язку фактичних даних з політикою і практикою, застосування результатів для реалізації багатосекторальних дій; 7) застосуванню багатосекторального підходу, сприянню міжсекторальному співробітництву; відслідковування впливу; 8) забезпеченню підзвітності через здійснення моніторингу та звітності; удосконалення системи реєстрації активів цивільного стану та статистики природного руху населення; сприяння незалежному огляду і залученню різних зацікавлених сторін. практиці інновації. Слід розуміти, що сучасні стратегії в сфері охорони здоров'я задають напрямки для прискореної роботи в галузі охорони здоров'я не тільки дітей, але і жінок та підлітків. Це означає, що вони мають бути комплексними та діяти в унісон із Цілями сталого розвитку, результатом здійснення яких має стати суттєві зміни в охороні здоров'я і сталому розвитку для жінок, дітей і підлітків по всьому світу до 2030 року [9, 12, 14].

Одним із важливих підходів, який повинен бути використаний у ефективних стратегіях – це підхід «всього життєвого циклу», що націлений на досягнення найвищих стандартів фізичного, психічного і соціального здоров'я і благополуччя на кожному віковому етапі, тому що здоров'я людини в кожному віковому періоді впливає на його здоров'я в наступні періоди, а також побічно впливає на наступне покоління. Охорона здоров'я протягом всього життєвого циклу включає в себе багато складових, але провідними з них є найвища якість догляду за вагітними жінками та новонародженими, сучасні засоби контрацепції, найвища якість медичної допомоги при народженні, своєчасне проведення імунізації, грудне вигодовування і якісне харчування, адекватний розвиток дитини у ранньому дитинстві, інвестування у людський капітал (підлітків і молоді), запровадження стимулів для системи охорони здоров'я, інвестиції в систему охорони здоров'я і кадри. Так, за даними ВООЗ, якби всі жінки, охочі уникнути вагітності, використовували сучасні контрацептиви, а медичне обслуговування всіх вагітних жінок і новонароджених здійснювалося відповідно до рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) стандартів, медико-санітарні результати виявилися б вражаючими. Як приклад, у порівнянні з 2014 р, можливо було б отримати скорочення числа випадків небажаної вагітності на 70%; абортів на 67%; материнської смертності на 67%; смертності новонароджених на 77%; а передачу ВІЛ від матерів новонародженим можна було б виключити майже повністю. Прибутковість таких інвестицій склала б близько 120 дол. США на кожен вкладений долар США. Стабільність чисельності населення могла б дозволити підвищити економічну стійкість і знизити ризики, пов'язані зі зміною клімату.

В свою чергу, забезпечення якості медичної допомоги при пологах за попередніми підрахунками світових експертів дає потрійну вигоду: порятунок життя матерів, новонароджених і профілактика мертвонародження. Надання всім жінкам і новонародженим під час пологів якісної медичної допомоги в стаціонарі може до 2020 р сприяти запобіганню близько 113 тис. випадків материнської смертності, 531 тис. випадків мертвонародження і 1,3 млн смертей новонароджених щорічно, при цьому витрати складуть 4,5 млрд дол. США (0,9 дол. США на людину) на рік. Проведення імунізації, яка відноситься до найбільш затратних медико-санітарних заходів, також економічно виправдано: за даними ВООЗ десять вакцин загальною вартістю 42 млрд дол. США в період з 2011 по 2020 роки можуть запобігти 24–26 млн смертей в майбутньому в порівнянні з гіпотетичним сценарієм, в якому ці вакцини в цей період не використовуються. Грудне вигодовування і харчування, їх популяризація та підтримка в перші два роки життя можуть запобігти майже 12% смертей серед дітей до п'яти років, вирішити проблему недостатнього харчування і забезпечити кожній дитині хороший старт у житті. Активізація заходів в області харчування має співвідношення вигод/витрат, рівне. Також важливість інвестицій у розвиток фізичного, когнітивного, мовного і соціально емоційного розвитку дітей, особливо у віці до трьох років, пов'язана з їх високою прибутковістю на рівні 7–10% протягом усього життєвого циклу за рахунок поліпшення показників здоров'я і соціальної інтеграції, а також за рахунок економічних результатів і зниження злочинності. Запровадження стимулів для системи охорони здоров'я, інвестиції в систему охорони здоров'я і кадри мають знизити показники смертності від інфекційних захворювань, материнської і дитячої смертності, сприяти більш активному зростанню ВВП за рахунок підвищення продуктивності. На сучасному етапі для стабільного функціонування системи охорони здоров'я необхідно інвестувати в підготовку кадрів, також інвестиції будуть потрібні в таких ключових галузях як підготовка кадрів для керівництва здійсненням програм; інфраструктура, обладнання та транспорт; матеріально-технічне постачання; системи медико-санітарної інформації; стратегічне керівництво; фінансування охорони здоров'я [3, 8, 10–12].

Також поряд із підходом «всього життєвого циклу» в стратегіях обов'язково має бути застосовано комплексний і багатосекторальний підхід, в рамках якого враховуються такі суміжні фактори як харчування, освіта, гендерна рівність, попередження дитячих шлюбів, водопостачання, санітарія та гігієна (інвестиції в цих секторах приносять 4 дол. США на кожен вкладений долар і можуть приносити глобальній економіці 260 млрд доларів США щорічно, якщо буде забезпечений загальний доступ до цих благ), чисте повітря, інфраструктура, розрив в плані справедливості в галузі охорони здоров'я всередині країни і між ними, всі ті фактори, що відіграють важливу роль в досягненні Цілей сталого розвитку в сфері охорони здоров'я дітей, матерів та підлітків [1, 4, 12].

Слід зауважити, що сучасні стратегії багатьох країн у сфері охорони здоров'я дітей та попередження дитячої смертності мають концепції, керівні принципи, цілі і комплекс основних завдань, у відповідності до Цілей сталого розвитку, де зазначені основні напрямки дій і закладена основа для планування заходів по здійсненню країною ініціатив. Ці стратегії базуються на фактичних даних, які свідчать про те, які методи працюють і які дії необхідні і мають охоплювати всі соціальні групи і ситуації з наданням особливої уваги маргіналізованим, ізольованим і важкодоступним групам населення, а також на існуючих договорах і зобов'язаннях в галузі прав людини. Право жінок, дітей і підлітків на здоров'я визнається базовим правом людини в ряді міжнародних договорів, зокрема в Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права, Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок і Конвенції про права дитини [3, 6, 11, 14].

За результатами аналізу для того щоб успішно реалізовувати державну політику в сфері охорони здоров'я дітей та попередження дитячої смертності країни повинні включити і проводити роботу по дев'яти взаємопов'язаним і взаємозалежним напрямкам: 1) керівництво на рівні країн; 2) фінансування в інтересах здоров'я; 3) стійкість систем охорони здоров'я; 4) розвиток індивідуального потенціалу; 5) залучення спільнот; 6) багатосекторальна діяльність; 7) дії в умовах гуманітарних криз і нестабільності; 8) дослідження та інновації; 9) підзвітність та моніторинг. Ці дев'ять напрямів діяльності є ключовими, робота повинна вестись спираючись на наукові дані і практичний досвід, дослідження в сфері пошуку ефективних заходів і підходів, а також на актуальні уявлення про комплексний характер охорони здоров'я та сталий розвиток. Також сучасні наявні дані вказують на принципову важливість паралельної і комплексної роботи по ключовим взаємозалежним напрямкам, оскільки окремо ні один напрям і жоден сектор не дадуть необхідних результатів, у будь-якому випадку потрібні більш комплексні та синергійні підходи до міжсекторальної взаємодії [3, 9, 12].

За даними ВООЗ, найбільшого прогресу в захисті здоров'я жінок, дітей і підлітків у максимально короткі терміни домоглися ті країни, які об'єднує одна спільна риса: ефективне керівництво, що проявляється у спільній роботі різних гілок влади із активною взаємодією з місцевими громадами, громадянським суспільством, молоддю та приватним сектором для досягнення поставлених цілей в області охорони здоров'я. Керівну роль зазвичай бере на себе парламент, яка реалізується шляхом розробки відповідних законів і нормативно-правових актів, бюджетування і підвищення вимог до підзвітності з питань захисту здоров'я жінок, дітей і підлітків. Потреби дітей мають стати пріоритетом в рамках всіх державних секторів і для цього необхідна політична воля на самому найвищому рівні. Державне керівництво (на рівні політиків, парламентаріїв і державних службовців) – це єдиний спосіб забезпечити міцний фундамент для систем охорони здоров'я, який включає ефективні державні установи, управлінський

потенціал, всеосяжне законодавство, повне оснащення співробітників, інфраструктуру, достатнє фінансування, надійні дані для прийняття рішень, прозорість і підзвітність. Для ефективного керівництва необхідне: 1) зміцнення взаємодії між політичними та адміністративними керівниками (створення або вдосконалення механізмів координації для забезпечення активної участі адміністративних керівників у розробці політики та прийнятті рішень; зміцнення політичного і адміністративного потенціалу на регіональному (районному) рівні, а також поліпшення взаємодії між центральною і регіональною владою; створення або вдосконалення систем управління ефективністю і забезпечення безперервної роботи, в тому числі в умовах зміни політичної або адміністративної влади, а також в надзвичайних ситуаціях, таких як кризи або стихійні лиха); 2) зміцнення керівного і управлінського потенціалу (виявлення та усунення перешкод для більш ефективного керівництва, зокрема, забезпечення доступу до даних і їх використання при прийнятті рішень; розвиток навичок ведення переговорів, бюджетування, досягнення консенсусу, управління реалізацією планів і програм; взаємодія між секторами; координація дій декількох зацікавлених сторін; мобілізація ресурсів і забезпечення підзвітності; взаємодія з науково освітніми установами для розробки програм управління і менеджменту, тощо); 3) розробка системи багатосторонньої підзвітності та нагляду [10–12, 14].

За даними ВООЗ та ООН, фінансування стратегій охорони здоров'я дітей для досягнення цільових результатів у 63 країнах з рівнем доходів нижче середнього і низьким і важким тягарем хвороб зажадають 33,3 млрд дол. США, близько 10 дол. США на душу населення. Для виконання цих фінансових вимог необхідний підхід, що поєднує в собі внутрішнє фінансування, зовнішню підтримку та інноваційні методи, а також ефективне використання наявних ресурсів. За оцінками, 20–40% витрат на охорону здоров'я «не приносить ніякої користі для здоров'я населення через технічні труднощі або неефективний розподіл коштів». У переважній більшості країн охорона здоров'я дітей і підлітків здійснюється в основному за рахунок внутрішніх джерел фінансування, при цьому в багатьох країнах основна частина коштів надходить в сферу охорони здоров'я з приватного сектора і з платежів фізичних осіб, що може створювати певні економічні труднощі, які ускладнюються кризами. Економічне зростання створює цінні можливості для збільшення державних витрат на охорону здоров'я. Все більш помітну роль відіграють інноваційні фінансові механізми (як національні, так і міжнародні). У період 2001–2013 рр. саме вони дозволили зібрати майже 100 млрд дол. США на потреби охорони здоров'я, причому обсяг коштів зростає щорічно приблизно на 11%. З урахуванням вищенаведеного для адекватного фінансування охорони здоров'я дітей необхідно знайти достатні ресурси і стабільні джерела фінансування, забезпечити доцільність витрат і підвищення фінансової захищеності особливо

малозабезпечених жінок, дітей та підлітків, забезпечити впровадження комплексних і новаторських підходів до фінансування [2, 3, 9].

Наступний напрям роботи щодо забезпечення ефективної державної політики в галузі охорони дитячого здоров'я і попередження дитячої смертності є створення стійкої системи охорони здоров'я. Так, у багатьох країнах з високим тягарем материнської і дитячої смертності системи охорони здоров'я є малоефективними. Якість послуг, що надаються страждає через брак персоналу та матеріального забезпечення, відсутність політичної волі, слабкого довгострокового планування, низьку готовність до надзвичайних ситуацій і браку стабільного фінансування. Для підвищення ефективності систем охорони здоров'я необхідний високий інституційний та людський потенціал, без нього неможливо забезпечити стійкість, необхідну для подолання труднощів, з якими стикаються системи охорони здоров'я, і спадкоємність у наданні всьому населенню ефективних та якісних послуг незалежно від віку та інших умов. Добре підготовлені до надзвичайних ситуацій і здатні передбачати потреби населення в галузі охорони здоров'я системи та медико-санітарні працівники більш оперативно реагують на кризи і краще справляються з їх наслідками. Уряди повинні розробляти такі національні стратегії охорони здоров'я, які націлені на зміцнення всіх елементів систем охорони здоров'я, що забезпечують загальне охоплення медико-санітарною допомогою: управління та стратегічне керівництво, медичні кадри, медичні товари, вакцини та технології, системи медико-санітарної інформації, фінансування охорони здоров'я та надання послуг. Також необхідно чітко розмежовувати ролі і відповідальність всіх постачальників послуг (державних, приватних та некомерційних) і відстежувати ефективність. Зміцнення систем охорони здоров'я дає і побічні вигоди. Зайнятість в області охорони здоров'я і в соціальній сфері може стимулювати більш широкий соціально-економічний розвиток, сприяти гендерній рівності та розширенню можливостей молоді [2, 13, 14].

Дуже важливим напрямом є підтримка індивідуального потенціалу в зв'язку з тим, що жінки, діти і підлітки потенційно роблять найбільший внесок у поліпшення власного здоров'я та формування процвітаючого та сталого суспільства. Крім того, вони здатні передати капітал, накопичений в соціальній сфері та галузі охорони здоров'я, майбутнім поколінням. Однак вони не зможуть зіграти цю ключову роль, якщо керівництво країн і суспільство не забезпечать захист прав людини і доступ до життєво необхідних товарів, послуг та інформації, а також не розширять можливості для соціальної, економічної і політичної участі. Кожна людина з народження має унікальний біологічний потенціал здоров'я, зміни якого у наступних етапах життя пов'язані з освітою, навичками і життєвим досвідом. Фактори навколишнього середовища на ранніх етапах розвитку можуть вплинути на здоров'я людини в майбутньому. У будь-якому віці люди використовують свій біологічний і набутий потенціал для задоволення особистих, соціальних і екологічних вимог до власного

здоров'я і благополуччя: наявність необхідних ресурсів і можливостей здатне допомогти людині робити усвідомлений вибір щодо свого здоров'я. Особливо необхідно інвестувати у ранній фізичний, розумовий і соціальний розвиток (мозок і інші системи організму дитини найбільш інтенсивно розвиваються протягом перших трьох років життя), який визначає здоров'я людини як у сьогоденні, так і в майбутньому. Другий ключовий етап розвитку – це підлітковий вік, коли інвестиції і можливості можуть закріпити успіх, досягнутий на ранньому етапі, або дати другий шанс молодим людям, які не розвинули свій потенціал в дитинстві, до того ж підлітки – це майбутні батьки, які можуть передати як потенціал, так і ризики, пов'язані зі здоров'ям, майбутнім поколінням [1, 3, 4, 8, 15].

Залучення громад – це наступний важливий напрям для реалізації ефективної державної політики в сфері охорони здоров'я дітей та попередження дитячої смертності. За визначенням ВООЗ, громада – це широкий термін для позначення об'єднання людей на місцевому, національному та міжнародному рівнях, пов'язаних або не пов'язаних між собою в просторовому відношенні, які мають спільні інтереси, проблеми та інші визначальні риси. На даний час існує низка країн, які слугують переконливим прикладом ефективності залучення громад. На особливу увагу заслуговують жіночі об'єднання, які надають підтримку вагітним жінкам і молодим матерям, участь чоловіків і хлопчиків у програмах в галузі охорони здоров'я та участь пацієнтів у заходах, спрямованих на підвищення якості послуг у сфері охорони здоров'я у містах. В ідеалі, всю спільноту, включаючи підлітків, має бути залучено в процес вибору пріоритетів в галузі охорони здоров'я та формування вимог до якості медичних послуг для людей будь-якого віку. Наприклад, у багатьох країнах місцеві медико-санітарні працівники користуються суспільною довірою, і, тим не менш, в національних системах охорони здоров'я їх роль часто залишається недооціненою і вважається другорядною. Організації громадянського суспільства, релігійні об'єднання, а також місцеві, релігійні та громадські лідери також грають важливу роль в усуненні соціальних і культурних перешкод для популяризації здорової поведінки [3, 12, 13].

Багатосекторальна діяльність відіграє особливо важливу роль. Так, близько 50% поліпшень здоров'я жінок, дітей і підлітків пов'язані з інвестиціями поза сектором охорони здоров'я. До них відносяться заходи і стратегії в галузі освіти, харчування, водопостачання, забезпечення належних санітарно-гігієнічних умов, соціального захисту і скорочення масштабів убогості, захисту дітей, працевлаштування, транспорту та енергетики. Міжсекторальна діяльність, наприклад в області розширення політичної та економічної участі жінок, пом'якшення наслідків зміни клімату та адаптації до них, також сприяє істотним поліпшенням у сфері охорони здоров'я, забезпечуючи спільні вигоди на міжсекторального рівні. Таким чином, заходи, що проводяться поза сектором охорони здоров'я, необхідно вважати основою для національних стратегій охорони

здоров'я жінок, дітей і підлітків і відстежувати так само, як і заходи в сфері охорони здоров'я. Для забезпечення багатосекторальної діяльності необхідно застосовувати багатосекторальні підходи до зміцнення здоров'я і підвищення рівня добробуту жінок, дітей та підлітків; вдосконалювати методи керівництва і нарощувати потенціал у інтересах багатосекторальної діяльності і міжсекторального співробітництва; відстежувати вплив багатосекторальної діяльності і міжсекторального співробітництва на стан справ у галузі охорони здоров'я та сталого розвитку [2, 3, 6, 9, 13].

Будь-яка країна для реалізації ефективної політики щодо збереження здоров'я дітей також має бути здатною діяти в умовах гуманітарних криз і нестабільних ситуацій. За даними ВООЗ більше половини випадків смерті матерів, новонароджених і дітей відбуваються в умовах гуманітарних криз, в тому числі в конфліктних і постконфліктних ситуаціях, транснаціональних криз, у країнах, які пережили одне або кілька серйозних стихійних лих, і в умовах затяжної соціально-економічної і політичної нестабільності. Проблеми, пов'язані з охороною здоров'я, особливо гостро стоять у мобільних групах населення, в таборах біженців і таборах тимчасового розміщення, а також в групах внутрішньо переміщених осіб. З 1,4 млрд осіб, що живуть в умовах гуманітарних криз, майже 60% – це молодь до 25 років. Традиційно в рамках реагування на надзвичайні ситуації захисту жінок, дітей і підлітків приділяється недостатньо уваги, хоча в умовах кризи саме вони стикаються з підвищеним ризиком погіршення фізичного і психічного здоров'я, домагань і насильства, в тому числі сексуального. Орієнтація на дії в умовах гуманітарних криз і нестабільності є новим елементом у сучасних стратегіях, для цього доцільно сприяти обліку оцінок ризиків, прав людини і гендерних аспектів при розробці програм для більш ефективного обліку особливих потреб жінок, дітей та підлітків в умовах гуманітарних криз; вмикати заходи екстреного реагування у плани охорони здоров'я і проводити основні медико-санітарні заходи; усувати перешкоди стосовно переходу гуманітарного реагування до сталого розвитку [11, 12, 14].

Для розуміння і подолання перешкод, що ускладнюють охорону здоров'я жінок, дітей і підлітків, необхідний повний спектр досліджень. Дослідження та впровадження інновацій – це важливий напрям що здатен підвищити та гарантувати ефективність державної політики щодо охорони дитинства. Політика здійснення і оперативні дослідження можуть сприяти формуванню більш ефективних систем і підвищення якості послуг, актуалізації ефективних заходів і рішення нових проблем, що виникають. Потрібно більше даних, причому більш якісних даних, за результатами моніторингу та проведення оцінок для підвищення своєчасності і точності інформації і засобів підзвітності. Дані досліджень говорять про те, що в справі зміцнення здоров'я і підвищення добробуту знання, і технічний прогрес можуть бути не менш важливими, ніж економічні ресурси. В свою чергу, інновації – це початкова точка процесу, який перетворює потужні нові ідеї та наукові

дані в ефективні методи і товари, що застосовуються. Для повноцінного впровадження вищезазначеного напряму необхідно інвестувати у широкий спектр досліджень, віддаючи пріоритет місцевим потребам і можливостям; розробити механізми передачі знань, щоб всі зацікавлені сторони на державному, регіональному і глобальному рівнях мали доступ до найактуальнішої інформації, Інвестувати в глобальні та національні дослідницькі мережі, платформи знань і вузли даних для забезпечення точної, своєчасної і транспарентної обробки наукових даних, знань, а також їх аналізу і синтезу; проводити тестування та масштабування інновацій. На сучасному етапі, за даними ВООЗ, існує достатньо багато перспективних інновацій орієнтованих на здоров'я жінок, дітей і підлітків, а саме більше 1000 інновацій знаходяться на стадії досліджень та розробки. «Вузьким місцем» інновацій є етап «виведення в практичну площину»: кожна перспективна інновація або проект на стадії перевірки правильності концепції вимагають в середньому більше 1 млн дол. США. Створений в рамках ініціативи «Кожна жінка, кожна дитина» ринок інновацій покликаний розширити це «вузьке місце», надавши сприятливе середовище і механізм для розгляду (за участю глобального партнерства зацікавлених сторін) інновацій, визначення найбільш перспективних методів фінансування для прискорення їх практичної реалізації, забезпечення їх стійкості та ефективності. Поставлено мету до 2020 р реалізувати на практиці в достатньому масштабі щонайменше 20 інновацій, і як мінімум 10 з них повинні набути широкого поширення і почати робити істотний позитивний вплив на здоров'я жінок, дітей і підлітків до 2030 року [3, 11, 12, 14].

Останнім не менш важливими напрямом ефективної стратегії є впровадження максимально точної системи підзвітності за результати, ресурси і права в країні. Підзвітність грає важливу роль в прискоренні прогресу в інтересах здоров'я жінок, дітей і підлітків, вона полегшує відстеження ресурсів, результатів і дотримання прав і дозволяє отримувати інформацію про те, які заходи працюють, що вимагає поліпшення, а що підвищеної уваги. Завдяки підзвітності особи, відповідальні за прийняття рішень, отримують інформацію, необхідну для задоволення потреб і здійснення прав в області охорони здоров'я всіх жінок, дітей і підлітків, і орієнтують свої зусилля на їх потреби. Комісія Організації Об'єднаних Націй з питань інформації та підзвітності в інтересах охорони здоров'я жінок і дітей охарактеризувала підзвітність як циклічний процес, спрямований на отримання знань і постійне вдосконалення, що включає три основних етапи: моніторинг, огляд і дії [3, 5, 10, 12].

Таким чином, на сучасному етапі розвитку суспільства успішна реалізація державної політики і досягнення вимірних результатів у сфері охорони здоров'я дітей та попередження дитячої смертності залежить від включення до державної політики сучасних напрямів ефективної стратегії, якості їх втілення та проведення роботи по цим дев'яти провідним взаємопов'язаним і взаємозалежним напрямам і

комплексам дій, що притаманні кожному з цих напрямів, а також від використання критеріїв відбору заходів, що включають орієнтацію заходів на основні причини захворюваності та смертності у жінок, дітей і підлітків, використання заходів з доведеною високою ефективністю в плані зміцнення здоров'я і розвитку жінок, дітей і підлітків, а також їх високу значимість для загального стану здоров'я і благополуччя.

Висновки

У ході дослідження отримано узагальнені дані щодо сучасних міжнародних напрямів розвитку

ефективної державної політики в галузі охорони дитинства та їх світових тенденцій, визначено перспективні провідні напрями щодо формування ефективної державної політики в сфері охорони здоров'я дітей та попередження дитячої смертності, що мають бути адаптовані до українських реалій та впроваджені на національному рівні.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні особливостей функціонування та ефективності вітчизняної системи охорони здоров'я дітей та попередження дитячої смертності та у країнах Європейського регіону.

Література

1. 2016: Old challenges, new hopes. Accountability for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health) [Electronic resource]. – Geneva : Independent Accountability Panel; 2016. – Access mode : <http://www.iapreport.org>. – Title from screen (accessed 3 May 2017).
2. *Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework* / K. Stenberg, H. Axelson, P. Sheehan [et al.] // *Lancet*. – 2014. – Vol. 383. – P. 1333–1354.
3. *Every Woman Every Child. Saving lives, protecting futures: Progress report on the Global Strategy for Women's and Children's Health*. – New York : United Nations, 2015.
4. *Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade*. – Geneva : WHO, 2014.
5. *Indicator and monitoring framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)* [Electronic resource]. – New York : Every Woman Every Child; 2016. – Access mode : <http://www.who.int/life-course/publications/gi-Indicator-and-monitoring-framework.pdf>. – Title from screen (accessed 3 May 2017).
6. *Leading the realization of human rights to health and through health: report of the High-Level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents*. – World Health Organization, 2017 [Electronic resource]. – Access mode : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255540/1/9789241512459-eng.pdf?ua=1>. – Title from screen.
7. *Patient and public involvement in healthcare quality improvement: how organizations can help patients and professionals to collaborate* / A. Renedo, C. Marston, D. Spyridonidis, J. Barlow // *Public Management Review*. – 2014. – Vol. 17. – P. 17–34.
8. *Research gaps in adolescent sexual and reproductive health* [Electronic resource] / J. E. Darroch, S. Singh, V. Woog [et al.]. – New York : Guttmacher Institute; 2016. – Access mode : <https://www.guttmacher.org/report/research-gaps-in-sexual-and-reproductive-health> – Title from screen (accessed 3 May 2017).
9. *Resolution WHA 69.2. Committing to implementation of the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*. 69th World Health Assembly, Geneva, 28 May 2016 [Electronic resource]. – Access mode : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R2-en.pdf. – Title from screen (accessed 3 May 2017).
10. *Standards for improving quality of maternal and newborn care in facilities* [Electronic resource]. – Geneva : World Health Organization; 2016 – Access mode : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en. – Title from screen (accessed 3 May 2017).
11. *Sustainable Development Goals (SDGs)* [Electronic resource]. – New York : United Nations, 2015. – Access mode : <https://sustainabledevelopment.un.org>. – Title from screen.
12. *The Global Strategy on Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)* [Electronic resource]. – New York : United Nation; 2015. – Access mode : https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2016/12/EWEC_Global_Strategy_EN_inside_LogoOK_web.pdf. – Title from screen (accessed 25 April 2017).
13. *The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Partners in Population and Development. Promoting women's empowerment for better health outcomes for women and children* [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2013. – Access mode : http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/strategybriefs/sb_gender.pdf. – Title from screen.
14. *The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, WHO. A policy guide for implementing essential interventions for reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH): a multisectoral policy compendium*. – Geneva : WHO, 2014.
15. *Towards a new Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health* // *BMJ*. – 2015. – Vol. 351 (Suppl. 1).

Дата надходження рукопису до редакції: 16.10.2017 р.

Перспективные направления достижения эффективной государственной политики в сфере охраны детского здоровья и предупреждение детской смертности

С.В. Дудник

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

Цель – изучить, проанализировать основные международные стратегии по охране здоровья и предупреждения смертности детей, определить перспективные направления по формированию в Украине эффективной государственной политики в сфере охраны детского здоровья и предупреждения детской смертности.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили ведущие международные документы по охране здоровья детей и предупреждения детской смертности. Использован аналитический метод исследования и метод системного подхода.

Результаты и выводы. Изучены, проанализированы и обобщены современные международные стратегии по охране здоровья и предупреждению смертности детей, определены перспективные направления по достижению эффективной государственной политики в сфере охраны детского здоровья и предупреждения детской смертности в Украине.

Ключевые слова: детское здоровье, детская смертность, профилактика, государственная политика охраны детства, эффективная политика по достижению здоровья детей.

Perspective directions of achieving of effective state policy in the sphere of child health and prevention of child mortality

S.V. Dudnyk

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

Purpose – to study and analyze the main international strategies for the protecting of child health and preventing the children’s mortality, to identify perspective directions for the formation in Ukraine of an effective state policy in the field of protecting children’s health and preventing child mortality.

Materials and methods. The materials of the study were the leading international documents on the protecting of children’s health and preventing of child mortality. The analytical method of research and method of the system approach were used.

Results and conclusions. The modern international strategies for the protecting of child health and preventing the child mortality were studied and analyzed, and perspective directions for the formation of an effective state policy in the field of protecting children’s health and preventing child mortality in Ukraine were identified.

Key words: child health, child mortality, prevention, state policy of child protection, effective policy for the achievement of children’s health.

Відомості про автора

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

УДК 616.6-08-084:351.77

В.В. Безрук¹, І.Д. Шкробанець², Ю.Б. Яценко³, Т.О. Безрук¹

Ставлення керівників-організаторів охорони здоров'я щодо рівня та шляхів удосконалення організації надання нефрологічної допомоги на регіональному рівні

¹ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

²Національна академія медичних наук України, м. Київ, Україна

³ДНУ «Науково-практичний центр клінічної профілактичної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Фахова думка є вагомим чинником в умовах реформування сфери охорони здоров'я.

Мета роботи – аналіз думок керівників закладів охорони здоров'я з питань їх задоволеності у рівні та якості надання нефрологічної допомоги дитячому населенню в Чернівецькій області.

За результатами анкетування встановлено, що керівники закладів охорони здоров'я Чернівецької області підтримують процеси реформування сфери охорони здоров'я, у т.ч. нефрологічної допомоги дитячому населенню, та вважають, що вдосконалення медико-технологічних документів – впровадження спільних узгоджених локальних протоколів та клінічних маршрутів пацієнтів із нефрологічною патологією дасть змогу оптимізувати ресурсне та матеріально-технічне забезпечення мережі закладів охорони здоров'я на регіональному рівні з урахуванням адміністративно-територіальних особливостей і потреб населення Чернівецької області в умовах реалізації політики децентралізації державного управління в Україні.

Ключові слова: соціологічне опитування, медико-технологічний документ, децентралізація, регіон.

Вступ

Необхідність реформування системи охорони здоров'я в Україні потребує якісно нового підходу до управління, як на державному, так і на регіональному рівнях [5]. Медичні кадри (медичний менеджмент) – вагома складова, яка здатна значно підвищити ефективність діяльності галузі і досягти найкращих результатів у процесі реформування системи охорони здоров'я в державі. Кваліфікаційний рівень керівників охорони здоров'я, зокрема керівників закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), на регіональному рівні, їхня «налаштованість» на реформи відіграють значну роль у процесі перебудови та модернізації галузі [3, 4].

Мета роботи – вивчення думки (опитування) керівників ЗОЗ (спеціалістів з організації та управління охороною здоров'я) з питань їх задоволеності у рівні та якості надання нефрологічної допомоги дитячому населенню в Чернівецькій області з метою визначення оптимальних напрямків у її поліпшенні на регіональному рівні.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети та відповідно до наказу Департаменту охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації від 16.06.2016 р. за № 418 «Про вдосконалення медико-технологічних документів по наданню медичної допомоги дитячому населенню Чернівецької області з нефрологічною

патологією» проведено анонімне опитування керівників ЗОЗ Чернівецької області за спеціально розробленою анкетой; у соціологічному дослідженні прийняли участь 22 головні лікарі ЗОЗ Чернівецької області (32,8% респондентів), 34 (50,8%) заступники головних лікарів та 11 спеціалістів з управління охорони здоров'я (16,4%), загалом 68 осіб. Серед опитаних: 30 респондентів мали вищу кваліфікаційну лікарську категорію та 21 – вищу кваліфікаційну категорію по організації та управлінню охороною здоров'я; 19 – першу кваліфікаційну лікарську категорію та 11 – першу кваліфікаційну категорію по організації та управлінню охороною здоров'я; 18 – другу кваліфікаційну лікарську категорію та 6 – другу кваліфікаційну категорію по організації та управлінню охороною здоров'я; 29 опитаних не мали кваліфікаційної категорії по організації та управлінню охороною здоров'я. Статистичну обробку результатів проводили за стандартними методами варіаційної статистики та кореляційного аналізу із використанням пакета комп'ютерних програм Statistica 6.0 for Windows та QuattroPro 12.0 for Windows. Вірогідність різниці оцінювали за критерієм Стьюдента при рівні $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати опитування свідчать про наявну підтримку серед респондентів процесів реформування галузі: підтримують реорганізацію галузі 44,46% опитаних; 62,68% респондентів вважають за необхідне реорганізацію «моделі» надання нефрологічної допомоги

дитячому населенню на регіональному рівні в умовах реалізації політики децентралізації державного управління в Україні (табл. 1).

На думку керівників ЗОЗ регіону впровадження медико-технологічних документів у ЗОЗ Чернівецької області мали позитивний результат на поліпшення якості надання медичної допомоги дитячому населенню регіону (табл. 2). Ми співставили та проаналізували результати опитування керівників ЗОЗ в Чернівецькій області з результатами опитування їх підлеглих (лікарів за спеціальностями: дитяча нефрологія, педіатрія та лікар загальної практики) [1] та виявили достовірну різницю ($p < 0,01-0,05$), у особистому «баченні» респондентів у питаннях шляхів реорганізації галузі та наданні нефрологічної допомоги дитячому населенню на регіональному рівні (табл. 3, табл. 4).

Результати соціологічного опитування керівників ЗОЗ Чернівецької області свідчать, що більшість респондентів «вбачають» одним із дієвих заходів у покращенні рівня та якості надання нефрологічної допомоги дитячому населенню регіону – впровадження, у лікувальних закладах області, спільних узгоджених локальних протоколів і клінічних маршрутів пацієнтів із нефрологічною патологією (табл. 5).

Отримані результати соціологічного дослідження серед керівників ЗОЗ Чернівецької області використані при розробці наказу Департаменту охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації від 06.03.2017 р. за № 124 «Про впровадження спільних узгоджених локальних протоколів надання медичної допомоги дітям з нефрологічною патологією у лікувально-профілактичних закладах Чернівецької області» та в розробці регіональної моделі надання

спеціалізованої нефрологічної допомоги дітям з інфекційно-запальними захворюваннями сечовидільної системи [2].

Висновки

Серед керівників закладів охорони здоров'я (спеціалістів по організації та управлінню охороною здоров'я) Чернівецької області є «розуміння» необхідності та «підтримка» процесів реформування сфери охорони здоров'я, у т.ч. нефрологічної допомоги дитячому населенню. Результати соціологічного опитування свідчать, що 93,53% керівників лікувальних закладів Чернівецької області вважають: впровадження спільних узгоджених локальних протоколів та клінічних маршрутів пацієнтів з нефрологічною патологією забезпечить підвищення якості надання спеціалізованої нефрологічної допомоги дитячому населенню на регіональному рівні. Серед опитаних фахівців-організаторів охорони здоров'я 86,56% вважають, що вдосконалення медико-технологічних документів – впровадження спільних узгоджених локальних протоколів та клінічних маршрутів пацієнтів з нефрологічною патологією дозволить оптимізувати ресурсне та матеріально-технічне забезпечення мережі закладів охорони здоров'я на регіональному рівні з урахуванням адміністративно-територіальних особливостей і потреб населення Чернівецької області в умовах реалізації політики децентралізації державного управління в Україні.

Перспективи досліджень полягають у подальшому вивченні порушеного у статті питання.

Таблиця 1
Ставлення фахівців-організаторів охорони здоров'я щодо процесів та напрямків у реформуванні галузі (%)

Запитання	Посада (професійна діяльність) респондентів														
	головний лікар				заступник головного лікаря				спеціаліст з управління охорони здоров'я						
	так	ско-ріше так	і так, і ні	ско-ріше ні	ні	так	ско-ріше так	і так, і ні	ско-ріше ні	ні	так	ско-ріше так	і так, і ні	ско-ріше ні	ні
Чи підтримуєте Ви реорганізацію галузі шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги та госпітальних округів з урахуванням відстані транспортування пацієнтів до медичних закладів?	13,43	1,49	7,46	2,99	7,46	16,42	7,46	10,45	8,96	7,46	4,48	1,49	4,48	1,49	4,48
Чи необхідна, на Вашу думку, реорганізація «моделі» надання нефрологічної допомоги дитячому населенню на регіональному рівні з урахуванням адміністративно-територіальних особливостей і потреб населення Чернівецької області в умовах реалізації політики децентралізації державного управління в Україні?	14,92	7,46	1,49	2,99	5,97	23,88	10,45	5,97	2,99	7,46	4,48	1,49	5,97	1,49	2,99
Чи покращить лікування нефрологічних хворих дотримання принципів доказової медицини?	28,36	1,49	1,49	1,49	0	28,36	7,46	5,97	5,97	2,99	11,95	1,49	0	1,49	1,49

Таблиця 2
Аналіз відповідей фахівців-організаторів охорони здоров'я
щодо впровадження нових організаційно-методичних технологій (%)

Запитання / варіант відповіді	Так	Ні
Чи покращилась якість надання нефрологічної допомоги дітям у Вашому закладі охорони здоров'я із впровадженням локальних протоколів та клінічних маршрутів пацієнтів?	83,58	16,42
Впровадження локальних протоколів та клінічних маршрутів пацієнтів із нефрологічною патологією дало змогу покращити показники роботи у Вашому закладі охорони здоров'я	79,10	20,90
Впровадження локальних протоколів та клінічних маршрутів пацієнтів із нефрологічною патологією дало змогу покращити задоволеність наданими послугами батьків хворих дітей у Вашому закладі охорони здоров'я	73,13	26,87
Впровадження локальних протоколів та клінічних маршрутів пацієнтів із нефрологічною патологією дало змогу покращити задоволеність медичних працівників у Вашому закладі охорони здоров'я	88,05	11,95
Чи потребують, з Вашої точки зору, змін (перегляду та доповнень) локальні клінічні протоколи з надання нефрологічної допомоги дітям у Вашій медичній установі?	77,61	22,39
Чи є доцільним, з Вашої точки зору, з урахуванням особливостей та потреб регіону та з метою підвищення якості надання нефрологічної допомоги дітям у Чернівецькій області, розробка та впровадження спільних узгоджених локальних протоколів та клінічних маршрутів пацієнтів для лікувальних закладів охорони здоров'я I-III рівнів?	94,02	5,98

Таблиця 3
Порівняльна характеристика відповідей медичних працівників
лікувально-профілактичних закладів м. Чернівці щодо питань реорганізації галузі охорони здоров'я

Посада (професійна діяльність) респондентів / запитання	Чи підтримуєте Ви реорганізацію галузі шляхом створення ЦПМСД та госпітальних округів з урахуванням відстані транспортування пацієнтів до медичних закладів?			Чи необхідна, на Вашу думку, реорганізація «моделі» надання нефрологічної допомоги дитячому населенню на регіональному рівні з урахуванням адміністративно-територіальних особливостей і потреб населення Чернівецької обл. в умовах реалізації політики децентралізації держуправління в Україні?		
	так	скоріше так	і так, і ні	так	скоріше так	і так, і ні
Керівництво лікувально-профілактичних закладів м. Чернівці (n=15)	3	2	2	6	0	3
Лікарі лікувально-профілактичних закладів м. Чернівці (n=60)	30	5	10	21	10	2
Достовірність різниці, p	p<0,05			p<0,1		

Таблиця 4
Порівняльна характеристика відповідей медичних працівників лікувально-профілактичних закладів м. Чернівці щодо питань якості надання нефрологічної допомоги на регіональному рівні

Посада (професійна діяльність) респондентів / запитання	Оцініть, будь ласка, у цілому важливість та задоволеність якістю нефрологічної допомоги дітям у Вашому закладі охорони здоров'я										Чи покращилась якість надання нефрологічної допомоги дітям у Вашому закладі охорони здоров'я із впровадженням локальних протоколів та клінічних маршрутів пацієнтів?		Чи потребують, з Вашої точки зору, змін (перегляду та доповнень) локальні клінічні протоколи з надання нефрологічної допомоги дітям у Вашій медичній установі?	
	важливість					задоволеність					так	ні	так	ні
	так	скоріше так	і так, і ні	скоріше ні	ні	так	скоріше так	і так, і ні	скоріше ні	ні	так	ні	так	ні
Керівництво лікувально-профілактичних закладів м. Чернівці (n=15)	12	1	0	0	2	4	5	0	2	4	12	3	13	2
Лікарі лікувально-профілактичних закладів м. Чернівці (n=60)	1	0	0	24	35	5	2	7	23	23	58	2	22	38
Достовірність різниці, p	p<0,01					p<0,01					p<0,05		p<0,01	

Таблиця 5

 Кореляційні зв'язки чинників щодо питань дій
у підвищенні якості надання нефрологічної допомоги на регіональному рівні ($p < 0,01$)

Запитання опитувальника / твердження	Впровадження спільних узгоджених локальних протоколів та клінічних маршрутів пацієнтів із нефрологічною патологією забезпечить підвищення якості надання спеціалізованої нефрологічної допомоги дитячому населенню Чернівецької області
Чи покращить лікування нефрологічних хворих дотримання принципів доказової медицини?	0,54
Чи розроблені та впровадженні у Вашому закладі охорони здоров'я локальні клінічні протоколи надання медичної допомоги дітям із нефрологічною патологією та клінічні маршрути пацієнтів?	0,84*
Чи покращилась якість надання нефрологічної допомоги дітям у Вашому закладі охорони здоров'я із впровадженням локальних протоколів та клінічних маршрутів пацієнтів?	0,63
Впровадження локальних протоколів та клінічних маршрутів пацієнтів із нефрологічною патологією дало змогу покращити показники роботи у Вашому закладі охорони здоров'я	0,52
Впровадження локальних протоколів та клінічних маршрутів пацієнтів із нефрологічною патологією дало змогу покращити задоволеність надання послугами батьків хворих дітей у Вашому закладі охорони здоров'я	0,53
Впровадження локальних протоколів та клінічних маршрутів пацієнтів із нефрологічною патологією дало змогу покращити задоволеність медичних працівників у Вашому закладі охорони здоров'я	0,78
Чи є доцільним, з Вашої точки зору, з урахуванням особливостей та потреб регіону та з метою підвищення якості надання нефрологічної допомоги дітям у Чернівецькій обл., розробка та впровадження спільних узгоджених локальних протоколів та клінічних маршрутів пацієнтів для лікувальних закладів охорони здоров'я I–III рівнів?	0,97
Впровадження спільних узгоджених локальних протоколів та клінічних маршрутів пацієнтів із нефрологічною патологією забезпечить дотримання загальнодержавних стандартів та принципів рівності і доступності медичної допомоги на регіональному рівні	0,85

Примітка: * – $p < 0,05$.

Література

1. Безрук В. В. Оцінка впровадження медико-технологічних документів та якості нефрологічної допомоги на основі анкетування лікарів / В. В. Безрук // Галицький лікарський вісник. – 2016. – Т. 23, № 1 (17). – С. 103–106.
2. Безрук В. В. Організаційна модель управлінських рішень щодо підвищення якості надання нефрологічної допомоги дитячому населенню на регіональному рівні / В. В. Безрук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – №1 (66). – С. 10–13.
3. Кринична І. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я в Україні: аналіз очікуваних результатів реалізації реформ / І. Кринична // Державне управління та місцеве самоврядування. – 2015. – № 2 (25). – С. 137–147.
4. Кульгінський Є. Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: європейський досвід / Є. Кульгінський // Державне управління та місцеве самоврядування. – 2015. – № 2 (25). – С. 147–156.
5. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років : наказ МОЗ від 24.07.2014 р. № 522 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://patients.org.ua/2014/11/27/natsionalna-strategiya-pobudovi-novoyi-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-v-ukrayini-na-period-2015-2025>. – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 27.09.2017 р.

Отношение руководителей-организаторов здравоохранения к уровню и путям усовершенствования организации оказания нефрологической помощи на региональном уровне

*В.В. Безрук¹, И.Д. Шкробанец²,
Ю.Б. Яценко³, Т.А. Безрук¹*

¹ВГУЗУ «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

²Национальная академия медицинских наук Украины, г. Киев, Украина

³ГНУ «Научно-практический центр клинической профилактической медицины» Государственного управления делами, г. Киев, Украина

Профессиональное мнение является весомым фактором в условиях реформирования здравоохранения.

Цель – анализ мнения руководителей учреждений здравоохранения по вопросам их удовлетворенности в уровне и качестве предоставления нефрологической помощи детскому населению в Черновицкой области.

По **результатам** социологического опроса установлено, что руководители учреждений здравоохранения Черновицкой области поддерживают процессы реформирования сферы здравоохранения в государстве; внедрение совместных согласованных локальных протоколов и клинических маршрутов пациентов с нефрологической патологией позволит оптимизировать ресурсное и материально-техническое обеспечение сети учреждений здравоохранения на региональном уровне с учетом административно-территориальных особенностей и потребностей населения Черновицкой области в условиях реализации политики децентрализации государственного управления в Украине.

Ключевые слова: социологический опрос, медико-технологический документ, децентрализация, регион.

The attitude of headships-organizers of the health service to the standards and ways of enhancing the organization of nephrology care at the regional level

*V.V. Bezruk¹, I.D. Shkrobanets²,
Yu.B. Yaschenko³, T.O. Bezruk¹*

¹HSEIU “Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi, Ukraine

²National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine

³SSI “Scientific and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine” State Affairs Department, Kyiv, Ukraine

Professional opinion appears to be a significant factor under the conditions of health care reform. The **aim** of the study is to analyze the opinion of health facility managers regarding the issue satisfaction according to the standards and quality of providing nephrology care to the children in the Chernivtsi region.

Considering the **results** of the sociological survey, it has been established that the leaders of the health care institutions in the Chernivtsi region support the reform processes taking place in the healthcare sphere of our country; the introduction of joint-working agreed local protocols and clinical routes of patients with nephrology pathology will allow optimizing the resource and logistical support of the network of health care establishments at the regional level, taking into account the administrative and territorial peculiarities and needs of the population in the Chernivtsi region in the context of the decentralization of public administration in Ukraine.

Key words: sociological survey, medical and technological document, decentralization, region.

Відомості про авторів

Безрук Володимир Володимирович – к.мед.н., доц., доцент кафедри педіатрії, неонатології та перинатальної медицини ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»; Театральна площа, 2, м. Чернівці, 58002, Україна.

Шкробанець Ігор Дмитрович – д.мед.н., проф., начальник лікувально-організаційного управління Національної академії медичних наук України; вул. Герцена, 12, м. Київ, 04050, Україна.

Яценко Юрій Борисович – д.мед.н., проф., завідувач наукового відділу організації медичної допомоги ДНУ «Науково-практичний центр клінічної профілактичної медицини» Державного управління справами; вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014, Україна.

Безрук Тетяна Олександрівна – к.мед.н., доцент кафедри внутрішньої медицини та інфекційних хвороб, ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»; Театральна площа, 2, м. Чернівці, 58002, Україна.

УДК 613.25:616-053.2-053.6.003.12

В.А. Огнев, К.Г. Помогайбо

Оцінка якості життя дітей та підлітків з ожирінням

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета – вивчити та оцінити показники якості життя в дітей з ожирінням.

Матеріали та методи. Проведено соціологічне дослідження 237 дітей віком від 9 до 17 років з ожирінням. Використано методику оцінки якості життя. Для аналізу обмежень окремих сфер життєдіяльності дітей розраховано основні та додаткові коефіцієнти регресії.

Результати. Встановлено, що відносний середній показник якості життя дітей та підлітків з ожирінням становив $60,68 \pm 0,5\%$. Якість життя більшості (79,3%) дітей відповідає середньому рівню. Зазначений показник був значно нижчим у пацієнтів з ускладненими формами захворювання, ніж без ускладнень – $48,26 \pm 1,04\%$ і $62,62 \pm 0,43\%$. Під час аналізу основних і додаткових коефіцієнтів множинної регресії встановлено, що на якість життя дітей з ожирінням найбільше впливали обмеження у фізичній та психоемоційній сферах.

Висновки. З метою оптимізації диспансерного спостереження дітей з ожирінням застосовану методику можна використовувати у практичній медицині.

Ключові слова: якість життя, методика, відносний середній показник, коефіцієнти множинної регресії, ожиріння, діти.

Вступ

Одним із головних завдань громадської охорони здоров'я є забезпечення його якості, а не тільки лікування хвороб та продовження тривалості життя людини. Загальна тенденція не оминула і педіатрію, де протягом багатьох років напрацьовувалася методологія оцінки якості життя. З цією метою створені та апробовані численні опитувальники, показники якості життя вивчаються в різних контингентів дітей, як здорових, так і хворих. Методика оцінки якості життя використовується при проведенні популяційних досліджень, при розробці медичних стандартів та вивченні ефективності нових методів лікування і профілактики, для індивідуального моніторингу стану хворої дитини під час лікування тощо [5].

Актуальність, медико-соціальна та економічна значимість досліджень якості життя пацієнтів з ожирінням постійно підвищуються через зростаючу поширеність цієї патології, вплив на тривалість життя та розвиток інших хронічних захворювань і станів. Ефективність, простота використання та багатофункціональність даної методики обумовили її застосування і в нашому дослідженні [1–3, 6, 7].

Мета роботи – вивчити та оцінити якість життя в дітей з ожирінням.

Матеріали та методи

У зв'язку з поставленою метою проведено соціологічне дослідження 237 дітей та підлітків віком від 9 до 17 років з ожирінням, серед яких 13,5% мали ускладнені форми захворювання. За спеціально розробленою анкетною діти обирали варіанти відповідей,

які визначали певну ступінь обмеження її життєдіяльності у фізичній, психоемоційній сфері, суспільному та повсякденному житті. Відносні показники якості життя розраховувалися по формулі у відсотках. Для аналізу показників була використана наступна шкала оцінок: якщо значення відносного показника знаходиться у межах 71–100%, то це відповідає оптимальному рівню якості життя, якщо значення відносного показника знаходиться у межах 51–70%, то це середній рівень якості життя; якщо відносний показник складає менше 50%, то це низький рівень якості життя. З метою дослідження обмежень окремих сфер життєдіяльності дітей та підлітків з ожирінням, були розраховані показники множинної регресії по кожному із таких блоків. Для більш детального аналізу блоків обмежень, що впливають на якість життя дітей з цим захворюванням, були також розраховані додаткові коефіцієнти регресії: α , β та Δ . α -коефіцієнт вказує, на скільки відсотків зміниться якість життя дітей з ожирінням при зміні фактора на 1%. β -коефіцієнт визначає фактори, які найбільше впливають на якість життя з урахуванням їх варіації. Δ -коефіцієнт регресії дозволяє визначити частку впливу кожного фактора в сумарному впливі факторів. Статистична обробка даних проводилася з використанням комп'ютерних статистичних пакетів програм Statistica 8, Microsoft Excel.

Результати дослідження та їх обговорення

За отриманими результатами встановлено, що середній показник якості життя у досліджуваної групи дітей та підлітків склав $60,68 \pm 0,5\%$ та коливався у межах від 39,32% до 90,6%. Під час аналізу показників згідно зі шкалою оцінок виявлено, що якість життя

найбільшої кількості дітей та підлітків з ожирінням, а саме, 79,3% відповідає середньому рівню. Оптимальну якість життя мали лише 6,3% досліджуваних, а низьку – 14,3% дітей.

При аналізі якості життя в окремих групах, спостерігалась значна різниця середніх показників серед дітей та підлітків з ожирінням без ускладнень та з ускладненими формами захворювання, відповідно $62,62 \pm 0,43\%$ і $48,26 \pm 1,04\%$. При порівнянні зазначених показників в залежності від статі суттєвої різниці не виявлено. Отже, у хлопчиків середній показник якості життя складав $60,62 \pm 0,84\%$, у дівчат відповідно – $60,78 \pm 0,85\%$. При аналізі цих показників по вікових групах встановлено, що середній показник у віковій групі від 13 до 17 років був нижчим, ніж у віковій групі від 8 до 12 років – $58,31 \pm 1,2\%$ та $61,47 \pm 0,53\%$ відповідно. Середнє значення показників практично у всіх групах відповідали середньому рівню варіабельності, за виключенням групи дітей з ускладненими формами ожиріння, де спостерігався низький рівень, що дає підставу припустити значне обмеження якості їх життя (табл. 1).

На наступному етапі дослідження проведено аналіз окремих блоків обмежень якості життя дітей та підлітків з ожирінням за допомогою розрахунку та аналізу показників множинної регресії по кожному із таких блоків. Усього виділено три блоки обмежень життєдіяльності дітей: 1-й блок: обмеження у фізичній сфері, 2-й блок: обмеження у психоемоційній сфері, 3-й блок: обмеження в суспільному житті. Встановлено, що найбільш впливовішими виявилися обмеження у фізичній сфері (-6,83). Наступними були обмеження у психоемоційній (-4,42) сферах. Останніми були зазначені обмеження в суспільному житті (-3,76). Для більш детального аналізу виявлених обмежень якості життя дітей розраховано додаткові коефіцієнти регресії.

Коефіцієнти еластичності відповідних сфер обмежень вказують на те, що найзначніші відхилення середнього показника якості життя дітей буде спостерігатися при зміні на 1% значень коефіцієнтів фізичної (-0,3244) та психоемоційної сфери (-0,2633). Значення бета коефіцієнтів вказують на те, що обмеження в суспільному житті (0,3015) були більш варіабельними порівняно з іншими сферами.

Таблиця 1

Відносні показники якості життя залежно від віку, статі та ускладнень у дітей та підлітків з ожирінням (%)

Досліджувані групи дітей та підлітків	Вік		Стать		Ступінь тяжкості		Усього
	8–12 років	13–17 років	дівчинки	хлопчики	ожиріння з ускладненнями	ожиріння без ускладнень	
Середнє значення показника якості життя	61,47±0,53	58,31±1,2	60,78±0,85	60,62±0,84	62,62±0,43	48,26±1,04	60,68±0,5
Максимальне значення показника якості життя	90,6	73,5	90,6	85,47	90,6	65,81	90,6
Мінімальне значення показника якості життя	41,88	39,31	41,88	39,31	48,72	39,32	39,32
Середнє квадратичне відхилення	7,13	9,23	7,9	7,78	6,11	5,87	7,8
Коефіцієнт варіації	11,6	15,82	13,01	12,83	9,76	12,16	12,87

Таким чином, зазначені обмеження виявилися найбільш чутливими до змін, тому першочергові профілактичні заходи необхідно направити на адаптацію пацієнтів у суспільстві. Встановлено, що значну питому

вагу мали також обмеження у фізичній і психоемоційній сфері, так як відповідні дельта коефіцієнти дорівнювали -0,4023 та -0,3914 (табл. 2).

Таблиця 2

Вплив блоків обмежень на якість життя дітей з ожирінням залежно від їх значення

Блок обмежень	R_{xy}	α -коефіцієнт	β -коефіцієнт	Δ -коефіцієнт
Фізичний	-6,83	-0,3244	-0,3214	0,4023
Психоемоційний	-4,42	-0,2633	-0,2301	0,3914
У суспільному житті	-3,76	-0,2042	-0,3015	0,2063

Надалі проведено окремий аналіз факторів кожної зі сфер обмежень. Виходячи зі значень основних і додаткових коефіцієнтів регресії, які представлені у таблиці 3, встановлено, що найбільш впливовими та вагомими факторами фізичної сфери були обмеження дітей та підлітків з ожирінням при підйомі вгору сходами, швидка втомлюваність, обмеження в заняттях спортом і фізичними вправами. Значущими факторами цієї сфери також виявилися: скарги на задишку та

серцебиття, обмеження при ходьбі пішки та зниження працездатності.

Під час аналізу відповідних коефіцієнтів психоемоційної сфери, які представлені у таблиці 4, виявлено, що значний вплив та суттєву вагу мали такі фактори: емоційна лабільність, відчуття сором'язливості, вразливість, невпевненість у собі, відчуття тривоги, низька самооцінка та відчуття заздрості до струнких людей.

Таблиця 3

Вплив обмежень у фізичній сфері залежно від їх значення

Обмеження	R_{xy}	α -коефіцієнт	β -коефіцієнт	Δ -коефіцієнт
Підйом вгору сходами	-0,436	-0,064	-0,39	0,212
Швидка втомлюваність	-0,387	-0,056	-0,321	0,15
Заняття спортом	-0,321	-0,05	-0,284	0,149
Заняття фізичними вправами	-0,284	-0,048	-0,221	0,112
Задишка та серцебиття	-0,228	-0,046	-0,18	0,103
Ходьба пішки	-0,186	-0,039	-0,148	0,081
Зниження працездатності	-0,149	-0,037	-0,14	0,036
Загальна слабкість	-0,125	-0,024	-0,104	0,032
Самооцінка власного фізичного здоров'я	-0,061	-0,003	-0,03	0,021

Таблиця 4

Вплив обмежень у психоемоційній сфері залежно від їх значення

Обмеження	R_{xy}	α -коефіцієнт	β -коефіцієнт	Δ -коефіцієнт
Емоційна лабільність	-0,39	-0,123	-0,408	0,21
Відчуття сором'язливості	-0,326	-0,09	-0,39	0,182
Вразливість	-0,288	-0,085	-0,326	0,152
Невпевненість у собі	-0,255	-0,073	-0,288	0,106
Відчуття тривоги	-0,251	-0,071	-0,27	0,09
Низька самооцінка	-0,245	-0,064	-0,245	0,083
Відчуття заздрості до струнких людей	-0,208	-0,054	-0,145	0,06
Вплив негативних емоцій	-0,145	-0,039	-0,135	0,009
Стурбованість за здоров'я, життя, долю в майбутньому	-0,135	-0,036	-0,045	0,002

За даними таблиці 5, основними факторами, які обмежували якість життя дітей та підлітків з ожирінням у суспільному житті, виявилися: труднощі та непорозуміння в спілкуванні з однолітками, дискомфорт при знайомстві з новими людьми, образи, відсутність уваги з боку оточуючих та стурбованість думкою інших людей. Усі виявлені фактори практично рівнозначно

мали високий вплив, значну питому вагу та ступінь варіабельності.

Таким чином, за результатами дослідження можна припустити, що на тлі домінуючих фізичних обмежень у дитини відбувається психосоціальна дисфункція, проявами якої найчастіше буває відчуття хронічної тривоги і депресії, обмеження соціальних контактів,

схильність до соціальної ізоляції та звуження інтересів. За даними багатьох авторів, порушення психосоціального статусу дитини призводить до порушень харчової поведінки та формуванню стилю життя зі збільшенням споживання калорій та зменшенням енерговитрат, що, в свою чергу, спричиняє ще більше підвищення маси тіла пацієнта. Тому поряд із застосуванням основних методів лікування надмірної ваги та ожиріння необхідно проводити психотерапевтичну корекцію. Своєчасне виявлення психоемоційних порушень і відповідна психологічна підтримка допоможуть пацієнтові впоратися з його внутрішніми проблемами, сприятимуть

посиленню мотивації на дотримання здорового способу життя і вплинуть на перебіг захворювання [4, 8, 9]. У зв'язку з тим, що традиційні методи лікування дають тільки одностороннє поняття про хвороби та ефективність її лікування, не дозволяючи оцінити обмеження у повсякденній життєдіяльності, психологічне та соціальне функціонування дитини, її ставлення до власного стану, дані відносного показника якості життя рекомендовано вносити в історію розвитку дитини (ф. №112/о) або комп'ютерну базу диспансерного спостереження, що може оптимізувати якість надання медико-санітарної допомоги дітям із даною патологією.

Таблиця 5

Вплив обмежень у суспільному житті залежно від їх значення

Обмеження	R _{xy}	α-коефіцієнт	β-коефіцієнт	Δ-коефіцієнт
Труднощі та непорозуміння у спілкуванні з однолітками	-0,396	-0,108	0,349	0,227
Дискомфорт при знайомстві з новими людьми	-0,257	-0,065	0,265	0,225
Образи	-0,249	-0,0624	0,257	0,115
Відчуття самотності	-0,235	-0,0595	0,145	0,157
Відсутність уваги з боку оточуючих	-0,087	-0,049	0,104	0,122
Стурбованість думкою інших людей	-0,063	-0,038	0,081	0,066

Висновки

Дослідженням встановлено, що відносний середній показник якості життя дітей та підлітків з ожирінням склав 60,68±0,5%, знаходився у межах від 39,32% до 90,6% та відповідав середньому рівню варіабельності (12,87%). Згідно із застосованою методикою, якість життя більшої кількості дітей (79,3%) була на середньому рівні.

При аналізі якості життя залежно від статі, віку та тяжкості захворювання виявлено, що відносний середній показник був значно нижчим у пацієнтів з ускладненими формами захворювання, ніж без ускладнень, відповідно – 48,26±1,04% і 62,62±0,43%. Відмічено незначну різницю середніх показників у вікових групах від 8 до 12 та від 13 до 17 років – (58,31±1,2) та (61,47±0,53). Суттєвої різниці середніх показників залежно від статі не виявлено. У всіх дослідних групах зазначені показники відповідали середньому рівню варіабельності, за винятком групи дітей та підлітків з ускладненими формами ожиріння, де спостерігався низький рівень, що вказує на значне обмеження якості їхнього життя.

Під час аналізу розрахункових коефіцієнтів множинної регресії встановлено, що найбільш значущими були обмеження у фізичній (-6,83) і психоемоційній (-4,42) сферах. Додаткові альфа і дельта коефіцієнти регресії вказують на те, що обмеження у фізичній (-0,4023) і психоемоційній сферах (-0,3914) є більш вагомими та мають значний вплив на відсотковий показник якості життя дітей. Бета коефіцієнти, в свою чергу, вказували на те, що обмеження у суспільному

житті виявилися найбільш варіабельними (-0,3015). Таким чином, значення додаткових коефіцієнтів регресії необхідно враховувати при плануванні профілактичних заходів.

Окремий аналіз коефіцієнтів регресії фізичної сфері вказує на те, що основними факторами цієї сфери виявилися: обмеження при підйомі вгору сходами (-0,436), швидка втомлюваність (-0,387), обмеження в заняттях спортом (-0,321) та фізичними вправами (-0,284). Встановлено, що значний вплив на якість життя в психоемоційній сфері мали такі фактори: емоційна лабільність (-0,39), відчуття сором'язливості (-0,326), вразливість (-0,288), невпевненість у собі (-0,255), відчуття тривоги (-0,251), низька самооцінка (-0,245) та відчуття заздрості до струнких людей (-0,208). Основними факторами, які обмежували якість життя дітей та підлітків у суспільному житті, були труднощі (нерозуміння) в спілкуванні з однолітками (-0,396), дискомфорт при знайомстві з новими людьми (-0,257), образи (-0,249), відсутність уваги з боку оточуючих (-0,087) та стурбованість думкою інших людей (-0,063).

Перспективи подальших досліджень

Застосована методика оцінки якості життя дозволила оцінити стан здоров'я дітей та підлітків з ожирінням. Ці результати необхідно враховувати при плануванні профілактичних заходів, оцінки якості медичної допомоги та при розробці заходів щодо оптимізації якості життя дітей з цією патологією.

Література

1. Корж А. Н. Современные подходы к профилактике ожирения / А. Н. Корж // Міжнародний медичний журнал = Международный медицинский журнал = International Medical Journal. – 2012. – Т. 18, № 3. – С. 39–43.
2. Мисюра Е. В. Эпидемиологические аспекты ожирения в Украине / Е. В. Мисюра, А. В. Казаков, Н. А. Кравчун // Эндокринологія. – 2014. – Т. 19, № 4. – С. 325.
3. Родионова Т. И. Ожирение – глобальная проблема современного общества / Т. И. Родионова, А. И. Тепаева // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 12. – С. 132–136.
4. Чайченко Т. В. Психосоциальные аспекты нарушений пищевого поведения и физической активности школьников Харьковского региона / Т. В. Чайченко // Міжнародний медичний журнал = Международный медицинский журнал = International Medical Journal. – 2012. – Т. 18, № 2. – С. 20–24.
5. Healthy people-2020. ODPHD publication No B0132:6.
6. Health-related quality of life in obese children and adolescents / M. D. Tsiros, T. Olds, J. D. Buckley [et al.] // Int. J. Obes. (Lond.). – 2009. – Vol. 33 (4). – P. 387–400.
7. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999–2010 / C. L. Ogden, M. D. Carroll, B. K. Kit, K. M. Flegal // JAMA. – 2012. – Vol. 307 (5). – P. 483–490.
8. Psychosocial Functioning in Children and Adolescents with Extreme Obesity / B. A. Phillips, S. Gaudette, A. McCracken [et al.] // J. Clin. Psychol. Med. Settings. – 2012. – Vol. 19 (3). – P. 277–284.
9. Vander Wal J. S. Psychological complications of pediatric obesity / J. S. Vander Wal, E. R. Mitchell // Pediatr. Clin. N. Am. – 2011. – Vol. 58 (6). – P. 1393–1401.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.10.2017 р.

Оценка качества жизни детей и подростков с ожирением

В.А. Огнев, Е.Г. Помогайбо

Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина

Цель – изучить и оценить показатели качества жизни у детей с ожирением.

Материалы и методы. Проведено социологическое исследование 237 детей в возрасте от 9 до 17 лет с ожирением. При анализе полученных результатов использована методика оценки качества жизни. Для анализа ограничений отдельных сфер жизнедеятельности детей рассчитаны основные и дополнительные коэффициенты регрессии.

Результаты. Установлено, что относительный средний показатель качества жизни детей и подростков с ожирением составлял $60,68 \pm 0,5\%$. Качество жизни

наибольшего количества детей (79,3%) соответствовало среднему уровню. Указанный показатель был значительно ниже у пациентов с осложненными формами заболевания, чем без осложнений – $48,26 \pm 1,04\%$ и $62,62 \pm 0,43\%$. При анализе основных и дополнительных коэффициентов множественной регрессии установлено, что на качество жизни детей с ожирением наиболее существенно влияли ограничения в физической и психоэмоциональной сферах.

Выводы. С целью оптимизации диспансерного наблюдения детей с ожирением данную методику можно использовать в практической медицине.

Ключевые слова: качество жизни, методика, относительный средний показатель, коэффициенты множественной регрессии, ожирение, дети.

Assessing the quality of life of obese children and adolescents

V.A. Ognev, K.G. Pomogaybo

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Purpose – to study and evaluate the indicators of quality of life in children with obesity.

Materials and methods. We conducted a survey of 237 obese children and adolescents aged 9 to 17. In analyzing the results, a methodology for assessing quality of life was used. Basic and additional regression coefficients were calculated for the analysis of the constraints of the individual spheres of children's livelihoods.

Results. It was established that the relative average quality of life of children and adolescents with obesity was

60.68±0.5%. Life quality of the largest number of children and adolescents (79.3%) corresponded to the average level. It was revealed that the quality of life of children and adolescents with complicated forms is much lower than in children with uncomplicated obesity, 48.26±1.04% and 62.62±0.43%, respectively. When analyzing individual spheres of life of children and adolescents with this pathology, it was noted that the index of life quality was most influenced by physical and psychoemotional functioning.

Conclusions. In order to improve the clinical monitoring of obese children, this methodology may be used in practical medicine.

Key words: quality of life, methodology, relative average, coefficients of multiple regression, obesity, children.

Відомості про авторів

Огнев Віктор Андрійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету; просп. Науки, 4, м. Харків, 61000, Україна.

Помогайбо Катерина Георгіївна – аспірант кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету; просп. Науки, 4, м. Харків, 61000, Україна.

УДК 614.253.2:725.5.007.62(477)

В.В. Кравченко

Експертна оцінка організаційних аспектів діяльності комунальних і приватних консультативно-діагностичних центрів м. Києва

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

Мета – одержати експертну оцінку організаційних аспектів діяльності комунальних консультативно-діагностичних центрів м. Києва порівняно з приватними.

Матеріали та методи. За спеціально розробленою програмою у 2017 р. у м. Києві проведено експертну оцінку стану організації роботи трьох комунальних і трьох приватних консультативно-діагностичних центрів. До складу експертної групи включено 21 керівника комунальних та приватних закладів охорони здоров'я м. Києва із вищою кваліфікаційною категорією за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я».

Результати. За результатами експертної оцінки визначено основні організаційні проблеми комунальних консультативно-діагностичних центрів порівняно з приватними: недостатня економічна, юридична та господарська самостійність, дефіцит фінансування, незадовільне матеріально-технічне оснащення, відсутність економічної мотивації в персоналі, неефективне управління закладом. З'ясовано думку експертів щодо необхідних змін для оптимізації роботи комунальних консультативно-діагностичних центрів.

Висновки. Перспективою розвитку комунальних консультативно-діагностичних центрів є формування їх нової організаційної моделі із господарським механізмом на принципах комунально-приватного партнерства.

Ключові слова: експертна оцінка, проблеми і шляхи оптимізації організації роботи комунальних консультативно-діагностичних центрів.

Вступ

Захворювання є однією з провідних причин зниження якості життя, інвалідизації та смертності населення, створюють цілий ряд проблем соціального та економічного характеру. Високі рівні поширеності хвороб системи кровообігу, органів травлення, ендокринних, онкологічних захворювань суттєво впливають на збільшення державних витрат на охорону здоров'я [1, 6].

Актуальність проблеми вдосконалення амбулаторної медичної допомоги населенню обумовлена високою поширеністю захворювань, обмеженістю профілактичних заходів, скороченням державного фінансування системи охорони здоров'я, у т.ч. її амбулаторної ланки, низьким рівнем задоволеності населення даним видом медичної допомоги [2].

Оцінка організації медичної допомоги у нещодавно створених комунальних консультативно-діагностичних центрах (КДЦ) є необхідною умовою для здійснення науково обґрунтованої управлінської діяльності в системі охорони здоров'я і однією зі складових планування лікувально-профілактичних заходів, розробки нових організаційних форм і методів роботи.

Мета роботи – отримати експертну оцінку організаційних аспектів діяльності комунальних консультативно-діагностичних центрів м. Києва, у порівнянні з приватними.

Матеріали та методи

Одним із провідних інструментів дослідження проблем організації медичної допомоги є метод експертної оцінки, який забезпечує об'єктивність, комплексність, компетентність і надійність прийнятих управлінських рішень [5]. Метод експертної оцінки – це один із видів експертного опитування та отримання узагальненої професійної думки експертів стосовно стану організації та аналізу проблем закладу охорони здоров'я, з подальшою оцінкою поставлених дослідником питань і обробкою отриманих даних [7].

У дослідженні здійснено експертну оцінку організаційних аспектів діяльності комунальних і приватних консультативно-діагностичних центрів, а також порівняні її результати. Для експертної оцінки застосовувався метод безпосередньої оцінки [3]. Експертам була запропонована карта експертної оцінки, яка містила шість блоків питань, кожне з яких слід було оцінити за п'ятибальною шкалою. Карта експертної оцінки складена з урахуванням робіт Донабедіана, видатного організатора охорони здоров'я, який поняття якості медичної допомоги звів до трьох груп критеріїв: структури, процесу та результату [8]. У відповідності до програми дослідження, експерти мали оцінити структурно-організаційні, процесні та результативні складові діяльності комунальних та приватних КДЦ, стан їх кадрового потенціалу та керівництва, а також необхідні умови для оптимізації роботи комунальних КДЦ.

До експертної групи було включено 21 висококваліфікованих фахівців. Збільшення кількості експертів не забезпечує суттєвого приросту нової інформації ні щодо її повноти, ні щодо якості [4]. До складу експертної групи увійшло 16 організаторів охорони здоров'я, керівників комунальних і приватних закладів охорони здоров'я та 5 наукових співробітників, які мали досвід роботи в практичній охороні здоров'я. Серед експертів було 16 чоловіків і 5 жінок. Віковий склад експертів був наступним: 14 експертів у віці до 50 років і 7 – від 51 до 59 років. Стаж роботи від 10 до 19 років мали 6 експертів, понад 20 років – 15. Усі експерти мали вищу кваліфікаційну категорію за спеціальністю «організація і управління охороною здоров'я», а 5 експертів – вчений ступінь кандидата медичних наук.

Зазначена експертна група у 2017 р. у м. Києві здійснила оцінку стану організації амбулаторно-поліклінічної допомоги у комунальних і приватних консультативно-діагностичних центрах, а також визначила необхідні умови для удосконалення діяльності комунальних КДЦ.

Відбір об'єктів для експертизи проводився за наступними критеріями: юридична форма, сектор діяльності (державний і приватний), форма організації, види послуг, що надаються. Базами дослідження для організації та здійснення експертної оцінки стали три комунальні та три приватні КДЦ у м. Києві.

Статистична обробка матеріалів дослідження передбачала використання методів варіаційного аналізу (із визначенням середньоарифметичних значень,

середньоквадратичних відхилень і середніх похибок середніх величин) та оцінку статистичної достовірності відмінностей результатів експертної оцінки стану організації діяльності комунальних і приватних КДЦ (за критерієм Стьюдента, t).

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз матеріалів експертного дослідження дозволив отримати додаткову характеристику стану організації медичної допомоги у комунальних і приватних консультативно-діагностичних центрах за невідображеними в офіційній статистиці параметрами, а також розкрити ряд проблем у їх роботі.

Узагальнені експертні оцінки структурно-організаційних складових діяльності у комунальних КДЦ (табл. 1) були наступними: концепція розвитку КДЦ отримала в середньому $3,4 \pm 0,2$ балу, господарська і юридична самостійність закладу – $3,2 \pm 0,2$ балу, стратегічний довгостроковий план розвитку – $3,5 \pm 0,2$ балу. Відзначено відсутність бізнес плану діяльності закладу – $2,1 \pm 0,3$ балу, ринкової стратегії управління – $1,1 \pm 0,1$ балу.

Незадовільні оцінки отримало фінансування закладів ($2,9 \pm 0,1$ балу) і нормативно-законодавча база для розвитку КДЦ ($2,2 \pm 0,1$ балу). Групова думка експертів підтвердила той факт, що нормативно-законодавча база для розвитку КДЦ є недостатньою, медичні послуги надаються на підставі регламентуючих наказів, розпоряджень, аж ніяк не законів.

Таблиця 1

Результати експертної оцінки структурно-організаційних складових діяльності комунальних та приватних консультативно-діагностичних центрів

№ п/п	Параметри для оцінки	Середня оцінка в балах (M±m)		p
		комунальні	приватні	
1	Стратегічний (довгостроковий) план роботи закладу	3,5±0,2	4,3±0,2	<0,01
2	Бізнес-план роботи закладу	2,1±0,3	4,8±0,1	<0,001
3	Концепція розвитку закладу	3,4±0,2	4,2±0,2	<0,01
4	Фінансування закладу	2,9±0,1	4,7±0,2	<0,001
5	Господарська та юридична самостійність закладу	3,2±0,2	5,0±0,0	<0,001
6	Нормативно-законодавча база для розвитку закладу	2,2±0,1	4,2±0,2	<0,001
7	Укомплектованість кадрів	4,1±0,3	5,0±0,0	<0,001
8	Кваліфікація персоналу	4,3±0,2	4,9±0,1	<0,001
9	План підвищення кваліфікації персоналу і його виконання	4,2±0,2	4,4±0,2	>0,05
10	Ринкова стратегія в управлінні	1,1±0,1	4,0±0,1	<0,001
11	Організаційно-технічні ресурси (наявність АСУ та їх використання)	3,2±0,2	4,5±0,2	<0,001
12	Оснащення сучасним діагностичним обладнанням	3,1±0,2	4,9±0,1	<0,001

Оснащення організаційно-технічними ресурсами і сучасним діагностичним обладнанням оцінено відповідно на $3,2 \pm 0,2$ і $3,1 \pm 0,2$ балу.

Більш високо експерти оцінили укомплектованість медичних кадрів, їх кваліфікацію та стан підвищення кваліфікації ($4,1 \pm 0,2$; $4,3 \pm 0,2$; $4,2 \pm 0,2$ балу відповідно).

Оцінюючи структурно-організаційні складові діяльності приватних КДЦ, експерти відзначили наявність господарської та юридичної самостійності ($5,0 \pm 0,0$ балу), нормативно-законодавчої бази для розвитку ($4,2 \pm 0,2$ балу), стратегічного (довгострокового) плану роботи ($4,3 \pm 0,2$ балу), концепції розвитку закладу ($4,2 \pm 0,2$ балу), бізнес-плану роботи ($4,8 \pm 0,1$ балу), а також достатнє фінансування ($4,7 \pm 0,2$ балу) та високу укомплектованість ($5,0 \pm 0,0$ балу) і кваліфікацію ($4,9 \pm 0,1$ балу) медичних кадрів.

Високі оцінки експертів отримало оснащення приватних закладів сучасним діагностичним обладнанням ($4,9 \pm 0,1$ балу) та організаційно-технічними ресурсами ($4,5 \pm 0,2$ балу).

Таким чином, за всіма перерахованими параметрами експерти більш високо оцінили структурно-організаційні аспекти роботи приватних КДЦ порівняно з комунальними ($<0,01$). Виняток склали наявність і виконання плану підвищення кваліфікації медичного персоналу, які отримали однакові оцінки в комунальних і приватних КДЦ ($4,2 \pm 0,2$ та $4,4 \pm 0,2$ балу відповідно, $p > 0,05$).

Організацію діяльності консультативної та діагностичної служби, профілактичного відділення, реєстратури та організацію прийому пацієнтів лікарями (табл. 2) експерти оцінили на $3,1 \pm 0,1$ – $3,6 \pm 0,2$ балу. Більш високу оцінку отримала організація роботи денного стаціонару ($4,1 \pm 0,3$ балу). Наявність

діагностичних і лікувальних стандартів оцінена експертами на $3,2 \pm 0,2$ балу, а сучасних лікувально-діагностичних методик – на $3,1 \pm 0,2$ балу.

Узагальнена експертна оцінка результативних складових організації медичної допомоги у комунальних КДЦ продемонструвала найвищий бал для таких параметрів, як можливість отримати необхідну лікарську консультацію ($4,1 \pm 0,3$ балу) та лікування у денному стаціонарі ($4,5 \pm 0,2$ балу).

Територіальна доступність медичної допомоги для пацієнтів у комунальних КДЦ оцінена експертами на $3,1 \pm 0,1$ балу, швидкість обслуговування у реєстратурі – $3,6 \pm 0,2$ балу, можливість пройти необхідне діагностичне обстеження – $3,6 \pm 0,1$ балу, допомогу вдома – $3,1 \pm 0,2$ балу; додаткові платні послуги – $3,3 \pm 0,2$ балу.

Задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги, за узагальненими матеріалами експертної оцінки, складала $3,2 \pm 0,1$ балу, а вартістю лікування – відповідно $2,9 \pm 0,1$ балу.

Найнижчу оцінку серед показників даного блоку отримала економічна ефективність комунальних КДЦ ($2,1 \pm 0,1$ балу).

Результати експертної оцінки процесних складових організації медичної допомоги у приватних КДЦ (табл. 2) коливались у межах від $4,0 \pm 0,2$ до $4,9 \pm 0,1$ балу і вірогідно перевищували аналогічні показники в комунальних КДЦ ($p < 0,01$).

Таблиця 2

Результати експертної оцінки процесних і результативних складових організації медичної допомоги у комунальних та приватних консультативно-діагностичних центрів

№ п/п	Параметри для оцінки	Середня оцінка в балах (M±m)		P
		комунальні	приватні	
Процесний блок оцінки				
1	Організація роботи консультативної служби	$3,6 \pm 0,2$	$4,8 \pm 0,1$	$<0,001$
2	Організація роботи діагностичної служби	$3,1 \pm 0,1$	$4,9 \pm 0,1$	$<0,001$
3	Організація роботи профілактичного відділення	$3,2 \pm 0,1$	$4,0 \pm 0,2$	$<0,01$
4	Організація роботи денного стаціонару	$4,1 \pm 0,3$	$4,3 \pm 0,2$	$>0,05$
5	Наявність діагностичних і лікувальних стандартів	$3,2 \pm 0,2$	$4,2 \pm 0,1$	$<0,001$
6	Сучасні лікувально-діагностичні методики	$3,1 \pm 0,2$	$4,9 \pm 0,1$	$<0,001$
7	Організація роботи реєстратури	$3,4 \pm 0,2$	$4,9 \pm 0,1$	$<0,001$
8	Організація прийому пацієнтів лікарями	$3,3 \pm 0,1$	$4,8 \pm 0,1$	$<0,001$
Результативний блок оцінки				
1	Економічна ефективність закладу	$2,1 \pm 0,1$	$4,8 \pm 0,1$	$<0,001$
2	Швидкість обслуговування у реєстратурі	$3,6 \pm 0,2$	$4,9 \pm 0,1$	$<0,001$
3	Територіальна доступність	$3,1 \pm 0,1$	$4,1 \pm 0,2$	$<0,001$
4	Можливість одержати необхідну консультацію	$4,1 \pm 0,3$	$4,6 \pm 0,2$	$>0,05$
5	Можливість одержати необхідне діагностичне обстеження	$3,6 \pm 0,1$	$4,9 \pm 0,1$	$<0,001$
6	Можливість одержати необхідну медичну допомогу у денному стаціонарі	$4,5 \pm 0,2$	$4,1 \pm 0,1$	$<0,001$
7	Можливість одержати допомогу вдома	$3,1 \pm 0,2$	$4,3 \pm 0,2$	$<0,001$
8	Можливість одержати додаткові платні послуги	$3,3 \pm 0,2$	$4,2 \pm 0,1$	$<0,001$
9	Задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги	$3,2 \pm 0,1$	$4,6 \pm 0,2$	$<0,001$
10	Задоволеність пацієнтів вартістю медичної допомоги	$2,9 \pm 0,1$	$4,0 \pm 0,2$	$<0,001$

Єдиним структурним підрозділом, організація роботи якого отримала однакову оцінку у комунальних та приватних закладах був денний стаціонар (4,1±0,3 та 4,3±0,2, відповідно, p>0,05).

Результати діяльності приватних КДЦ також отримали вірогідно вищі (p<0,01), ніж у комунальних закладах, оцінки і знаходились у межах від 4,1±0,1 до 4,9 балу (табл. 2). Не виявлено статистично вірогідних відмінностей лише у можливості отримати необхідну консультацію у комунальних та приватних закладах (4,1±0,3 та 4,6±0,2 відповідно, p>0,05).

Оцінюючи параметри таблиці 3, блоку «медичні кадри закладу» експерти практично відзначили, що у комунальних КДЦ відсутні гідні умови для успішної роботи персоналу. Так, рівень оплати праці медичних працівників, наявність у персоналу економічної мотивації до роботи, можливість кар'єрного росту, підвищення кваліфікації, доступність для персоналу інформації щодо фінансових показників роботи закладів, клінічних стандартів, цільових планових індикаторів якості, а також документів з нормативно-правового регулювання професійного ризику експерти оцінили від 2,9±0,2 до 3,8±0,1 балу.

У приватних закладах експерти вірогідно вище (p<0,05), ніж у комунальних КДЦ, оцінили рівень оплати праці медичних працівників (4,9±0,1 балу), наявність у персоналу економічної мотивації до роботи (4,9±

0,1 балу), можливості підвищення кваліфікації (3,8±0,1), а також рівень доступності до всіх видів інформації, які вивчались у дослідженні (у межах від 4,0±0,1 до 4,9±0,1 балу), за винятком статистичної. Не виявлено статистично вірогідної різниці у можливостях кар'єрного росту в комунальних та приватних закладах (3,0±0,1 та 4,2±0,2 балу відповідно, p>0,05).

Результати експертної оцінки керівництва комунальних КДЦ (табл. 3) засвідчили, що керівники практично не готові до роботи у ринкових умовах. Узагальнена експертна оцінка їх стилю організаційного менеджменту склала 3,2±0,1 балу, рівень підготовки зі стратегічного, фінансового, інноваційного менеджменту, з управління персоналом у ринкових умовах коливався у межах від 3,1±0,2 до 3,4±0,2 балу.

Результати експертної оцінки аналогічних показників у приватних закладах були вірогідно вищими (p<0,001) і складали від 4,2±0,1 до 4,7±0,2 балу. Керівники приватних структур готові та працюють у ринкових умовах.

Не виявлено статистично вірогідних відмінностей у підготовці керівників обох видів закладів на циклах спеціалізації за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» та наявністю кваліфікаційної категорії за даною спеціальністю (оцінки в межах від 4,2±0,1 до 4,4±0,2 балу, p>0,05).

Таблиця 3

Результати експертної оцінки кадрового потенціалу та керівництва у комунальних та приватних консультативно-діагностичних центрів

№ п/п	Параметри для оцінки	Середня оцінка в балах (M±m)		p
		комунальні	приватні	
Медичні кадри закладу				
1	Рівень оплати праці медичних працівників	3,2±0,1	4,9±0,1	<0,001
2	Економічна мотивація персоналу, матеріальне стимулювання	3,1±0,1	4,9±0,1	<0,001
3	Наявність кар'єрного росту	3,0±0,1	3,4±0,2	>0,05
4	Підвищення кваліфікації персоналу	3,3±0,1	3,8±0,1	<0,05
5	Доступ персоналу до інформації щодо:			
5.1	статистичних показників діяльності закладу	4,1±0,2	4,2±0,1	>0,05
5.2	фінансових показників діяльності закладу	3,1±0,2	4,0±0,1	<0,001
5.3	сучасних методів діагностики та лікування	3,8±0,1	4,8±0,1	<0,001
5.4	клінічних стандартів	3,7±0,1	4,9±0,1	<0,001
5.5	нормативно-правового регулювання професійного ризику	2,9±0,2	4,3±0,2	<0,001
5.6	цільових планових індикаторів якості	3,6±0,2	4,6±0,2	<0,001
Керівництво закладу				
1	Спеціалізація за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я»	4,3±0,1	4,4±0,2	>0,05
2	Кваліфікаційна категорія за цією спеціальністю	4,2±0,1	4,2±0,1	>0,05
3	Стиль організаційного менеджменту	3,2±0,1	4,4±0,2	<0,001
4	Підготовка зі стратегічного менеджменту	3,4±0,2	4,6±0,2	<0,001
5	Підготовка з інноваційного фінансового менеджменту	3,1±0,2	4,5±0,2	<0,001
6	Підготовка з управління персоналом у ринкових умовах	3,2±0,2	4,7±0,2	<0,001

Результати експертної оцінки засвідчили, що необхідними умовами для оптимізації роботи комунальних КДЦ (табл. 4) є удосконалення нормативно-законодавчої бази, забезпечення іншого рівня фінансування закладів, оснащення їх сучасним обладнанням, запровадження сучасних технологій. Також, на думку експертів, необхідно створити належні умови для роботи медичного персоналу: гідну оплату

праці, економічну мотивацію праці, якісну післядипломну підготовку та підвищення кваліфікації, навчання роботі на сучасних зразках діагностичного та лікувального обладнання, впровадження сучасних методик діагностики та лікування, клінічних стандартів, цільових планових індикаторів якості. Потрібна підготовка керівного складу КДЦ до роботи у нових економічних умовах.

Таблиця 4

Необхідні умови для оптимізації роботи комунальних консультативно-діагностичних центрів (за матеріалами експертної оцінки)

№ п/п	Параметри для оцінки	M±m
1	Удосконалення нормативно-законодавчої бази для розвитку закладу	4,8±0,1
2	Формуванню юридичної, економічної та господарської самостійності закладу	4,8±0,1
3	Забезпечення фінансової стійкості закладу	5,0±0,0
4	Підвищення економічної зацікавленості персоналу	4,9±0,1
5	Оснащення сучасним діагностичним і лікувальним обладнанням	5,0±0,0
6	Поліпшення матеріально-технічного оснащення та сервісу	5,0±0,0
7	Підвищення якості післядипломної освіти та підвищення кваліфікації медичного персоналу	4,5±0,2
8	Підготовка керівного складу персоналу за програмою для менеджерів, які працюють в умовах ринкової економіки	4,7±0,1
9	Перехід комунальних КДЦ на механізм комунально-приватного партнерства	4,8±0,1

Необхідно забезпечити ефективність роботи КДЦ у контурі «витрати–результат». Перехід комунальних КДЦ на механізм комунально-приватного партнерства є, на думку експертів, необхідною умовою для удосконалення роботи комунальних КДЦ та їх подальшого розвитку.

Висновки

Можна зробити висновок, що діюча модель КДЦ та її управлінський апарат не в змозі використати економічні важелі та підвищити соціальну ефективність закладу. Системі необхідна позитивна динаміка змін в сучасних економічних умовах.

Перспективою розвитку комунальних КДЦ є формування їх нової організаційної моделі із

господарським механізмом на принципах комунально-приватного партнерства.

Реалізація нової моделі сприятиме залученню інвестицій, економічній стійкості КДЦ, підвищенню матеріально-технічної озброєності, впровадженню економічних і лікувально-діагностичних стандартів, що забезпечить високу якість послуг і зростання соціальної ефективності амбулаторної допомоги.

Перспективи подальших досліджень

Результати соціологічного дослідження будуть враховані при обґрунтуванні оптимізованої моделі КДЦ для великого міста.

Література

1. Грузєва Т.С. Борьба с хроническим неинфекционными заболеваниями: Европейский и Украинский контекст / Т.С. Грузєва // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2013. – № 1, Т. 8. – С. 291–294.
2. Індекс здоров'я. Україна – 2016. Результати загальнонаціонального дослідження. – Київ, 2016. – 165 с.
3. Литвак Б.Г. Экспертные оценки и принятие решений / Б.Г. Литвак. – Москва: Патент, 1996. – 214 с.
4. Нечаев В.С. К вопросу об экспертной оценке организационных аспектов государственно-частного партнерства в здравоохранении / В.С. Нечаев, И.Э. Чудинова, Б.А. Нисан // Социальная медицина. – 2012. – № 1 (20). – С. 21–23.
5. Решетников А.В. Социология медицины: руководство / А.В. Решетников. – Москва: ГЭОТАРМедиа, 2010. – 864 с.
6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік. – Київ, 2016. – 452 с.

7. Ядов В.А. Стратегия социологического исследования / В.А. Ядов. – Москва: Омега-Л, 2007. – 3-е изд., испр. – 567 с.
8. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? / A. Donabedian // JAMA. – 1988. – Vol. 260. – P. 1743–1748.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.10.2017 р.

Експертная оценка организационных аспектов деятельности коммунальных и частных консультативно-диагностических центров г. Киева

В.В. Кравченко

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

Цель – получить экспертную оценку организационных аспектов деятельности коммунальных консультативно-диагностических центров г. Киева по сравнению с частными.

Материалы и методы. По специально разработанной программе в 2017 г. в г. Киеве проведена экспертная оценка состояния организации работы трех коммунальных и трех частных консультативно-диагностических центров. В состав экспертной группы включен 21 руководитель коммунальных и частных учреждений здравоохранения г. Киева с высшей квалификационной категорией по специальности «Организация и управление здравоохранением».

Результаты. По результатам экспертной оценки определены основные организационные проблемы коммунальных консультативно-диагностических центров по сравнению с частными: недостаточная экономическая, юридическая и хозяйственная самостоятельность, дефицит финансирования, неудовлетворительное материально-техническое оснащение, отсутствие экономической мотивации у персонала, неэффективное управление учреждением. Выявлено мнение экспертов относительно необходимых изменений для оптимизации работы коммунальных консультативно-диагностических центров.

Выводы. Перспективой развития коммунальных консультативно-диагностических центров является формирование их организационной модели с хозяйственным механизмом на принципах коммунально-частного партнерства.

Ключевые слова: экспертная оценка, проблемы и пути оптимизации организации работы коммунальных консультативно-диагностических центров.

Expert evaluation of organizational aspects of municipal and private consultative-diagnostic centers in Kyiv

V.V. Kravchenko

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Purpose – to obtain an expert evaluation of the organizational aspects of municipal consultative and diagnostic centers in Kyiv in comparison with private ones.

Materials and methods. According to a specially developed program in 2017, an expert evaluation of the organizational aspects of three municipal and three private diagnostic and counseling centers was conducted in Kyiv. The expert group includes 21 heads of municipal and private public health institutions in Kyiv with the highest qualification category in the specialty “Organization and management of health care”.

Results. According to the results of the expert evaluation, the main organizational problems of the municipal diagnostic and counseling centers, in comparison with private are: insufficient legal and economic independence, lack of financing, unsatisfactory material and technical equipment, lack of economic motivation among the staff, ineffective management of the institution. The opinion of experts on the necessary changes for the optimization of the work of communal diagnostic and counseling centers is determined.

Conclusions. Formation of new organizational model with an economic mechanism based on the principles of public-private partnership is the prospect of the development of municipal diagnostic and counseling centers.

Key words: expert evaluation, problems and ways to optimize the organization of the work of public consulting and diagnostic centers.

Відомості про автора

Кравченко Василь Віталійович – к.мед.н., докторант кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

УДК 616-08-039.57.004.12(477.87)

В.В. Кручаниця

Характеристика розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області

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

Мета – вивчити та проаналізувати розвиток первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області.

Матеріали та методи. У роботі використано дані галузевої статистичної звітності Закарпатської області. Методом дослідження був статистичний.

Результати. Усе населення області обслуговується за принципом загальної практики – сімейної медицини. Показник забезпеченості сімейними амбулаторіями з розрахунку на 10 тис. населення становить 2,33 на 10 тис. населення (норматив 5). Показник забезпеченості населення штатними посадами лікарів загальної практики – сімейних лікарів у 2016 р. – 7,39 на 10 тис. населення області. Рівень укомплектованості штатних посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів – 93,37%. Кількість звернень до сімейних лікарів у перерахунку на одного жителя – 2,38. Частка звернень населення з профілактичною метою – 36,19%. Наведені дані мають відмінності в розрізі адміністративних територій.

Висновки. Отримані дані вказують на пріоритетний розвиток в області первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини.

Ключові слова: Закарпатська область, первинна медико-санітарна допомога, розвиток.

Вступ

В Україні під час реформування системи охорони здоров'я [3] розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ) набуває пріоритетного розвитку [1, 4, 5]. При цьому в різних регіонах існують певні особливості даного процесу [2].

Мета роботи – вивчити та проаналізувати розвиток ПМСД у Закарпатській області.

Матеріали та методи

Використано дані галузевої статистичної звітності Закарпатської області. Методом дослідження був статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Відповідно до поставленої мети вивчено та проаналізовано дані щодо розвитку в області ПМСД на засадах ЗПСМ. Вивченню підлягали питання наявності мережі ПМСД на засадах ЗПСМ, кадрового та ресурсного забезпечення, основних показників діяльності.

На початку дослідження вивчено та проаналізовано мережу закладів ПМСД на засадах ЗПСМ і питання юридичного розмежування закладів первинної та вторинної медичної допомоги. Мережу закладів ПМСД на засадах ЗПСМ складають центри ПМСД, сімейні амбулаторії та фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи). Дані про мережу закладів ПМСД наведено в табл. 1.

Аналіз наведених в табл. 1 даних вказує на те, що в області функціонує 13 центрів ПМСД, що є чинним юридичного розмежування закладів первинної та вторинної медичної допомоги. Центри ПМСД відсутні у Виноградівському та Тячівському районах, де вказане розмежування не проведено. В області функціонує 293 сімейні амбулаторії, кількість яких за адміністративними територіями має достовірні відмінності. При цьому важливим є показник забезпеченості амбулаторіями з розрахунку на 10 тис. населення. При даному показнику по області 2,33 на 10 тис. населення (норматив 5) у розрізі адміністративних даних показник коливається від 0,79 у м. Ужгород до 3,74 в Перечинському районі. Різниця складає 4,79 разу ($p \leq 0,05$).

Далі вивчено частку населення, яке обслуговується лікарями загальної практики – сімейними лікарями (ЛЗП-СЛ), отримує ПМСД за принципом ЗПСМ. Отримані результати наведено в табл. 2.

Таблиця 1

Мережа закладів охорони здоров'я первинної медико-санітарної допомоги, 2016 р.

Адміністративна територія	Наявність центру ПМСД	Сімейні амбулаторії		Кількість ФАПів	Кількість сімейних амбулаторій без лікаря (основного працівника)	Кількість ФАПів без мед. працівника
		кількість	показник на 10 тис. населення			
Усього по області	13	293	2,33	285	6	8
Район						
Берегівський	1	24	3,19	19	2	1
Великобerezнянський	1	8	2,98	26	-	-
Виноградівський	-	32	2,64	16	-	-
Воловецький	1	5	2,05	23	-	-
Іршавський	1	33	3,30	11	3	-
Міжгірський	1	12	2,51	32	-	-
Мукачівський	2	34	1,82	45	-	1
Перечинський	1	12	3,74	10	1	1
Рахівський	1	25	2,70	8	-	-
Свалявський	1	13	2,41	14	-	-
Тячівський	-	29	1,66	34	-	-
Ужгородський	1	28	3,52	31	-	5
Хустський	1	29	2,28	16	-	-
м. Ужгород	1	9	0,79	-	-	-

Таблиця 2

Частка населення, яке обслуговується лікарями загальної практики – сімейними лікарями, отримує первинну медико-санітарну допомогу за принципом загальної практики – сімейної медицини, 2012–2016 рр., %

Адміністративна територія	Рік				
	2012	2013	2014	2015	2016
Усього по області	97,00	97,00	96,23	96,31	100,00
Район					
Берегівський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Великобerezнянський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Виноградівський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Воловецький	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Іршавський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Міжгірський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Мукачівський	75,00	75,00	74,57	75,15	100,00
Перечинський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Рахівський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Свалявський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Тячівський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Ужгородський	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Хустський	100,00	100,00	100,00	99,99	100,00
м. Ужгород	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Аналіз наведених у табл. 2 даних вказує на те, що в області частка населення, яке обслуговується ЛЗП-СЛ, отримує ПМСД за принципом ЗПСМ, у 2016 р. становив 100,0%. Така частка в розрізі регіонів за період

дослідження була в усіх регіонах, крім Мукачівського району, а з 2016 р. все населення вказаного району обслуговується за принципом ЗПСМ.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу забезпеченості населення області штатними посадами ЛЗП-СЛ. Отримані в ході аналізу дані наведено в табл. 3.

Аналіз наведених у табл. 3 даних вказує на те, що за період дослідження кількість посад ЛЗП-СЛ в області збільшилася на 27 посад (3,9%) і в 2016 р. склала 713,00 посад. При цьому показник забезпеченості населення штатними посадами ЛЗП-СЛ збільшився на 0,27 (3,8%) і у 2016 р. склав 7,39 на 10 тис. населення області.

У розрізі адміністративних територій за період дослідження зареєстровано як збільшення, так і зменшення даних показників. На території 11 адміністративних територій зареєстровано збільшення вказаних показників, а на 3 адміністративних територіях – зменшення вказаного показника. Найбільший рівень зменшення даного показника зареєстровано у Виноградівському районі. У даному районі кількість посад зменшено з 64,00 до 36,50, а показник забезпеченості – з 7,16 до 4,04 на 10 тис. населення.

Далі вивчалось питання динаміки укомплектованості штатних посад ЛЗП-СЛ за роки дослідження. Отримані результати наведено табл. 4.

Таблиця 3

Забезпеченість штатними посадами лікарів загальної практики – сімейних лікарів, 2012–2016 рр.

Адміністративна територія	Рік									
	2012		2013		2014		2015		2016	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Усього по області	686,00	7,12	654,50	6,78	652,25	6,75	653,25	6,76	713,00	7,39
Район										
Берегівський	38,50	6,39	39,50	6,56	41,25	6,86	40,75	6,81	42,50	7,18
Великобerezнянський	18,50	8,92	16,50	7,96	16,00	7,70	17,00	8,21	17,00	8,23
Виноградівський	64,00	7,16	35,50	3,96	36,50	4,05	36,50	4,04	36,50	4,04
Воловецький	10,50	5,54	18,50	9,79	17,75	9,39	17,75	9,44	18,50	9,83
Іршавський	53,50	7,09	55,25	7,29	53,50	7,05	55,25	7,26	57,25	7,51
Міжгірський	34,00	9,32	35,00	9,59	34,00	9,34	34,00	9,35	35,00	9,65
Мукачівський	87,75	6,07	81,75	5,64	78,00	5,37	79,25	5,44	103,75	7,12
Перечинський	20,25	8,52	23,50	9,89	22,50	9,46	22,75	9,57	22,75	9,59
Рахівський	49,75	7,35	64,50	9,48	64,00	9,39	63,00	9,22	62,00	9,08
Свалявський	19,75	4,75	21,75	5,23	21,75	5,23	20,00	4,82	19,00	4,60
Тячівський	114,00	8,62	92,00	6,93	92,00	6,91	92,00	6,89	92,00	6,88
Ужгородський	47,50	7,74	57,25	9,29	57,25	9,25	57,25	9,20	56,25	9,06
Хустський	69,75	7,13	50,25	5,12	47,00	4,80	45,00	4,59	72,00	7,36
м. Ужгород	58,25	6,27	63,25	6,84	70,75	7,69	72,75	7,95	78,50	8,63

Примітки: 1 – кількість посад; 2 – на 10 тис. дорослого населення.

Таблиця 4

Укомплектованість штатних посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів, 2012–2016 рр., %

Адміністративна територія	Рік				
	2012	2013	2014	2015	2016
Усього по області	92,89	92,09	91,99	93,49	93,37
Район					
Берегівський	93,51	75,95	72,73	66,26	63,53
Великобerezнянський	97,30	100,00	100,00	100,00	100,00
Виноградівський	85,16	86,62	90,41	88,36	91,10
Воловецький	100,00	95,95	94,37	94,37	90,54
Іршавський	93,93	95,48	98,13	98,64	96,51
Міжгірський	89,71	80,00	88,24	91,18	97,14

Продовження таблиці 4

Мукачівський	95,73	97,25	96,79	95,90	97,59
Перечинський	88,89	92,55	86,67	90,11	93,41
Рахівський	89,95	96,51	94,92	98,41	97,18
Свалявський	75,95	74,71	65,52	81,25	90,79
Тячівський	91,67	91,85	92,39	97,28	92,12
Ужгородський	94,21	94,76	94,32	88,21	93,78
Хустський	97,85	92,04	89,36	99,44	92,36
м. Ужгород	100,00	98,42	100,00	100,00	100,00

Аналіз наведених у табл. 4 даних вказує на те, що рівень укомплектованості штатних посад ЛЗП-СЛ за період дослідження збільшився і у 2016 р. склав 93,37%. У розрізі адміністративних територій рівень укомплектованості штатних посад ЛЗП-СЛ коливався від 63,53% у Берегівському до 100,0% у Великоберезнянському районі та м. Ужгород.

Наступним кроком дослідження вивчено рівень укомплектованості штатних посад ЛЗП-СЛ фізичними особами. Отримані дані наведено в табл. 5.

Аналіз наведених у табл. 5 даних вказує на те, що повністю фізичними особами укомплектовані штатні посади ЛЗП-СЛ тільки в м. Ужгород. Рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами в

розрізі адміністративних територій коливався від 63,53% у Берегівському до 97,14% у Міжгірському районі.

Далі в табл. 6 наведено кваліфікаційну характеристику ЛЗП-СЛ за 2016 р.

Аналіз наведених у табл. 6 даних вказує на те, що в області 50,31% ЛЗП-СЛ атестовано на вищу атестаційну категорію, 12,89% – на першу категорію, 8,02% – на другу категорію. Вказані показники мають відмінності за адміністративними територіями. При цьому найменша частка не атестованих ЛЗП-СЛ (17,14%) працює в Хустському, а найбільша (41,18%) – у Свалявському районі. Гранична різниця показника відрізняється в 2,4 разу.

Таблиця 5

Укомплектованість штатних посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів фізичними особами, 2012–2016 рр., %

Адміністративна територія	Рік				
	2012	2013	2014	2015	2016
Усього по області	87,32	86,63	87,39	89,40	89,34
Район					
Берегівський	80,52	75,95	72,73	66,26	63,53
Великоберезнянський	91,89	96,97	100,00	94,12	94,12
Виноградівський	76,56	64,79	68,49	65,75	71,23
Воловецький	85,71	86,49	84,51	84,51	81,08
Іршавський	91,59	94,12	97,20	97,74	96,07
Міжгірський	88,24	80,00	88,24	91,18	97,14
Мукачівський	92,31	91,74	93,59	94,64	95,42
Перечинський	83,95	89,36	75,56	79,12	83,52
Рахівський	70,35	80,62	79,69	87,30	82,26
Свалявський	70,89	73,56	64,37	80,00	89,47
Тячівський	86,84	85,87	86,96	94,57	93,48
Ужгородський	92,63	94,32	94,32	85,59	83,56
Хустський	93,19	83,58	89,36	100,00	91,67
м. Ужгород	100,0	99,60	100,35	98,97	100,0

Таблиця 6

Характеристика лікарів загальної практики – сімейних лікарів, 2016 р.

Адміністративна територія	Усього	Вища категорія		Перша категорія		Друга категорія		Не атестований	
		1	2	1	2	1	2	1	2
Усього по області	636	320	50,31	82	12,89	51	8,02	183	28,77
Район									
Берегівський	28	10	35,71	6	21,43	2	7,14	10	35,71
Великобerezнянський	17	10	58,82	2	11,76	1	5,88	4	23,53
Виноградівський	28	11	39,29	6	21,43	3	10,71	8	28,57
Воловецький	15	6	40,00	2	13,33	1	6,67	6	40,00
Іршавський	58	27	46,55	12	20,69	4	6,90	15	25,86
Міжгірський	35	15	42,86	4	11,43	4	11,43	12	34,29
Мукачівський	78	39	50,00	15	19,23	1	1,28	23	29,49
Перечинський	19	10	52,63	3	15,79	2	10,53	4	21,05
Рахівський	51	25	49,02	3	5,88	3	5,88	20	39,22
Свалявський	17	9	52,94			1	5,88	7	41,18
Тячівський	91	46	50,55	7	7,69	6	6,59	32	35,16
Ужгородський	47	13	27,66	12	25,53	12	25,53	10	21,28
Хустський	70	44	62,86	7	10,00	7	10,00	12	17,14
м. Ужгород	82	55	67,07	3	3,66	4	4,88	20	24,39

Примітки: 1 – абсолютне число; 2 – відсоток.

Нами вивчено та проаналізовано показник звернення населення до ЛЗП-СЛ у перерахунку на одного жителя за період 2013–2016 рр. Отримані результати наведено в табл. 7.

Таблиця 7

Звернення населення до лікарів загальної практики – сімейних лікарів у перерахунку на одного жителя, 2013–2016 рр.

Адміністративна територія	Рік			
	2013	2014	2015	2016
Усього по області	2,25	2,33	2,31	2,38
Район				
Берегівський	1,84	1,87	1,90	1,99
Великобerezнянський	2,88	2,65	2,44	2,58
Виноградівський	2,05	2,00	2,08	2,06
Воловецький	2,30	2,05	1,96	2,02
Іршавський	2,90	3,01	3,09	3,21
Міжгірський	3,27	3,12	3,25	3,36
Мукачівський	1,51	1,54	1,55	1,98
Перечинський	2,59	2,21	2,21	2,22
Рахівський	2,43	2,50	2,34	2,19
Свалявський	0,99	1,18	1,12	1,10
Тячівський	2,71	2,72	2,64	2,76
Ужгородський	2,42	3,23	2,92	2,63
Хустський	2,22	2,14	2,18	2,26
м. Ужгород	2,38	2,73	2,81	2,76

У результаті проведеного аналізу зроблено висновок, що за роки дослідження (2013–2016 рр.) у цілому по області показник звернення населення до ЛЗП-СЛ зріс, у 2016 р. у перерахунку на одного жителя склав 2,38. У розрізі адміністративних територій вказаний показник має достовірні відмінності: від 1,10 у Свалявському до 3,36 у Міжгірському районі. Гранічна різниця показника відрізняється в 3,05 разу.

На останньому етапі дослідження вивчено частку звернень населення до ЛЗП-СЛ із профілактичною метою. Отримані результати наведено в табл. 8.

Таблиця 8

Частка звернень населення до лікарів загальної практики – сімейних лікарів із профілактичною метою, %

Адміністративна територія	Рік			
	2013	2014	2015	2016
Усього по області	34,33	32,53	33,89	36,19
Район				
Берегівський	26,82	28,16	32,98	32,82
Великобerezнянський	39,39	39,41	39,93	37,51
Виноградівський	34,90	36,45	36,57	36,81
Воловецький	49,61	48,17	49,25	51,31
Іршавський	44,27	45,02	43,89	45,76
Міжгірський	48,71	44,00	40,49	46,54
Мукачівський	22,53	21,57	20,56	31,16
Перечинський	43,33	46,85	47,94	46,92

Продовження таблиці 8

Рахівський	33,50	32,96	33,09	33,45
Свалявський	41,93	39,57	38,37	42,05
Тячівський	35,02	31,54	31,10	35,93
Ужгородський	25,91	26,80	26,37	30,86
Хустський	28,75	28,77	32,74	32,65
м. Ужгород	33,25	24,44	34,90	30,86

За проведеним аналізом наведених у табл. 8 даних видно, що за роки дослідження (2013–2016 рр.) частка звернень населення до ЛЗП-СЛ із профілактичною метою зросла на 1,86% і склала 36,19%. Найменш часто до

ЛЗП-СЛ із профілактичною метою зверталось населення м. Ужгород та Ужгородського району (30,86%), а найчастіше (51,31%) – населення Воловецького району.

Висновки

Отримані дані вказують на пріоритетний розвиток в області ПМСД на засадах ЗПСМ.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності діяльності ПМСД області на засадах ЗПСМ.

Література

1. *Нова модель надання первинної медико-санітарної допомоги – досвід пілотних регіонів* / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова, М. В. Шевченко // *Wiadomosci Lekarskie.* – 2014. – Т. LXVII, № 2, cz. II. – Р. 210–214.
2. *Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: спеціалізоване видання* / В. В. Лазоришинець, Н. О. Лісневська, Л. Я. Ковальчук [та ін.]. – Київ, 2014. – 608 с.
3. *Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ* : монографія. – Київ : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2014. – 207 с.
4. *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.
5. *Шевченко М. В.* Фінансово-економічне обґрунтування потреби у ресурсах для формування мережі амбулаторій загальної практики – сімейної медицини в Україні / М. В. Шевченко // *Вісник проблем біології і медицини.* – 2014. – Вип. 3, Т. 1 (110). – С. 387–390.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.10.2017 р.

Характеристика розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області

В.В. Кручаніца

ГВУЗ «Ужгородський національний університет»,
г. Ужгород, Україна

Цель – изучить и проанализировать развитие первичной медико-санитарной помощи в Закарпатской области.

Материалы и методы. В работе использованы данные отраслевой статистической отчетности Закарпатской области. Методом исследования был статистический.

Результаты. Все население области обслуживается по принципу общей врачебной практики – семейной медицины. Показатель обеспеченности семейными амбулаториями в расчете на 10 тыс. населения

составляет 2,33 на 10 тыс. населения (норматив 5). Показатель обеспеченности населения штатными должностями врачей общей практики – семейных врачей в 2016 г. – 7,39 на 10 тыс. населения области. Уровень укомплектованности штатных должностей врачей общей практики – семейных врачей – 93,37%. Количество обращений к семейным врачам в пересчете на одного жителя – 2,38. Часть обращений населения с профилактической целью – 36,19%. Приведенные данные имеют отличия в разрезе административных территорий.

Выводы. Полученные данные указывают на приоритетное развитие в области первичной медико-санитарной помощи на принципах общей врачебной практики – семейной медицины.

Ключевые слова: Закарпатская область, первичная медико-санитарная помощь, развитие.

**Characteristics of the development
of primary medical-and-sanitary care
in Transcarpathian region***V.V. Kruchanytsya*

SU "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to study and analyze the development of primary medical-and-sanitary care in Transcarpathian region.**Materials and methods.** The data of industry statistical reporting of the Transcarpathian region were used in the course of research. The statistical method was applied in the course of study.**Results.** The entire population of the region is served according to the principle of general medical practice-family medicine. The indicator of family ambulatories supply per 10 thousand of population comprises 2.33 (standard 5). The

indicator of the supply of the population with staff post of general practitioners-family doctors in 2016 amounted to 7.39 per 10 000 of population. The level of the supply with staff posts of general practice-family medicine amounts to 93.37%. The number of visits to family physicians for one resident is 2.38. The share of visits with prophylactic purpose composes 36.19%.

These data show differences in terms of administrative areas.

Conclusions. The data obtained indicate the priority development of primary medical-and-sanitary care in the region on the base of general medical practice-family medicine.

Key words: Transcarpathian region, primary medical-and-sanitary care, development.**Відомості про автора****Кручаниця Василь Васильович** – асистент кафедри громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Обґрунтування моделі імплементації стратегічного плану дій з безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України

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

Мета – обґрунтувати модель імплементації стратегічного плану дій з безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України та представити розгорнуті варіанти її практичного використання на прикладі окремих модулів.

Матеріали та методи. В основу імплементаційної моделі покладено загальну парадигму планування в охороні здоров'я, запропоновану канадськими вченими R. Pineault і C. Daveluy (1986 р.), що передбачає комбонування будь-якого плану на матриці з 3 горизонтально розташованих категорій (Перспектива-Інтервенція-Підхід), кожна з яких має 5-рівневу вертикальну ієрархію під-категорій: I – місія-політика-законодавство, II – мета-генеральний план-стратегія, III – загальне завдання-програма-тактика, IV – конкретне завдання-проект-тактика, V – операційне завдання-операційна діяльність-операційний підхід. Прикладне значення моделі продемонстроване на прикладі модулів інфекційної та хірургічної безпеки.

Результати. Запропоновано прикладну модель імплементації плану дій з безпеки пацієнтів для служби анестезіології та інтенсивної терапії України, в якій план автора визначений генеральним планом. Наведено релевантну до спеціальності характеристику основних категорій та підкатегорій моделі. На прикладі модулів інфекційної та хірургічної безпеки продемонстровано можливі механізми імплементації усіх внутрішньомодульних компонентів плану через програми та проекти.

Висновки. Наведена в роботі модель дозволяє вирішити завдання реалізації на практиці положень стратегічного плану дій з безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України через нескладний 5-рівневий імплементаційний алгоритм.

Ключові слова: безпека пацієнта, служба анестезіології та інтенсивної терапії, план дій, імплементація, модель.

Вступ

Згідно з концепцією, запропованою Інститутом Медицини США у 2001 р. у його знаковій доповіді «Подолання безодні якості: нова система охорони здоров'я для XXI століття», розрізняють шість доменів або шість вимірів якості медичної допомоги [9]:

1. **Безпека** (англ. *Safety*): уникнення шкоди, що може бути завдана пацієнтам у процесі надання послуг, котрі з самого початку націлені на допомогу.

2. **Медична ефективність** (англ. *Effectiveness*): забезпечення послугами, що є науково обґрунтованими, усіх, кому вони можуть допомогти, та утримання від надання таких послуг тим, кому вони не принесуть користі.

3. **Пацієнто-центричність** (англ. *Patient-centeredness*): забезпечення пацієнтів такою допомогою, котра поважає та задовольняє їх індивідуальні вподобання, потреби і цінності та гарантує, що особисті цінності пацієнта є визначальними в прийнятті усіх клінічних рішень.

4. **Своєчасність** (англ. *Timeliness*): скорочення невинуватих очікувань, а іноді шкідливих затримок, як для тих, хто отримує допомогу, так і для тих, хто її надає.

5. **Економічна ефективність** (англ. *Efficiency*): уникнення марнувань ресурсів, включаючи

нерациональне використання обладнання, витратних матеріалів, ідей та енергії.

6. **Загальнодоступність** (англ. *Equity*): забезпечення пацієнтів такою допомогою, що не відрізняється за якістю через їх особисті характеристики, такі як стать, етнічна приналежність, географічне походження та соціально-економічний статус.

Безпека пацієнтів (БП) очолює наведений вище перелік не випадково. Серед різноманітних міжнародних ініціатив, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги, у тому числі в анестезіології та інтенсивній терапії, найбільше їх число в останні два десятиріччя було скеровано саме на покращення ситуації з БП [7, 8, 10–14, 16]. В Україні системна робота у сфері БП була започаткована Першим Національним конгресом з БП (Київ, 2012 р.), проведеним за ініціативи Ради Європи і спрямованим на виконання «Плану дій Ради Європи для України на 2011–2014 рр.» у розділі «Права людини», проект 1.4.1 якого передбачав розробку Національного плану дій з БП [5]. Конгрес завершився схваленням драфту зазначеного плану та проголошенням 11 стратегічних напрямків діяльності у сфері БП [1]. Базовою платформою в розробці зазначеного плану стали «Рекомендації Комітету міністрів Ради Європи урядам держав-членів про управління БП та запобігання інцидентам у сфері охорони здоров'я» [6].

Заявка на участь служби анестезіології та інтенсивної терапії (АІТ) України в зазначеному проєкті була анонсована на VI Британсько-Українському Симпозіумі «Новітні тенденції в сучасній анестезіології та інтенсивній терапії – акцент на проблемах безпеки пацієнта та моніторингу» (м. Київ, квітень 2014 р.) шляхом презентації автором даної статті власного пакету пропозицій до загальнонаціонального плану дій з БП [3]. Свій подальший розвиток вона отримала на останньому, VII Національному Конгресі Анестезіологів України (м. Дніпро, вересень 2016 р.), де в рамках пленарного засідання «Безпека в анестезіології» була оприлюднена доопрацьована версія зазначеного пакету пропозицій, та в останніх публікаціях автора, де в системній формі представлено наукове обґрунтування восьми основних пріоритетів служби АІТ України у сфері БП [2] та проєкт власного плану дій з БП для служби АІТ як частини загальнонаціонального плану [4]. Відповідно до переліку основних пріоритетів, проєкт стратегічного плану дій з БП для служби АІТ України містить вісім модулів – 1) інфекційної безпеки, 2) хірургічної безпеки, 3) фармацевтичної безпеки, 4) інфраструктурної безпеки, 5) інцидент-моніторингу та звітності, 6) навчання та освіти, 7) наукових досліджень проблеми БП та 8) преміювання за досягнення у сфері БП.

Мета роботи – обґрунтувати модель імплементації запропонованого автором стратегічного плану дій з БП у службі АІТ України та представити розгорнуті варіанти її практичного використання на прикладі окремих модулів.

Матеріали та методи

В основу моделі імплементації плану дій з БП у службі АІТ України покладено загальну парадигму планування в охороні здоров'я, запропоновану канадськими вченими R. Pineault і С. Daveluy (рис.) [14].

Згідно з парадигмою, будь-який план в охороні здоров'я представляє собою решітку-подібну матрицю горизонтально та вертикально взаємозв'язаних за ієрархічним принципом категорій та під-категорій, кожна наступна з яких є подальшим розвитком попередньої.

Викладенню практичної, основної частини («тіла») плану відповідно до згаданих вище та описаних нижче

категорій і підкатегорій передують формулювання його теоретичного, ідейного підґрунтя («голови» або «лейтмотиву») у вигляді таких над-категорій, як Бачення (*англ. Vision*) – ідеалізована, уявна картина світу після уявної повної імплементації задуманого, та Місія (*англ. Mission*) – фундаментальна роль плану в досягненні задуманого результату.

Практична частина плану базується на 3-х горизонтально орієнтованих категоріях – перспективи, інтервенції та підходу. Кожна з них має свою вертикаль підкатегорій, стратифікованих на 5 рівнів.

– *Вертикаль перспективи (або горизонту)* передбачає визначення та формулювання таких послідовно пов'язаних між собою положень плану, як: 1) надмета (бажаний кінцевий результат вищого порядку, для досягнення якого необхідна успішна реалізація кількох взаємопов'язаних планів); 2) мета (бажаний кінцевий результат нижчого порядку, для досягнення якого необхідна успішна реалізація даного конкретного плану); 3) загальні завдання (загальні цілі, що відповідають окремим розділам або модулям плану і вимагають розроблення окремих програм для їх досягнення); 4) конкретні завдання (конкретні цілі, що є парціальними складовими попереднього завдання і вимагають розроблення окремих проєктів для їх досягнення); 5) операційні завдання (вузькі технічні завдання, що є лише невеликими фрагментами загальної роботи).

– *Вертикаль інтервенції* передбачає визначення таких відповідних положенням вертикалі перспективи під-категорій, як: 1) політика (відповідає під-категорії місії); 2) генеральний план (відповідає під-категорії мети); 3) програма (відповідає під-категорії загальних завдань); 4) проєкт (відповідає під-категорії конкретних завдань); 5) операційна діяльність (відповідає під-категорії операційних завдань).

– *Вертикаль підходів* передбачає ієрархію таких відповідних під-категорій вертикалі інтервенцій шляхів їх реалізації, як: 1) нормативний (відповідає під-категорії політики); 2) стратегічний (відповідає під-категорії генерального плану); 3–4) тактичний (відповідає під-категоріям програми та проєкту); 5) операційний (відповідає під-категорії операційної діяльності).

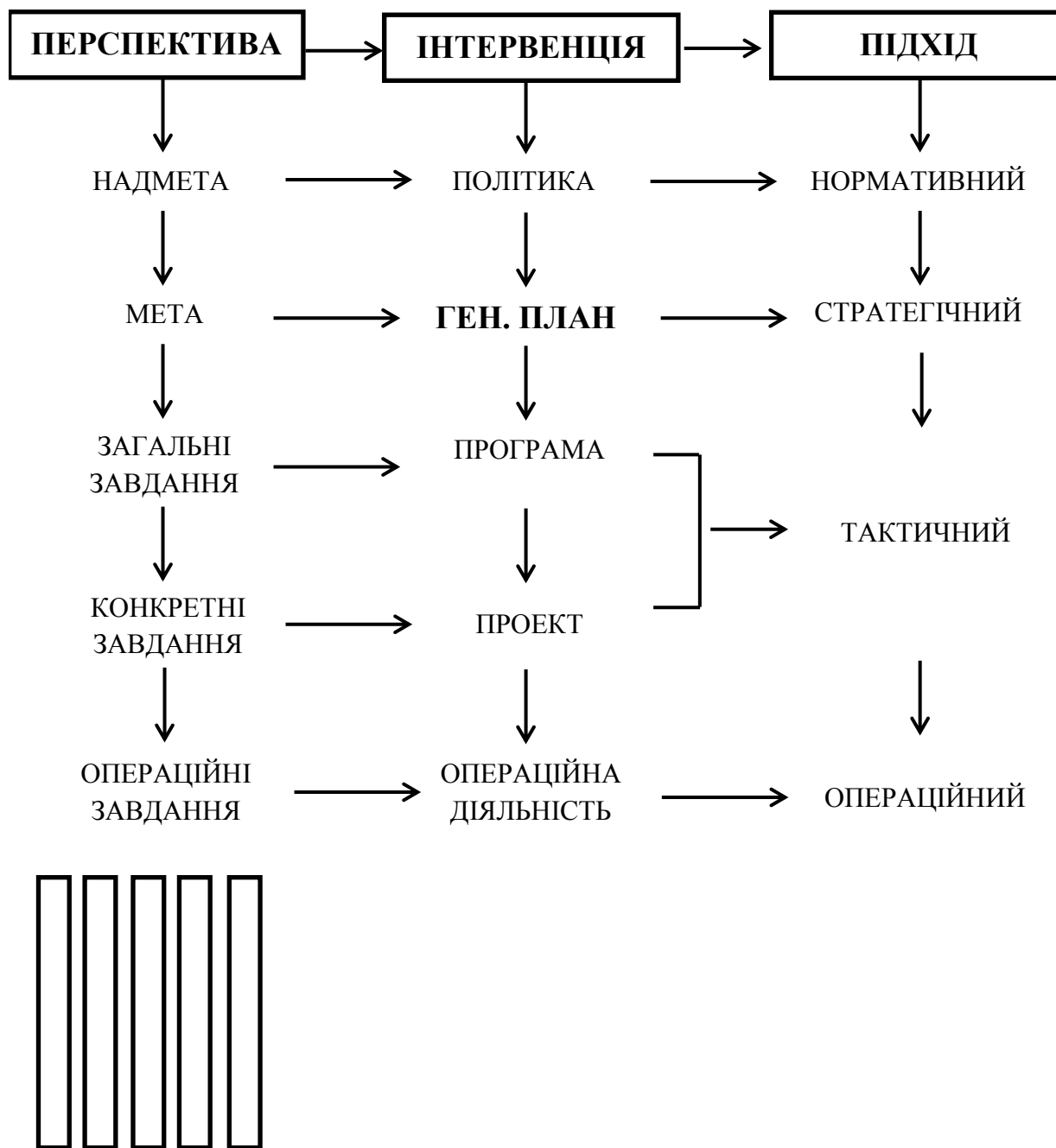


Рис. Загальна парадигма планування в охороні здоров'я за Pineault–Daveluy

В якості розділів проекту стратегічного плану дій з БП для служби АІТ України, на прикладі яких розроблено та представлено розгорнуті варіанти практичного застосування імплементаційної моделі, взято модулі інфекційної та хірургічної безпеки [4]. У дещо скороченому вигляді їх компонентний склад можна представити наступним чином:

1. Модуль інфекційної безпеки.

1.1. Інструменти близької перспективи:

– Стандарти гігієни рук відповідно до «Керівництва ВООЗ з гігієни рук в охороні здоров'я» і «Стратегій щодо попередження нозокоміальних інфекцій

за допомогою гігієни рук» групи провідних американських професійних організацій з епідеміології, інфекційних хвороб та інфекційного контролю.

– Цільові пакети (англ. «Bundles») протиінфекційних інтервенцій з профілактики основних груп нозокоміальних інфекцій – катетер-асоційованих інфекцій кровотоку, катетер-асоційованих інфекцій сечових шляхів, вентилятор-асоційованих пневмоній, інфекцій післяопераційних ран, інфекцій кишечника, викликаних *Clostridium difficile*, та інфекцій, викликаних метицилін-резистентним *Staphylococcus aureus*, а також контамінації зразків крові при їх відборі на культуру.

– Комп'ютерна програма для мікробіологічного моніторингу та аналізу антибіотикорезистентності на зразок російськомовної версії програми ВООЗ «WHONET».

– Апарат-специфічні протоколи дезінфекції та стерилізації найбільш поширеного в службі АІТ наркозно-дихального обладнання (в Україні це «БРИЗ», «LEON» і «CARINA»).

1.2. Інструменти віддаленої перспективи:

– Посада медичної сестри з інфекційного контролю та стерилізації апаратури в штатному розкладі відділень АІТ/ІТ.

– Система утилізації голок та інших колючих і ріжучих предметів відповідно до міжнародних стандартів (у спеціальних контейнерах для спалювання в муфельних печах).

– Модернізовані бактеріологічні лабораторії та безперебійне їх забезпечення сучасними витратними матеріалами.

– Оновлені ДБН (Державні Будівельні Норми) України зі зміненими вимогами до дизайну та інженерно-технічного забезпечення відділень АІТ, що передбачають створення палат-ізоляторів з негативним атмосферним тиском всередині для пацієнтів з небезпечними повітряно-крапельними інфекціями.

2. Модуль хірургічної безпеки.

2.1. Інструменти близької перспективи:

– Адаптовані версії чек-листів ВООЗ з безпеки хірургічного втручання («WHO Surgical Safety Checklist») і пологів («WHO Safe Childbirth Checklist») та з надання медичної допомоги при політравмі («WHO Trauma Care Checklist»).

– Адаптовані версії 20 чек-листів Європейського Товариства Анестезіологів з менеджменту найбільш розповсюджених невідкладних станів в анестезіології.

– Адаптовані версії 3 протоколів Європейського Товариства Анестезіологів з цільової періопераційної інфузійної терапії.

2.2. Інструменти віддаленої перспективи:

– Мінімальні стандарти інтра- і післяопераційного моніторингу пацієнтів згідно з рекомендаціями Всесвітньої Федерації Товариств Анестезіологів і Європейської Ради Анестезіології та відповідна матеріально-технічна база.

– Дорожня карта (план) подальшого розвитку інгаляційної анестезії, що включає програму дооснащення наявних наркозних апаратів мультигазовими аналізаторами та BIS-моніторами, збільшення обсягу «Субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарських засобів для інгаляційної анестезії» (бюджетна програма КПКВК ДБ 2311160) і технологічний протокол проведення інгаляційної анестезії севофлураном у низькопоточковому режимі.

– Оновлені ДБН (Державні Будівельні Норми) України зі зміненими вимогами до дизайну та інженерно-

технічного забезпечення відділень АІТ, що передбачають впровадження інноваційних для України «Палат післянаркозного спостереження за пацієнтами».

Результати дослідження та їх обговорення

I. З точки зору системи охорони здоров'я України в цілому, загальнонаціональний план дій з БП є генеральним планом моделі Pineault-Daveluy на галузевому рівні.

Наше ідеалізоване бачення (*Vision*) вітчизняної системи охорони здоров'я після успішного впровадження усіх його положень у життя – це ідеально безпечне медичне середовище, в якому:

– жоден пацієнт не зазнає жодної не оправданої, потенційно відвотної шкоди в процесі надання йому медичної допомоги та інших послуг;

– весь медичний та допоміжний персонал надійно захищений від потенційних загроз, що походять від специфіки його професійної діяльності;

– заклади охорони здоров'я досягли оптимального балансу між затратами та вигодами, отриманими від впровадження заходів з БП та персоналу;

– суспільство абсолютно довіряє національній системі охорони здоров'я з точки зору її безпечності для своїх громадян.

Фундаментальна місія (*Mission*) держави, що реалізується через загальнонаціональний план, – це створення максимально сприятливих законодавчих, нормативно-правових, інфраструктурних, матеріально-технічних, кадрових, організаційних та інших передумов для забезпечення найвищого рівня безпеки для усіх учасників (об'єктів та суб'єктів) процесу надання медичної допомоги.

Вертикаль перспективи (або горизонт) загальнонаціонального плану може бути представлена так:

– *Надмета (Supergoal)* – підвищення рівня БП і персоналу в системі охорони здоров'я України до рівня найкращих світових стандартів.

– *Мета (Goal)* – зменшення кількості інцидентів з БП та персоналу шляхом впровадження в діяльність вітчизняної системи охорони здоров'я науково обґрунтованих безпекових інструментів та реалізації інших релевантних ініціатив.

– *Загальні завдання (Objectives)*: 1) підвищення рівня інфекційної безпеки; 2) підвищення рівня хірургічної безпеки; 3) підвищення рівня фармацевтичної безпеки; 4) підвищення рівня інфраструктурної безпеки.

II. З точки зору системи анестезіологічної допомоги, запропонований нами стратегічний план дій з БП у службі АІТ України в контексті мети даної роботи також слід вважати генеральним планом моделі Pineault-Daveluy, і в цьому аспекті він є інтервенцією, спрямованою на практичну реалізацію місії держави у сфері БП на рівні окремої спеціальності.

Алгоритм практичного втілення в життя модуля інфекційної безпеки, що витікає з наведеної вище імплементаційної моделі, може виглядати так:

- *Надмета* – підвищення рівня БП і персоналу у службі АІТ України до рівня найкращих світових стандартів.

- *Мета* – зменшення кількості інцидентів в області інфекційної БП і персоналу у службі АІТ України.

- *Загальне завдання* – галузева програма «Контроль над нозокоміальними інфекціями у службі АІТ України».

- *Конкретні завдання – проекти:*

- «Гігієна рук у службі АІТ України».
- «Профілактика нозокоміальних інфекцій у службі АІТ України».

- «Мікробіологічний моніторинг та аналіз антибіотикорезистентності у службі АІТ України».

- «Стерилізація наркозно-дихальної апаратури у службі АІТ України».

- «Утилізація колючо-ріжучого інструментарію у службі АІТ України».

- «Нормативно-правове регулювання інфекційної безпеки у службі АІТ України».

Алгоритм впровадження модуля хірургічної безпеки у форматі тієї ж імплементаційної моделі може бути представлений так:

- *Надмета* – підвищення рівня БП і персоналу у службі АІТ України.

- *Мета* – зменшення кількості медичних помилок і ятрогенних ускладнень при проведенні хірургічних утручань з анестезіологічною допомогою.

- *Загальне завдання* – галузева програма «Хірургічна безпека в закладах охорони здоров'я України».

- *Конкретні завдання – проекти:*

- «Впровадження у службі АІТ України чек-листів ВООЗ з безпеки хірургічного втручання і пологів».

- «Впровадження у службі АІТ України чек-листа ВООЗ з надання медичної допомоги при політравмі».

- «Впровадження у службі АІТ України чек-листів Європейського Товариства Анестезіологів з менеджменту найбільш розповсюджених невідкладних станів в анестезіології».

- «Впровадження у службі АІТ України протоколів Європейського Товариства Анестезіологів з цільової периопераційної інфузійної терапії».

- «Впровадження у службі АІТ України мінімальних стандартів периопераційного моніторингу пацієнтів у службі АІТ України».

- «Подальший розвиток інгаляційної анестезії в Україні».

- «Впровадження у службі АІТ України палат післянаркозного спостереження за пацієнтами».

Висновки

У теорії, розробка всеохоплюючого плану з БК та його повна реалізація повинні наблизити нас до ідеалізованого бачення домену БП у майбутній системі охорони здоров'я – створення ідеально безпечного медичного середовища, в якому усі об'єкти і суб'єкти процесу надання медичної допомоги надійно захищені від його потенційних загроз. На практиці, однак, розвиток медичної науки створюватиме нові виклики БП та персоналу, а тому процес вдосконалення системи охорони здоров'я в аспекті БП є настільки ж безкінечним, як і прогрес медицини. Наведена в роботі прикладна модель дозволяє полегшити завдання реалізації на практиці положень стратегічного плану дій з БП у службі АІТ України через нескладний 5-рівневий імплементаційний алгоритм.

Література

1. Зелена книга Національного плану дій з безпеки пацієнтів та матеріали Першого національного конгресу з безпеки пацієнтів. – Київ, 2012. – 300 с.
2. Федосюк Р. М. Основні пріоритети служби анестезіології та інтенсивної терапії України у сфері безпеки пацієнтів / Р. М. Федосюк // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 110–117.
3. Федосюк Р. М. Пропозиції до національного плану дій з безпеки пацієнтів (проект) [Електронний ресурс] / Р. М. Федосюк. – Режим доступу : http://anaesthesiaconference.kiev.ua/materials_2014/0006_R.M.Fedosyuk.pdf. – Назва з екрана.
4. Федосюк Р. Н. Стратегический план действий по безопасности пациентов для службы анестезиологии и интенсивной терапии Украины: основные модули и их компоненты / Р. Н. Федосюк // Wiadomości Lekarskie. – 2017. – Т. LXX, № 3 (I). – С. 474–479.
5. Council of Europe. Action Plan for Ukraine 2011-2014 [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.coe.kiev.ua/uk/DPAInf\(2011\)17E%20Action%20Plan%20Ukraine.pdf](http://www.coe.kiev.ua/uk/DPAInf(2011)17E%20Action%20Plan%20Ukraine.pdf). – Title from screen.
6. Council of Europe. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care [Electronic resource]. – Access mode : https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805ae8b5. – Title from screen.

7. *European charter of patients' rights* [Electronic resource]. – Access mode : http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf. – Title from screen.
8. *Fifty-fifth World Health Assembly Resolution WHA 55.18 «Quality of care: patient safety»* [Electronic resource]. – Access mode : http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf?ua=1. – Title from screen.
9. *Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C: National Academy Press; 2001 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>. – Title from screen.
10. *London Declaration. Patients for Patients Safety* [Electronic resource]. – Access mode : http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/London_Declaration_EN.pdf. – Title from screen.
11. *Luxembourg Declaration on Patient Safety* [Electronic resource]. – Access mode : http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf. – Title from screen.
12. *Mellin-Olsen J. The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology* / J. Mellin-Olsen, S. Staender, D. Whitaker [et al] // *Eur. J. Anaesthesiol.* – 2010. – Vol. 27, № 7. – P. 592–597.
13. *Moreno R. P. Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna* / R. P. Moreno, A. Rhodes, Y. Donchin // *Intensive Care Med.* – 2009. – Vol. 35, № 10. – P. 1667–1672.
14. *Pineault R., Daveluy C. La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies* / Agences d'Arc Inc. Edition. – Paris, 1986. – 480 p.
15. *SIMPATIE-project: Safety Improvement for Patients In Europe* [Electronic resource]. – Access mode : <http://home.versatel.nl/nws.vander.hoeff/pdf/simpatie.pdf>. – Title from screen.
16. *The Launch of the World Alliance for Patient Safety* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/patientsafety/launch/en>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 06.10.2017 р.

Обоснование модели имплементации стратегического плана действий по безопасности пациентов в службе анестезиологии и интенсивной терапии Украины

Р.Н. Федосюк

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

Цель – обосновать модель имплементации стратегического плана действий по безопасности пациентов в службе анестезиологии и интенсивной терапии Украины и представить развернутые варианты ее практического применения на примере модулей инфекционной и хирургической безопасности.

Материалы и методы. В основу имплементационной модели положена общая парадигма планирования в здравоохранении, предложенная канадскими учеными R. Pineault и С. Daveluy (1986 г.) и предполагающая компоновку любого плана на матрице из 3 горизонтально расположенных категорий (Перспектива-Интервенция-Подход), каждая из которых имеет 5-уровневую вертикальную иерархию подкатегорий: I – миссия-политика-законодательство, II – цель-генплан-стратегия, III – общая задача-программа-тактика, IV – конкретная задача-проект-тактика, V –

операционная задача-операционная деятельность-операционный подход. Прикладное значение модели продемонстрировано на примере модулей инфекционной и хирургической безопасности.

Результаты. Предложена прикладная модель имплементации плана действий по безопасности пациентов для службы анестезиологии и интенсивной терапии Украины, в которой план автора определен генеральным планом. Приведена релевантная к специальности характеристика основных категорий и подкатегорий модели. На примере модулей инфекционной и хирургической безопасности продемонстрированы возможные механизмы имплементации всех внутримодульных компонентов плана через программы и проекты.

Выводы. Приведенная в работе модель позволяет решить задачу реализации на практике положений стратегического плана действий по безопасности пациентов в службе анестезиологии и интенсивной терапии Украины через несложный 5-уровневый имплементационный алгоритм.

Ключевые слова: безопасность пациента, служба анестезиологии и интенсивной терапии, план действий, имплементация, модель.

**Substantiation of the implementation model
for the strategic patient safety action plan in
the anesthesiology and intensive care service of Ukraine**

R.M. Fedosiuk

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

Purpose – to substantiate the implementation model for the strategic patient safety action plan in the anesthesiology and intensive care service of Ukraine and present detailed versions of its practical application on the example of the infectious and surgical safety modules.

Materials and methods. The implementation model is based on the general paradigm of planning in healthcare proposed by Canadian scientists R. Pineault і C. Daveluy (1986) that assumes the layout of any plan on a matrix of 3 horizontally arranged categories (Perspective-Intervention-Approach), each of which has a 5-level vertical hierarchy of subcategories: I – mission-policy-legislation, II – goal-general plan-strategy, III – general objective-program-tactics, IV –

specific objective-project-tactics, V – operational task-operational activity-operational approach. Applied value of the model is demonstrated on the example of modules of infectious and surgical safety.

Results. An applied implementation model for the patient safety action plan in the anesthesiology and intensive care service of Ukraine, in which the author's plan is defined as the general plan, is proposed. The relevant characteristics of the main categories and subcategories of the model are given. Possible mechanisms for implementing all the intra-modular components of the plan through programs and projects are demonstrated on the example of infectious and surgical safety modules.

Conclusions. The model allows to solve the problem of practical implementation of the provisions of the strategic patient safety action plan in the anesthesiology and intensive care service of Ukraine through a simple 5-level implementation algorithm.

Key words: patient safety, service of anesthesiology and intensive care, action plan, implementation, model.

Відомості про автора

Федосюк Роман Миколайович – к.мед.н., доц., пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; завідувач відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії Київської міської клінічної лікарні № 3; вул. Петра Запорожця, 26, м. Київ, 02125, Україна.

УДК 614.25:616-082:316.614

О.В. Короткий

Вивчення поінформованості лікаря первинної ланки відносно якості надання медичної допомоги, дослідження його комунікацій з іншими об'єктами сфери охорони здоров'я (за даними соціологічного дослідження)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета – вивчити поінформованість лікаря первинної медичної допомоги щодо якості надання медичної допомоги; дослідити шляхи взаємодії, комунікації та зворотний зв'язок з іншими об'єктами у сфері охорони здоров'я; визначити ступінь задоволеності лікаря первинної медичної допомоги існуючою організацією роботи.

Матеріали та методи. Використано розроблену нами анкету, дані проаналізовано методами описової статистики.

Результати. Встановлено, що рівень поінформованості лікаря первинної медичної допомоги стосовно безперервного підвищення якості надання медичної допомоги є низьким. Досліджено, що більшість таких лікарів не мають будь-яких комунікативних зв'язків з іншими службами у сфері охорони здоров'я. Визначено, що більшість лікарів первинної ланки не задоволені існуючою моделлю їх діяльності.

Висновки. Результати даного дослідження можуть бути застосовані при розробці моделі діяльності первинної медичної допомоги.

Ключові слова: первинна медична допомога, комунікативні зв'язки, задоволеність, якість медичної допомоги.

Вступ

«Хто володіє інформацією, той володіє світом», – фраза, сказана Натаном Ротшильдом і згодом популяризована сером Вінстоном Черчиллем, як ніколи може бути застосована до сучасної медичної спільноти. Дійсно, протягом останніх десятиліть медична наука продовжує стрімко розвиватись, постійно створюючи нові методи діагностики та лікування захворювань, які ще нещодавно вважались невиліковними, надаючи пацієнтам можливість та надію на продовження повноцінного життя та творчої діяльності.

Велике значення в оволодінні новим має сучасна медична інформація, яка надається, наприклад, Кокранівським співробітництвом відповідно до медичних стандартів та науково обґрунтованих методів оцінки медичних технологій, способів лікування, доведеної дії лікарських засобів, що відповідають критеріям доказової медицини.

Сучасні реалії, створені тотальною інформатизацією повсякденного життя, відкривають нові можливості у лікарів первинної медичної допомоги при спілкуванні, пошуку, доступі та обміну медичною інформацією. Саме в цьому нами вбачається один із важливих способів отримання безперервної післядипломної освіти сучасним лікарем.

Тому вивченню можливостей отримання та використання сучасної медичної інформації, заснованої на критеріях доказової медицини, а також комунікативних можливостей лікаря первинної медичної допомоги з іншими об'єктами у сфері охорони здоров'я

під час реформування галузі присвячене дане дослідження.

Мета роботи – вивчити поінформованість лікаря первинної медичної допомоги відносно якості надання медичної допомоги, дослідити шляхи взаємодії, комунікації та зворотній зв'язок з іншими об'єктами в сфері охорони здоров'я, визначити задоволеність лікаря первинної медичної допомоги існуючою організацією роботи.

Матеріали та методи

Нами із застосуванням анкетно-опитувального методу проведено описове одномоментне (cross-sectional) соціально-гігієнічне дослідження [1].

Нами розроблено анкету, яку запропоновано для заповнення лікарями первинної медичної допомоги (лікарями загальної практики – сімейними лікарями (ЛЗПСЛ), лікарями-терапевтами дільничними та лікарями-педіатрами дільничними). Усього в дослідженні взяло участь 150 лікарів первинної ланки. 5 анкет визнані недійсними, що становить 3,3%.

Результати дослідження та їх обговорення

Сучасна медична інформація та стандартизація медичної допомоги в діяльності лікаря первинної ланки

Для вивчення рівня доступу до сучасної медичної інформації та її використання лікарям первинної ланки було запропоновано відповісти на наступні питання: «Вкажіть Ваш рівень навичок роботи на персональному

комп'ютері (ПК)», «Які мови Ви використовуєте для пошуку інформації», «З якою з наведених баз даних, заснованих на «evidence based medicine» Ви маєте досвід користування», «Які стандарти медичної допомоги Ви використовуєте у повсякденній практиці». Після аналізу анкет нами отримані наступні результати.

Для визначення рівня володіння ПК нами запропоновані 4 ступеня (I–IV) та 4 критерії (навички при роботі з MS Word, MS Excel, здатність приймати та відправляти електронні листи (E-mail) та користуватися мережею Internet). Чим більша кількість поєднань критеріїв користування, тим більший рівень володіння ПК (рис. 1, табл. 1).

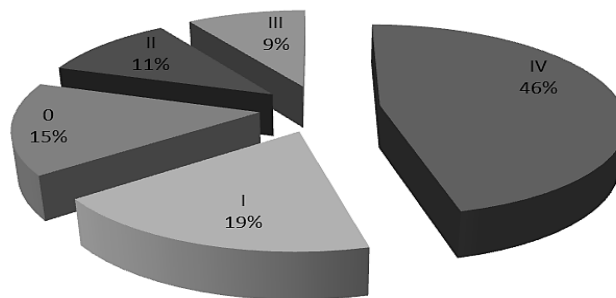


Рис. 1. Рівень володіння персональним комп'ютером серед лікарів первинної медичної допомоги (%)

Таблиця 1

Рівень володіння персональним комп'ютером серед лікарів первинної медичної допомоги

Навички (критерії)	0 (0%)		I (25%)		II (50%)		III (75%)		IV (100%)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не працюю	23	15,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
MS Word (W)	0	0,00	15	25,86	0	0,00	0	0,00	0	0,00
MS Excel (E)	0	0,00	2	3,45	0	0,00	0	0,00	0	0,00
E-mail (@)	0	0,00	3	5,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Internet (I)	0	0,00	8	13,79	0	0,00	0	0,00	0	0,00
W+E	0	0,00	0	0,00	2	3,45	0	0,00	0	0,00
W+@	0	0,00	0	0,00	3	5,17	0	0,00	0	0,00
W+I	0	0,00	0	0,00	5	8,62	0	0,00	0	0,00
E+@	0	0,00	0	0,00	1	1,72	0	0,00	0	0,00
E+I	0	0,00	0	0,00	4	6,90	0	0,00	0	0,00
I+@	0	0,00	0	0,00	1	1,72	0	0,00	0	0,00
W+E+@	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	3,45	0	0,00
W+E+I	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	3,45	0	0,00
W+@+I	0	0,00	0	0,00	0	0,00	10	17,24	0	0,00
E+@+I	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
W+E+@+I	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	69	46,00
Усього	23	15,33	28	18,67	16	10,67	14	9,33	69	46,00

Установлено, що 46% респондентів володіють навичками роботи на ПК на досить високому рівні, 39% разом мають I, II або III рівень володіння ПК та лише 15% лікарів повністю не працюють на ПК.

Для визначення мовного рівня пошуку інформації лікарями нами запропоновані 4 ступеня (I–IV) та 4 мови пошуку (українська (У), російська (Р), англійська (А) та інша (І)). Чим більша кількість поєднань мов пошуку, тим більший рівень мовного пошуку інформації (рис. 2, табл. 2).

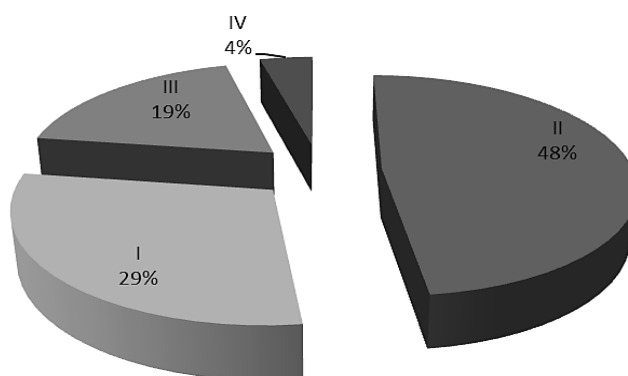


Рис. 2. Структура мовного рівня пошуку інформації лікарями первинної медичної допомоги (%)

Таблиця 2

Мовний рівень пошуку інформації лікарями первинної медичної допомоги

Мови пошуку інформації	I (25%)		II (50%)		III (75%)		IV (100%)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Українська (У)	35	23,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Російська (Р)	9	6,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Англійська (А)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Інша (І)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
У+Р	0	0,00	67	44,67	0	0,00	0	0,00
У+А	0	0,00	5	3,33	0	0,00	0	0,00
У+І	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Р+А	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Р+І	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
У+Р+А	0	0,00	0	0,00	27	18,00	0	0,00
У+Р+І	0	0,00	0	0,00	1	0,67	0	0,00
Р+А+І	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
У+Р+А+І	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	4,00
Усього	44	29,33	72	48,00	28	18,67	6	4,00

Встановлено, що 48% респондентів при здійсненні пошуку медичної інформації застосовують 2 мови (переважно українську та російську), 29% – лише одну мову (українську чи російську), лише 19% володіють трьома мовами пошуку (українською, російською, англійською) та 4% лікарів вказали на використання чотирьох мов пошуку.

Для вивчення рівня доступу до світових баз даних запропоновані 4 ступені (I–IV) та відомі світові бази даних, а саме: Cochrane Collaboration (CC), MEDLINE (M), NICE (N), SIGN (S), BMJ. Чим більша кількість поєднань світових баз даних використовується лікарем, тим більший рівень доступу до медичної інформації (табл. 3, рис. 3).

Таблиця 3

Рівень доступу лікарів первинної медичної допомоги до світової медичної інформації

Назва бази даних	0 (0%)		I (20%)		II (40%)		III (60%)		IV (80%)		V (100%)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не користуюсь	117	78,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cochrane Collaboration (CC)	0	0,00	6	4,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
MEDLINE (M)	0	0,00	10	6,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NICE (N)	0	0,00	2	1,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SIGN (S)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
BMJ	0	0,00	3	2,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
CC+M	0	0,00	0	0,00	3	2,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
CC+N	0	0,00	0	0,00	1	0,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00
CC+S	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
CC+BMG	0	0,00	0	0,00	1	0,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00
M+N	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
M+S	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
M+BMG	0	0,00	0	0,00	1	0,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00
N+S	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
N+BMG	0	0,00	0	0,00	1	0,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00
S+BMG	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
CC+M+N	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
CC+N+S	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
CC+S+BMG	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
CC+M+S	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,67	0	0,00	0	0,00
CC+M+BMG	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,67	0	0,00	0	0,00
CC+M+N+S	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,33	0	0,00
CC+M+N+S+BMG	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,67
Усього	117	78,00	21	14,00	7	4,67	2	1,33	2	1,33	1	0,67

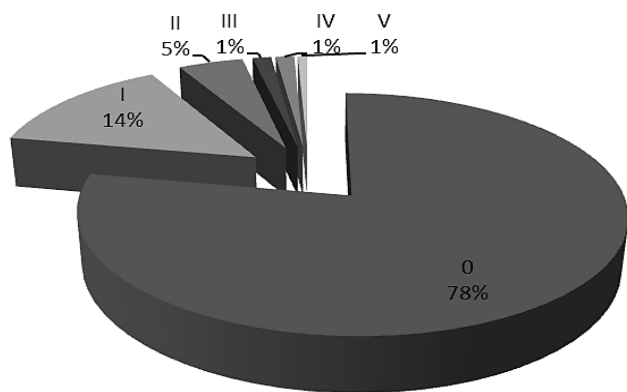


Рис. 3. Рівень доступу лікарів первинної медичної допомоги до медичної інформації (%)

Установлено, що 78% лікарів не користуються та не мають доступу до жодної світової бази даних, 14% респондентів користуються однією з перелічених, 5% – двома, 1% – трьома та 1% – чотирма світовими базами даних.

Для визначення рівня стандартизації медичної допомоги нами запропоновані 4 ступеня (0–III) та галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я (табелі матеріально-технічного оснащення (Т), локальний формуляр лікарських засобів (ЛФ), локальні протоколи медичної допомоги (ЛП)) [2, 3]. Чим більша кількість поєднань галузевих стандартів використовується, тим більший рівень стандартизації (табл. 4, рис. 4).

Таблиця 4

Рівень стандартизації меддопомоги в центрах первинної медичної допомоги

Галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я	0 (0%)		I (33,3%)		II (66,6%)		III (100%)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не використовую	4	2,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Табель матеріально-технічного оснащення (Т)	0	0,00	3	2,00	0	0,00	0	0,00
Локальний формуляр лікарських засобів (ЛФ)	0	0,00	3	2,00	0	0,00	0	0,00
Локальні протоколи медичної допомоги (ЛП)	0	0,00	33	22,00	0	0,00	0	0,00
Т+ЛФ	0	0,00	0	0,00	1	0,67	0	0,00
Т+ЛП	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Ф+ЛП	0	0,00	0	0,00	27	18,00	0	0,00
Т+ЛФ+ЛП	0	0,00	0	0,00	0	0,00	79	52,67
Усього	4	2,67	39	26,00	28	18,67	79	52,67

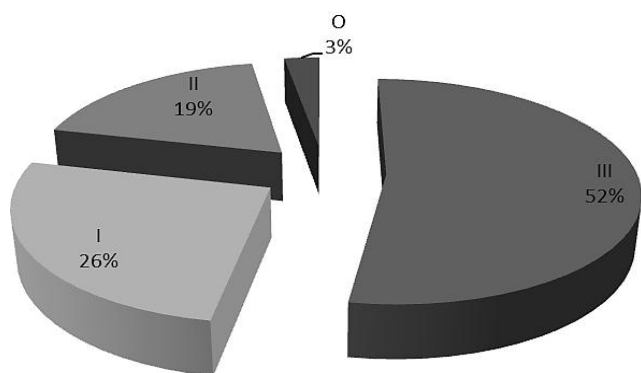


Рис. 4. Рівень стандартизації меддопомоги в центрах первинної медичної допомоги (%)

Установлено, що тільки в 52% випадків у центрах ПМД лікарями використовуються у своїй повсякденній діяльності всі 3 галузеві стандарти, у 26% випадків – 1 галузевий стандарт, у 19% випадків – 2 галузевих стандарти, у 3% випадків – жодного галузевого стандарту.

Шляхи взаємодії, рівні комунікації та зворотний зв'язок лікарів первинної ланки з іншими об'єктами в системі охорони здоров'я, задоволеність лікарів первинної медичної допомоги існуючою моделлю діяльності (організацією роботи)

Для вивчення рівня комунікацій центру ПМД з іншими об'єктами у сфері охорони здоров'я, задоволеністю своєю діяльністю лікарям первинної ланки було запропоновано відповісти на наступні питання: «Чи налагоджені у Вас зворотні зв'язки із службами Екстреної (Невідкладної) (ЕМД) медичної допомоги», «Чи налагоджені у Вас комунікативні зв'язки із лікарями-спеціалістами та службами Консультативно-діагностичного центру (КДЦ)», «Чи налагоджені у Вас комунікативні зв'язки із службами системи Громадського здоров'я (ГЗ)», «Чи задоволені Ви наявною організацією роботи (моделлю діяльності) лікаря первинної медичної допомоги в Центрі ПМД».

Нами представлені результати проведеного аналізу даних анкет стосовно комунікацій Центрів ПМД з іншими об'єктами у сфері охорони здоров'я, а саме: службою екстреної (невідкладної) медичної допомоги (табл. 5), лікарями-спеціалістами та службами КДЦ (табл. 6), системою ГЗ (табл. 7).

Таблиця 5

Комунікації центру первинної медичної допомоги зі службою Е(Н)МД медичної допомоги

Комунікативні зв'язки	Відсутні		Наявні	
	абс.	%	абс.	%
1. Із службою Е(Н)МД				
1.1. Відсутні	108	72,00		
1.2. Невідомі	5	3,33		
1.3.1. Активні виклики			28	18,67
1.3.2. Повідомлення про госпіталізацію			8	5,33
1.3.3. Особисті зв'язки			1	0,67
Усього	113	75,33	37	24,67

Встановлено, що 75,33% лікарів первинної ланки не мають будь-яких комунікативних зв'язків зі службою Е(Н)МД та лише 24,67% респондентів визнають їх наявність, а саме: активних викликів, повідомлень про госпіталізацію та особистих зв'язків.

Установлено, що 78% лікарів первинної ланки не мають будь-яких комунікативних зв'язків із лікарями-спеціалістами та службами КДЦ й лише 22% респондентів визнають їх наявність, а саме: отримання

консультативних висновків спеціалістів (ф. №28/о), консультацій по телефону, сумісних прийомів та особистих зв'язків.

Установлено, що 98% лікарів первинної ланки не мають будь-яких комунікативних зв'язків із системою ГЗ й лише 2% респондентів визнають їх наявність, а саме: надання екстрених повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння (ф. 058/о).

Таблиця 6

Комунікації центру первинної медичної допомоги з лікарями-спеціалістами та службами КДЦ

Комунікативні зв'язки	Відсутні		Наявні	
	абс.	%	абс.	%
2. З лікарями-спеціалістами та службами КДЦ				
2.1. Відсутні	111	74,00		
2.2. Невідомі	6	4,00		
2.3.1. Консультаційні висновки			21	14,00
2.3.2. Консультації по телефону			9	6,00
2.3.3. Сумісні прийоми			1	0,67
2.3.4. Особисті зв'язки			2	1,33
Усього	117	78,00	33	22,00

Таблиця 7

Комунікації центру первинної медичної допомоги із системою громадського здоров'я

Комунікативні зв'язки	Відсутні		Наявні	
	абс.	%	абс.	%
3. З системою громадського здоров'я (ГЗ)				
3.1. Відсутні	113	75,33		
3.2. Невідомі	34	22,67		
1.1. З реорганізованими службами СЕС (надання екстрених повідомлень)			3	2,00
Усього	147	98,00	3	2,00

Таблиця 8

Рівні комунікацій центру первинної медичної допомоги з різними об'єктами у сфері охорони здоров'я

Показник	Комунікації центру ПМД з однією службою (ПМД+ЕМД, ПМД+КДЦ, ПМД+ГЗ) – I рівень	Комунікації центру ПМД з двома службами ПМД+ЕМД+КДЦ, ПМД+КДЦ+ГЗ, ПМД+ЕМД+ГЗ) – II рівень	Комунікації центру ПМД з трьома службами (ПМД+ЕМД+КДЦ+ГЗ) – III рівень	Усього
Кількість комунікацій	24 (14;10;0)	20	3	47
Структура комунікацій за рівнями, %	51,06	42,55	6,38	100,00
Доля комунікативних зв'язків серед загальної кількості опитаних лікарів первинної ланки, %	16,00	13,33	2,00	31,33

Установлено, що із 47 виявлених комунікативних зв'язків 51% (I рівень) припадає на якусь одну службу з трьох досліджуваних, 43% (II рівень) – на дві служби, 6% (III рівень) – на три досліджувані служби (рис. 5).

Серед 150 опитаних лікарів 69% заперечують наявність комунікацій з будь-якою досліджуваною службою, 16% визнають наявність комунікативних зв'язків з однією службою, 13% – з двома службами, лише 2% – одразу з трьома службами (рис. 6).

Задоволеність лікарів первинної ланки існуючою моделлю діяльності за даними нашого дослідження становить 37,33%, незадоволеність – 45,33%, не змогли відповісти 17,33% респондентів (рис. 7).

Деякими лікарями в анкетах були надані пропозиції, які б на їх думку покращили задоволеність існуючою організацією роботи (табл. 9). Провідними тезами є скасування викликів лікаря пацієнтами додому (31,15%), запровадження електронізації в сфері охорони здоров'я (22,95%), налагодження комунікацій з іншими службами (8,2%), збільшення часу на спілкування з пацієнтом (8,2%), підвищення заробітної плати (8,2%) [4].

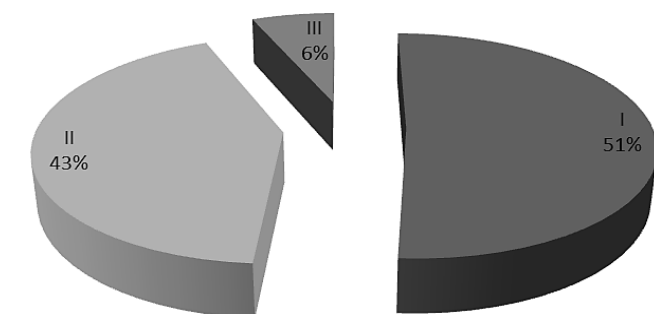
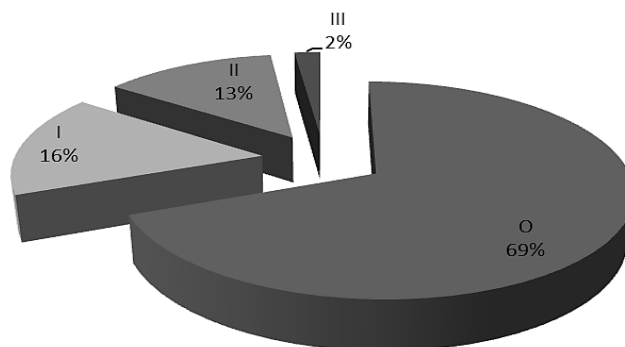


Рис. 5. Структура комунікативних зв'язків центру первинної медичної допомоги (%)

Рис. 6. Доля комунікативних зв'язків серед загальної кількості опитаних лікарів первинної медичної допомоги (%)

Рис. 7. Задоволеність/незадоволеність лікарів первинної медичної допомоги існуючою моделлю діяльності (%)

Таблиця 9

Пропозиції лікарів первинної медичної допомоги щодо поліпшення роботи

Пропозиції	Кількість	Структура, %
1. Збільшення кількості реальних сімейних лікарів	1	1,64
2. Покращення матеріально-технічної бази (у т.ч. оснащеності АРМами)	4	6,56
3. Запровадження електронізації в системі охорони здоров'я (E-Health)	14	22,95
4. Збільшення часу на огляд та спілкування з пацієнтом	5	8,20
5. Організація тренінгів по роботі з ПК	1	1,64
6. Скасування викликів лікаря пацієнтами	19	31,15
7. Забезпечення пільгового проїзду у громадському транспорті	1	1,64
8. Налагодження комунікацій з іншими службами	5	8,20
9. Покращення доступності до інструментальних досліджень	2	3,28
10. Підвищення заробітної плати	5	8,20
11. Запровадження юридичного захисту медичних працівників та покращення їх юридичної обізнаності	4	6,56
Усього	61	100,00

Висновки

Встановлено, що рівень поінформованості лікаря ПМД стосовно безперервного підвищення якості надання медичної допомоги знаходиться на низькому рівні (володіння ПК на рівні 46%, знання англійської мови на рівні 19%, не мають доступу до світових баз даних 78% лікарів, рівень стандартизації медичної допомоги в центрах ПМД становить 52%).

Встановлено, що 75,33% лікарів первинної ланки не мають будь-яких комунікативних зв'язків із службою Е(Н)МД, 78% – не мають будь-яких комунікативних зв'язків із лікарями-спеціалістами та службами КДЦ, 98% – не мають будь-яких комунікативних зв'язків із системою ГЗ. Серед 150 опитаних лікарів 69% заперечують наявність комунікацій з будь-якою досліджуваною службою.

Задоволеність лікарів первинної ланки існуючою моделлю діяльності за даними нашого дослідження становить 37,33%, незадоволеність – 45,33%, не змогли відповісти 17,33% респондентів.

Виявлений низький рівень інформатизації лікарів первинної ланки, практична відсутність налагоджених комунікативних зв'язків з іншими об'єктами у сфері охорони здоров'я є одними з факторів, що призводять до низької задоволеності практичних лікарів первинної медичної допомоги існуючою організацією роботи та спонукають до пошуку та розробки нової оптимальної моделі діяльності.

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні вивчення порушеної в статті проблеми.

Література

1. *Тавакін Е. П.* Основи методики соціологічного дослідження : учебное пособие / Е. П. Тавакін. – Москва : ИНФРА-М, 2009. – 239 с.
2. *Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751: наказ МОЗ України від 29.12.2016 р. № 1422 [Електронний документ].* – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20161229_1422.html. – Назва з екрана.
3. *Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України : наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 [Електронний документ].* – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120928_751.html. – Назва з екрана.
4. *Фактори впливу на задоволеність медичних працівників роботою в закладі охорони здоров'я / Т. А. Вежновець, В. Д. Парій, І. І. Вишнівецький, М. В. Москаленко // Wiadomosci Lekarskie.* – 2017. – № 3. – Р. 443–448.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.10.2017 р.

Изучение осведомленности врачей первичной медицинской помощи в отношении качества предоставления медицинской помощи, исследование путей взаимодействия, коммуникаций и обратной связи с другими объектами сферы здравоохранения (по данным социологического исследования)

А.В. Короткий

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель – изучить осведомленность врача первичной медицинской помощи относительно качества оказания медицинской помощи; исследовать пути взаимодействия, коммуникации и обратную связь с другими объектами и службами в сфере здравоохранения; определить удовлетворенность врача первичной медицинской помощи существующей организацией работы.

Материалы и методы. Использована разработанная нами анкета, данные проанализированы методами дескриптивной статистики.

Результаты. Установлено, что уровень осведомленности врача первичной медицинской помощи относительно непрерывного повышения качества оказания медицинской помощи является низким. Исследовано, что большинство таких врачей не имеют каких-либо коммуникативных связей с другими службами в сфере здравоохранения. Определено, что большинство врачей первичного звена не довольны существующей моделью их деятельности.

Выводы. Результаты данного исследования могут быть применены при разработке модели деятельности первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: первичная медицинская помощь, коммуникативные связи, удовлетворенность, качество первичной медицинской помощи.

The investigation of ways of interaction, communications and feedback of primary health care physicians with other objects of the health care system and health services, determination of the satisfaction of primary health care physicians by the existing model of their activities (after data of sociological questionnaire)

O.V. Korotkiy

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Purpose – to study of knowledge primary health care physicians concerning continuous upgrading of health care system quality.

Materials and methods. Own questionnaire was used. The next scientific methods are used in this work: descriptive statistics.

Results. It has been established that the level of knowledge of the primary care provider regarding the continuous improvement of the quality of medical care provision is low. It has been investigated that most primary care physicians do not have any communicative links with other health services. It is determined that the majority of primary care physicians are not satisfied with the existing model of their activities.

Conclusions. The results of this study might be applied in the development of the model of primary health care activity.

Key words: primary health care, communications, satisfaction, quality of primary health care.

Відомості про автора

Короткий Олександр Володимирович – аспірант кафедри менеджменту охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; вул. Маршала Якубовського, 6, м. Київ, 03191, Україна.

УДК 614.2.001.73(1-22)(477.46)

М.В. Лобас

Стратегічні підходи до реформування системи охорони здоров'я сільського населення Черкаської області

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

Мета – розробити стратегічні підходи до реформування системи охорони здоров'я сільського населення Черкаської області.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження були дані галузевої статистичної звітності системи охорони здоров'я Черкаської області. Використано такі методи: статистичний, бібліосемантичний, описового моделювання, структурно-логічного аналізу.

Результати. Встановлено проблеми системи охорони здоров'я області, які носять організаційний характер, стосуються всіх рівнів і видів медичної допомоги. При існуючому стані системи охорони здоров'я потреби населення в медичній допомозі можуть бути задоволені частково.

Висновки. Для проведення ефективної реформи системи охорони здоров'я області слід розробити та прийняти цільову комплексну регіональну програму розвитку системи охорони здоров'я.

Ключові слова: система охорони здоров'я, стан, діяльність, аналіз, недоліки, проблеми, реформування, стратегічні підходи.

Вступ

Питання реформування системи охорони здоров'я є актуальним питанням сьогодення [1, 5]. Особливо гостро стоїть питання реформування сільської медицини, враховуючи її стан та низький рівень доступності медичної допомоги для мешканців села та низьку її якість [2–4].

Мета роботи – розробити стратегічні підходи до реформування системи охорони здоров'я сільського населення Черкаської області.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження були дані галузевої статистичної звітності системи охорони здоров'я Черкаської області. Використано такі методи: статистичний, бібліосемантичний, описового моделювання, структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Розробка стратегічних підходів до реформування системи охорони здоров'я сільського населення Черкаської області базувалась на даних аналізу галузевої статистичної звітності системи охорони здоров'я області та виявлених при цьому проблемах.

У ході проведеного аналізу були виявлені наступні проблеми в забезпеченні сільського населення області медичною допомогою.

Станом на 01.01.2016 р. в області функціонують 256 (2014 р. – 249) закладів охорони здоров'я та їх територіально відокремлених структурних підрозділів, з них 54 стаціонарні установи на 10 243 ліжка (2014 р. 53 –

10 508 ліжок), у т.ч. 20 центральних районних лікарень (ЦРЛ) на 3 874 ліжка (2014 р. – 3 966 ліжок), 1 районна лікарня (РЛ) на 55 ліжок (2014 р. – 1 на 55 ліжок), 6 дільничних лікарень (ДЛ) на 72 ліжка (2014 р. – 8 на 110 ліжок). Чисельність ліжок в області на кінець 2015 р. становить 10 243, показник забезпеченості складає 82,1 на 10 тис. населення (2014 р. – 10 508 – 84,2).

При цьому 36 фельдшерсько-акушерських пунктів – ФАПів (2014 р. – 35) обслуговують до 100 осіб. В той же час, як і в попередні роки, 46 ФАПів обслуговують понад 1000 населення.

Станом на 01.01.2016 р. в установах, підпорядкованих УОЗ ОДА, працювало 27 тис. 336 осіб, з них 15,3% складають лікарі, 41,3% – молодші спеціалісти з медичною освітою, 43,4% – інші працівники. Ситуація з кадровим забезпеченням закладів охорони здоров'я області залишається складною. Дефіцит лікарів у цілому по медичних установах складає 1 514 осіб. Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами закладів охорони здоров'я всіх типів на 01.01.2016 р. становила 73,4% та в сільській місцевості – 72,52%. Найнижчий рівень укомплектованості штатних посад лікарських спеціальностей наведено в табл. 1.

Нижче середньорайонного показника укомплектовані штатні посади лікарів у закладах охорони здоров'я Канівського (63,4%), Драбівського (64,2%), Христинівського (66,3%), Тальнівського (66,4%), Корсунь-Шевченківського (66,5%), Чигиринського (67,2%), Лисянського (70,0%), Чорнобаївського (70,6%) та Черкаського (70,9%) районів. При цьому 23 сімейні амбулаторії, які на початок року функціонували без лікарів лікувального профілю та у 30 ФАПів жодна штатна посада середнього медперсоналу не укомплектована основним працівником.

Таблиця 1
Найнижчий рівень укомплектованості штатних посад лікарських спеціальностей, %

Лікарська спеціальність	2014 р.	2015 р.
Лікарі з лікувальної фізкультури	27,6	37,7
Патологоанатоми	50,7	49,4
Фтизіатри	68,5	67,6
Інфекціоністи	66,3	68,0
Сімейні лікарі	66,3	68,2
Терапевти	69,6	68,2
Рентгенологи	70,4	69,1
Педіатри	72,6	71,0
Анестезіологи	72,6	71,2

Укомплектованість штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою складає 93,2%. Нижче середньорайонного показника укомплектовані штатні посади молодших спеціалістів з медичною освітою в закладах охорони здоров'я Тальнівського (77,9%), Корсунь-Шевченківського (83,7%), Канівського (84,2%), Смілянського (87,0%), Городищенського (87,1%), Драбівського (88,5%) та Шполянського (88,6%) районів.

При нестабільних показниках забезпеченості та укомплектованості медичними кадрами звертає на себе увагу кількість працюючих лікарів пенсійного віку. Питома вага осіб пенсійного віку серед лікарів у 2015 р. становила 31,0%, ще 12,0% лікарів – це особи передпенсійного віку (2014 р. – 32,6% та 13,5% відповідно). Частка працюючих осіб пенсійного віку серед молодших спеціалістів з медичною освітою дещо зменшилась і становить 12,4% (2014 р. – 13,9%).

У закладах охорони здоров'я області працює 80,0% лікарів та 69,7% молодших спеціалістів із медичною освітою, які атестовані з присвоєнням атестаційних категорій (2014 р. – 79,0% та 68,9% відповідно).

У 2015 р. бюджет галузі (загальний фонд + бюджет розвитку) склав 1 836,1 млн грн, у тому числі за рахунок коштів медичної субвенції – 1 519,5 млн грн, решта – за рахунок коштів місцевих бюджетів. У структурі розподілу бюджетних призначень (із профінансованих) у цілому по області на заробітну плату з нарахуваннями припадає 67,4% спрямованих на галузь коштів, у тому числі по містах і районах – 77,8%, на оплату енергоносіїв – у цілому 10,7%. Середня заробітна плата працівників галузі в 2015 р. зросла проти 2014 р. на 19,0% і склала на 1 штатну посаду 2761,0 грн, у тому числі – лікарів 4053,0 грн, фахівців із базовою та неповною вищою медичною освітою – 2823,35 грн, але рівень середньої заробітної плати за 2015 р. у цілому на одну штатну посаду складає 82,2% до середнього рівня по економіці області (360,0 грн).

Вартість одного ліжко-дня з медикаментозного забезпечення по області за 2015 р. склала 24,47 грн. На вторинному рівні надання медичної допомоги найнижчою вона була в м. Сміла (1,93 грн) та Христинівському районі (3,76 грн), а найбільшою – у Драбівському (21,53 грн), Городищенському (15,81 грн) та Уманському (14,45 грн) районах. Фінансування видатків на харчування хворих у закладах охорони здоров'я залишалось стабільно незадовільним. При нормативі на день близько 30,0 грн у міських лікарнях, ЦРЛ та ДЛ на харчування хворих витрачається в межах 4–5 грн, а в чотирьох районах та м.Сміла – менше 3 грн на 1 день (Жашківський район – 2,46 грн), (табл. 2).

Таблиця 2
Витрати на фінансування медикаментозного забезпечення та харчування пацієнтів з розрахунку на один ліжко-день, 2015 р., грн

Тип закладів охорони здоров'я	Медикаментозне забезпечення	Харчування
Міські заклади охорони здоров'я	9,52	5,01
ЦРЛ, РЛ та ДЛ	9,87	6,29
Обласні заклади охорони здоров'я	48,31	20,93
По області	24,47	11,56

Усі заклади охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги не мають оснащення, яке визначено Тателлями оснащення для закладів відповідного рівня. Потребує істотного покращення матеріально-технічна база амбулаторій загальної практики – сімейної медицини (АЗПСМ).

Так, за даними моніторингу розвитку первинної ланки в області станом на 01.01.2016 р. рівень оснащення АЗПСМ відповідно до діючого таблиця матеріально-технічного оснащення становить: до 30% – 61 амбулаторія, до 50% – 49, до 70% – 44, до 90% – 13. Повного оснащення не має жодна амбулаторія. На кінець звітної періоду у лікарських амбулаторіях

нараховується 187 автомобілів, що складає 31,9% від потреби (у тому числі 121 автомобіль в амбулаторіях центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), що складає 35,8% від потреби); відповідно до вимог таблиця матеріально-технічного оснащення необхідно придбати 399 автомобілів (у т.ч. 217 автомобілів для амбулаторій центрів ПМСД).

Далі представлено короткий аналіз за видами медичної допомоги.

Первинна медико-санітарна допомога на засадах загальної практики – сімейної медицини. За сімейним принципом обслуговується 74,8% (2014 р. – 72,6%) населення області, у тому числі сільського – 77,0%

(2014 р. – 74,5%), з них: дітей – 34,9% (2014 р. – 34,9%), у тому числі сільських – 56,6% (2014 р. – 58,5%). Показник забезпеченості лікарями загальної практики – сімейними лікарями – ЛЗП-СЛ (фізичними особами) на 10 тис. населення становить 3,07. Низький рівень показників забезпеченості населення ЛЗП-СЛ відмічаються у Лисянському (1,67), Катеринопільському (2,04), Тальнівському (2,30) районах та м. Сміла (1,48). Найкращі показники мають Христинівський (3,95), Уманський (3,94) та Маньківський (3,93) райони. Найнижчий відсоток укомплектованості штатних посад фізичними особами у закладах ЗПСМ зареєстровано у Драбівському (36,7%), Лисянському (38,1%), Тальнівському (39,5%), Чигиринському (48,3%) та Черкаському (55,0%) районах. Укомплектованість штатних посад медичних сестер ЗПСМ фізичними особами складає 93,5% (2014 р. – 92,1%). Співвідношення кількості штатних посад сімейних лікарів до молодших медичних спеціалістів ЗПСМ у 2015 р. складає 1:1,2; 2014 р. – 1:1,3 (норматив 1:2). Середня кількість прикріпленого населення на 1 штатну посаду ЛЗП-СЛ по області становить 1663 особи (2014 р. – 1734), у т.ч. навантаження на ЛЗП-СЛ у сільській місцевості – 1590 осіб (2014 р. – 1653), у міській місцевості – 1728 (2014 р. – 1805), що є вищим від нормативного (1200 – у сільській місцевості, 1500 – у міській місцевості).

Стационарна медична допомога. Область по рівню госпіталізації хворих у стаціонарні установи з показником 24,6 за 2014 р. знаходилась на 3-му місці в Україні (2008 р. – 2-ге місце, 2009–2012 рр. – 3-тє, 2013 р. – 2-ге), починаючи з найбільшого показника на 100 жителів (Україна 2014 р. – 19,98), то по кількості пролікованих в денних стаціонарах – на 5-му (Україна 2014р. – 601,0). Число пролікованих в стаціонарних умовах на 100 жителів значно перевищує середньорайонний показник у Смілянському (23,2), Уманському (19,9), Шполянському (19,6), Маньківському (19,6), Монастирищенському (19,5), Звенигородському (19,2), Городищенському (18,9), Тальнівському (18,8) районах. Показник госпіталізації сільських жителів коливається від 11,7 у Чигиринському до 20,7 в Смілянському районах при середньорайонному показнику 16,5, тобто до ЦРЛ госпіталізуються в основному хворі районних центрів, що підтверджує можливість подальшого розвитку стаціонарозамінних видів допомоги. Робота ліжка в цілому по області зменшилась і становить 331 (2014 р. – 332) день на рік, що нижче за нормативний рівень (340) на 2,6%. Середнє перебування хворих в стаціонарах залишається на оптимальних термінах – 11,1 дня (2014 р. – 11,0) (Україна, 2014 р. – 323 – 11,6).

Робота хірургічного ліжка по області в 2015 р. залишається низькою і складає 318 днів при показнику середнього перебування на ліжку – 8,97 (2014 р. – 319 та 8,95 відповідно). Показник хірургічної активності по області склав 50,3% (2014 р. – 50,6%). В той же час кількість хворих, які були госпіталізовані після 24 годин від початку захворювання, збільшилась і показник

задавненої госпіталізації в 2015 р. склав 38,4% проти 35,56% у 2014 р.

Звертає на себе увагу відсоток повторної госпіталізації хворих з одного і того ж діагнозу в термін до 30 днів, який складає по області 0,3% серед дітей та 0,4% серед дорослих. Значно більший відсоток повторно госпіталізованих в Черкаському – 1,44%, Жашківському – 1,36%, Лисянському – 1,34%, Христинівському районах – 1,08% від виписаних дорослих.

Екстрена медична допомога на догоспітальному етапі населенню області надається комунальною установою «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Черкаської обласної ради» (далі – Центр), до складу якого входять: 5 станцій швидкої медичної допомоги (ШМД) – філій Центру (Черкаська, Смілянська, Уманська, Звенигородська, Лівобережна); 16 підстанцій ШМД; 19 пунктів постійного базування бригад ШМД; 7 пунктів тимчасового базування бригад ШМД. Станом на 01.01.2016 р. у Центрі всього затверджено 1485 посад, у тому числі: 155,5 – лікарські посади; 695,75 – посади молодших спеціалістів з медичною освітою; 70,75 – посад молодшого медичного персоналу; 559,0 – посади іншого персоналу, з них – 468,75 посад водіїв ШМД.

У 2015 р. кількість штатних посад закладу збільшилась на 11,25 одиниць (7,0 – лікарських, 3,0 – молодших спеціалістів з медичною освітою, 1,25 – економістів), проте лікарями служба екстреної медичної допомоги (ЕМД) забезпечена недостатньо – 1,2 на 10 тис. нас. при середньоукраїнському рівні – 1,8.

Бригади ШМД забезпечені медичною апаратурою на 70% (не достає дефібриляторів та відсмоктувачів). У першу чергу необхідно придбати 20 дефібриляторів та 40 відсмоктувачів. Паливно-мастильними матеріалами, медикаментами та виробами медичного призначення Центр забезпечений. 80% автомобілів ШМД обладнані GPS навігаційною системою, що дає можливість відстежувати рух бригад по області та Україні, 22% автомобілів ШМД обладнані відеореєстраторами.

Станом на 01.01.2016 р. у Центрі функціонує 100 бригад ШМД (29 лікарських та 71 фельдшерська). Забезпеченість бригадами ШМД в середньому по області складає 0,79 на 10 тис. населення при нормативі 0,7.

За 2015 р. бригадами ШМД області за викликами здійснено 308 865 виїздів, що лише на 21 виїзд менше, ніж за минулий рік (2014 р. – 308 886).

Показник прибуття бригад ШМД до пацієнта з дотриманням нормативу доїзду до 10 хв. із моменту звернення в містах та до 20 хв. у сільській місцевості у звітному році дещо покращився проти відповідних показників 2014 р. та становить 95,4% у місті та 90% у сільській місцевості (2014 р. – 95% та 89,9% відповідно).

Бригади ШМД почали виконувати більше профільних викликів. Так, профільність виконаних викликів порівняно з 2014 р. збільшилась на 2% і становить 88,6%. Виїзди до хронічних хворих за 2015 р. становлять 2,3% (2014 р. – 2,6%), що менше відповідного нормативного показника, який дорівнює 3,2%. Водночас

відмічається зменшення кількості непрофільних виїздів (на 23%) та міжлікарняних перевезень пацієнтів (на 8%), що є позитивними змінами. Середньодобове навантаження на бригаду ШМД становить на лікарську бригаду – 8,1 (2014 р. – 8,8), на фельдшерську бригаду – 8,1 (2014 р. – 7,9).

Аналіз за зверненнями пацієнтів до закладів ШМД по термінам початку больового синдрому при інфаркті міокарда (до приїзду бригади ШМД) свідчить, що лише 44% пацієнтів звертаються за екстреною медичною допомогою в перші 2 год. з початку нападу, що дало можливість провести 114 тромболізісів.

Найбільшою проблемою закладу, яка потребує нагального вирішення, є відсутність приміщення. Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Черкаської обласної ради до цього часу не має своєї будівлі і розміщений в орендованих та пристосованих приміщеннях, що не дає змогу створити єдину оперативну диспетчерську службу Центру, передбачену ст. 8 Закону України «Про екстрену медичну допомогу».

Педіатрична служба. Залишається особливо гострою кадровою ситуація, яка склалася в педіатричній службі області. На 31.12.2015 на 353,75 штатних посадах працював 251 педіатр. Укомплектованість штатних посад фізичними особами складає 71,0% (Україна – 75,2%).

Найнижчі показники укомплектованості штатних посад фізичними особами зареєстровані у Лисянському (47,0%), Городищенському (52,2%), Тальнівському (55,2%), Христинівському (60%) та Звенигородському (60,3%) районах.

Кількість штатних посад педіатрів-неонатологів в області за 2015 р. становить 59,25 (2014 р. – 60,5), фізичних осіб – 43 (2014 р. – 47). Укомплектованість штатних посад складає 72,6% (Україна – 77,7%). Відсутні фізичні особи лікарів педіатрів-неонатологів у Тальнівському, Чорнобаївському, Уманському та Чигиринському районах.

При цьому на задовольняє потребу організація перинатальної допомоги в області.

Онкологічна служба. Рівень захворюваності населення на злоякісні новоутворення в області щорічно перевищує середній рівень по Україні. У 2015 р. зареєстровано 4857 (2014 р. – 4813) нових випадків захворювання на злоякісні новоутворення. При цьому рівень захворюваності становить 38,9 на 10 тис. населення проти та 38,3 у 2014 р. (Україна, у 2014 р. – 31,4 на 10 тис. населення).

Найвищі показники загальної занедбаності у 2015 р. зареєстровано у Жашківському (29,2%), Катеринопільському та Чигиринському (по 28,3%), Тальнівському (25,0%) і Уманському (24,0%) районах та у м. Черкаси і Ватутіне (по 26,5%) при обласному показнику 23,0%.

Візуальна занедбаність найвища у Катеринопільському (33,3%), Драбівському (28,6%), Чигиринському (24,2%) і Жашківському (23,8%) районах та в м. Сміла (20,3%) при обласному показнику 16,2%.

Недостатня онконастороженість як медичних працівників, так і населення призводить до того, що у кожної 4-ї жінки, хворої на рак молочної залози, та у кожної 5-ї жінки, хворої на рак шийки матки, захворювання діагностується в занедбаних формах, у кожного другого хворого рак легень та у кожного третього хворого рак шлунку виявляється на останній стадії захворювання.

В області існує ряд нагальних проблем щодо діагностичних та лікувальних можливостей обласного онкологічного диспансеру. Відсутність капітальних видатків в кошторисі закладу впродовж останніх років призвели до критичного стану діагностичного та лікувального обладнання, що характеризується наступним:

- відсутність у достатній кількості наркозно-дихального обладнання обмежує можливості для хірургічного лікування онкологічних хворих;

- обладнання для рентген-терапії працює вже понад 35 років і має повне зношення.

Крім того, вкрай обмежене фінансування закладу дозволяє задовольнити потребу в медикаментах менше, ніж на 10% від потреби.

Основними проблемами в організації стоматологічної допомоги населенню є:

- низький рівень матеріально-технічного забезпечення та бюджетного фінансування лікувально-профілактичних закладів комунальної форми власності, особливо в Христинівському, Тальнівському, Лисянському та Кам'янському районах;

- низька забезпеченість сільського населення лікарями-стоматологами, особливо в Городищенському, Кам'янському, Тальнівському, К.-Шевченківському та Христинівському районах;

- недостатня укомплектованість стоматологами в Шполянському, Канівському та К.-Шевченківському районах;

- низький рівень бюджетного фінансування стоматологічних установ, особливо в м. Умань, Корсунь-Шевченківському, Лисянському та Христинівському районах.

У ході проведеного аналізу встановлено, що подібна ситуація склалася і в інших службах системи охорони здоров'я області. Така ситуація призводить до недостатньої доступності (фізичної та економічної) медичної допомоги, низької її якості та ефективності, вираженої нерівності для різних категорій населення області в доступі до медичної допомоги, що призводить до погіршення медико-демографічної ситуації.

Базуючись на отриманих у ході проведеного аналізу даних запропоновані стратегічні підходи до реформування системи охорони здоров'я сільському населенню Черкаської області.

Для вирішення нагальних проблем охорони здоров'я в області має бути розроблена та прийнята цільова комплексна регіональна програма розвитку системи охорони здоров'я.

Стратегічно вона повинна мати два розділи:

I. Розвиток системи охорони здоров'я по забезпеченню населення області доступною та якісною медичною допомогою в залежності від потреби, що визначається станом здоров'я пацієнтів.

II. Розвиток системи громадського здоров'я по забезпеченню профілактичного напрямку з формуванням у населення відповідального відношення до особистого здоров'я.

Розвиток системи охорони здоров'я по забезпеченню населення області доступною та якісною медичною допомогою в залежності від потреби, що визначається станом здоров'я пацієнтів. В даному розділі мають бути відображені заходи с реформування системи охорони здоров'я за рівнями та видам и надання медичної допомоги з визначенням в термінах коротко та довготермінових заходів та заходів з виконанням в середньострокових термінах.

Основними складовими розділу є наступні напрями:

- структурна перебудова системи та формування оптимальної мережі закладів охорони здоров'я з пріоритетним розвитком ПМСД на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини та формуванням госпітальних округів з визначенням оптимальних медичних маршрутів пацієнтів;
- створення ефективної системи екстреної медичної допомоги населення;
- запровадження ефективної кадрової політики з метою залучення та утримання лікарських кадрів з формуванням системи соціального забезпечення та місцевих стимулів; забезпечення молодих спеціалістів благоустроєним житлом;
- впровадження сучасної ситеми фінансування закладів охорони здоров'я та визначення заробітної плати медичних працівників в залежності від обсягів та якості виконаної роботи;
- створення системи безперервного підвищення професійного рівня медичних працівників;
- покращення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я області з приведенням його у відповідність до галузевого стандарту та активне впровадження сучасних ефективних організаційних та медичних технологій;
- створення системи безперервного підвищення якості медичної допомоги та забезпечення раціонального використання ресурсів;

- розвиток окремих, найбільш актуальних для регіону служб та видів медичної допомоги: перинатальна, кардіологічна, фізіотрична, онкологічна, неонатологічна, психіатрична, стоматологічна тощо.

Важливою задачею для області є формування єдиного медичного простору, що дасть можливість населенню області отримання необхідної медичної допомоги незалежно від місця його проживання.

Окремого вивчення підлягає питання можливості зміни закладами охорони здоров'я області свого юридичного статусу із створення на їх базі комунальних (державних) некомерційних, неприбуткових підприємств.

Розвиток системи громадського здоров'я по забезпеченню профілактичного напрямку з формуванням у населення відповідального відношення до особистого здоров'я. Створення системи громадського здоров'я в області потребує вирішення ряду принципово нових задач. До них відноситься створення регіонального центру громадського здоров'я та відповідних структур на території адміністративних територій. Надзвичайно важливою задачею є укомплектування визначених структур кваліфікованими кадрами з забезпеченням умов для виконання ними визначених функцій. Враховуючи міжсекторальний характер задач та функцій системи громадського здоров'я, стратегічною задачею є налагодження ефективної співпраці центру громадського здоров'я з регіональною та місцевою владою, правоохоронними органами, реальним та приватним секторами, засобами масовою інформації, недержавними організаціями тощо.

Висновки

Базуючись на отриманих у ході проведеного аналізу стану системи охорони здоров'я області, запропоновано стратегічні підходи до реформування системи охорони здоров'я сільського населення Черкаської області з розробкою та прийняттям цільової комплексної регіональної програми розвитку системи охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою конкретних заходів із реформування системи охорони здоров'я сільського населення Черкаської області.

Література

1. До питання автономізації закладів охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, І. М. Рогач, В. В. Скрип [та ін.] // Організація та управління охороною здоров'я 2016 : наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 18–20 жовтня 2016 р. : тези доп. – Київ : ВІЦ «КиївЕкспоПлаза», 2016. – С. 60.
2. *Результати діяльності сфери охорони здоров'я України: 2013 рік* / за ред. Міністра охорони здоров'я Р.В. Богатирьової ; МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». – Київ : МОЗ України, 2014. – 168 с.
3. *Результати діяльності галузі охорони здоров'я: 2012 рік (інформаційно-аналітичне видання)* / за ред. Міністра охорони здоров'я Р.В. Богатирьової. – Київ : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2013. – 110 с.

4. *Характеристика* стану здоров'я населення та системи охорони здоров'я. 2015 рік. Київська область / Г. О. Слабкий, О. Ф. Глушаниця, П. М. Лисенко, В. Г. Слабкий ; ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 51 с.
5. *Щорічна доповідь* про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В.В.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.10.2017 р.

Стратегические подходы к реформированию системы охраны здоровья сельского населения Черкасской области

М.В. Лобас

Департамент здравоохранения Черкасской облгосадминистрации, г. Черкассы, Украина

Цель – разработать стратегические подходы к реформированию системы здравоохранения сельского населения Черкасской области.

Материалы и методы. Материалами исследования были данные отраслевой статистической отчетности системы здравоохранения Черкасской области. Использованы такие методы: статистический, библиосемантический, описательного моделирования, структурно-логического анализа.

Результаты. Установлены проблемы системы здравоохранения области, которые носят организационный характер, касаются всех уровней и видов медицинской помощи. При существующем состоянии системы здравоохранения потребности населения в медицинской помощи могут быть удовлетворены частично.

Выводы. Для проведения эффективной реформы системы здравоохранения области следует разработать и принять целевую комплексную региональную программу развития системы здравоохранения.

Ключевые слова: система здравоохранения, состояние, деятельность, анализ, недостатки, проблемы, реформирование, стратегические подходы.

Strategic approaches to reforming the system of health care for rural population of Cherkassy region

M.V. Lobas

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

Purpose – to develop strategic approaches to reforming the system of health care for rural population of Cherkassy region.

Materials and methods. The following methods were applied in the course of study: statistical, bibliosemantic, of descriptive modeling, of structural-and-logical analysis. The data of industry statistical reporting of Cherkassy region health care system were used as the material of study.

Results. The problems in health care system of the region were determined in the course of analysis undertaken. They are of organizational character. The problems are related to all the levels and types of care. The needs of the population in medical care can be satisfied only partly in the conditions of the existing state of health care system.

Conclusions. To effectively reform the health care system of the region it is necessary to work out and adopt a targeted comprehensive regional program of the health care system development.

Key words: health care system, state, activity, analysis, drawbacks, problems, reforming, strategic approaches.

Відомості про автора

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

УДК 614.2:353.1.001.73

В.В. Скрип

Готовність та спроможність системи охорони здоров'я регіонального рівня до автономізації закладів охорони здоров'я (за результатами соціологічного дослідження)

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

Мета – дослідити рівень готовності та спроможності організаторів охорони здоров'я та працівників економічних служб закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги до проведення автономізації закладів охорони здоров'я.

Матеріали та методи. У дослідженні використано соціологічний та статистичний методи. За спеціально розробленою анкетою опитано 127 організаторів охорони здоров'я та 98 працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я Закарпатської області. Отримані результати статистично оброблено з використанням загальноприйнятих методів.

Результати. Встановлено низький рівень готовності та спроможності організаторів охорони здоров'я та працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги до проведення автономізації закладів охорони здоров'я.

Висновки. Даний рівень готовності організаторів охорони здоров'я та працівників фінансово-економічних служб не дозволить ефективно провести автономізацію закладів охорони здоров'я.

Ключові слова: автономізація закладів охорони здоров'я, організатори охорони здоров'я, працівники фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я, рівень готовності.

Вступ

В Україні проводиться активна робота з підготовки до автономізації закладів охорони здоров'я – зміни їх правового статусу на некомерційні неприбуткові підприємства [1–5].

Мета роботи – дослідити рівень готовності та спроможності організаторів охорони здоров'я та працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги до проведення автономізації закладів охорони здоров'я.

Матеріали та методи

Під час проведення дослідження використано соціологічний та статистичний методи дослідження. Для досягнення мети дослідження використано соціологічний метод. За спеціально розробленою анкетою опитано 127 організаторів охорони здоров'я та 98 працівників економічних служб закладів охорони здоров'я Закарпатської області. Отримані результати статистично оброблялися з використанням загальноприйнятих методів.

Під час соціологічного дослідження дотримані принципи Гельсінської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (1964–2000 рр.), Конвенції ради Європи про права людини та біомедицину (1997 р.) Європейської конвенції по використанню хребетних тварин для експериментів (1986 р.), відповідні положення ВООЗ, Міжнародної ради

медичних наукових товариств, міжнародного кодексу медичної етики (1983 р.) та закони України.

Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження були опитані організатори охорони здоров'я, які працюють у закладах охорони здоров'я різного рівня надання медичної допомоги. Дані про респондентів наведено в табл. 1.

Таблиця 1
Характеристика респондентів-організаторів охорони здоров'я

Характеристика респондентів	Абс.	%
Усього	127	100,0
<i>Посада</i>		
Головний лікар	38	29,9
Заступник головного лікаря	47	37,0
Завідувач відділенням	42	33,1
<i>Рівень медичної допомоги</i>		
Первинний	24	18,9
Вторинний	84	66,2
Третинний	19	14,9
<i>Стать</i>		
Чоловік	64	50,4
Жінка	63	49,6

Продовження таблиці 1

Вік		
До 30 років	23	18,1
30–49 років	64	50,4
50–59 років	19	14,9
Від 60 років	21	16,6

За наведеними в табл. 1 даними, основною групу респондентів-організаторів охорони здоров'я склали головні лікарі та їх заступники, які працюють в закладах охорони здоров'я первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги у віці до 50 років. Чоловіки та жінки займають рівні частки у статевій структурі респондентів.

Наступним кроком дослідження було вивчення питання щодо рівня бажання організаторів охорони

здоров'я мати повноваження самостійно приймати певні управлінські рішення. Отримані дані наведено в табл. 2.

Аналіз наведених у табл. 2 даних вказує на те, що організатори охорони здоров'я в своїй більшості мають бажання самостійно приймати управлінські рішення щодо формування штатного розпису лікарні (80,3%), впровадження системи оплати праці медичним працівникам лікарні залежно від обсягу та якості наданої медичної допомоги (74,0%) та зміни бюджету лікарні в межах кодів бюджетної класифікації (92,1%).

Далі, шляхом самооцінки, вивчалось питання рівня теоретичної підготовки організаторів охорони здоров'я з питань організації роботи в умовах автономізації закладів охорони здоров'я. Отримані результати дослідження наведено в табл. 3.

Таблиця 2

Рівень бажання організаторів охорони здоров'я мати повноваження самостійно приймати рішення

Зміст повноважень	Абс.	%
Зміни структури лікарні	81	63,8
Зміни потужності лікарні чи окремих структурних підрозділів	73	57,5
Зміни штатного розпису лікарні чи окремих структурних підрозділів	102	80,3
Впроваджувати систему оплати праці медичним працівникам лікарні залежно від обсягу та якості наданої медичної допомоги	94	74,0
Формувати бюджет лікарні, у тому числі за кодами бюджетної класифікації	83	65,4
При виникненні виробничої необхідності змінювати бюджет лікарні в межах кодів бюджетної класифікації	117	92,1

Таблиця 3

Достатній рівень теоретичної підготовки організаторів охорони здоров'я з питань організації роботи в умовах автономізації закладів охорони здоров'я

Розділ знань та вмінь	Абс.	%
Ознайомлення із законодавчими актами з питань управлінської та господарської роботи в нових умовах при автономізації закладів охорони здоров'я	21	16,5
Ознайомлення з методами планування та використання фінансових ресурсів в умовах автономізації закладів охорони здоров'я	17	13,4
Ознайомлення з методами визначення потреби в кадрових ресурсах в умовах автономізації закладів охорони здоров'я	12	9,5
Ознайомлення з методами проведення хронометражних досліджень при вивченні роботи медичного персоналу	15	11,8
Ознайомлення з методами розрахунку оплати праці медичним працівникам лікарні залежно від обсягу та якості наданої медичної допомоги	9	7,1
Ознайомлення з принципами визначення та забезпечення конкурентоздатності закладів охорони здоров'я в ринкових умовах	7	5,5
Ознайомлення з методами визначення потреби населення:		
в амбулаторній медичній допомозі	29	22,8
в стаціонарній медичній допомозі	31	24,4
в діагностичній медичній допомозі	19	14,9
Ознайомлення із сучасними технологіями безперервного підвищення якості медичної допомоги	27	21,3
Ознайомлення із законодавчими основами державно-приватного партнерства	5	3,9

У результаті проведеного аналізу даних, що наведені в табл. 3, встановлено низький рівень (менше четвертої частини) ознайомлення організаторів охорони здоров'я області з нормативно-правовими документами з питань автономізації закладів охорони здоров'я та основними методами організаційної роботи з підготовки закладів охорони здоров'я до зміни правового статусу закладу охорони здоров'я на комунальне некомерційне

неприбуткове підприємство та роботи в нових господарських умовах.

Відповідно до програми дослідження наступним кроком роботи було вивчення рівня готовності організаторів охорони здоров'я до проведення заходів з автономізації закладу охорони здоров'я. Отримані результати наведено в табл. 4.

Таблиця 4
Рівень готовності організаторів охорони здоров'я до проведення заходів з автономізації закладу охорони здоров'я

Захід	Готовий		Не готовий		Не визначився	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Провести підготовку закладу до його автономізації	17	13,4	79	62,2	31	24,4
Лобіювати в органах влади прийняття рішення щодо автономізації Вашого закладу охорони здоров'я	9	7,1	84	66,1	34	26,8
Взяти на себе відповідальність за виконання закладом охорони здоров'я договору з владою по наданню медичної допомоги відповідно до визначеної якості	21	16,5	75	59,1	31	24,4
Провести розрахунки щодо реальної потреби населення, яке обслуговується закладом охорони здоров'я, в амбулаторній медичній допомозі за спеціальностями	29	22,8	81	63,8	17	13,4
Провести розрахунки щодо реальної потреби населення, яке обслуговується закладом охорони здоров'я, в стаціонарній медичній допомозі за спеціальностями	27	21,3	71	55,9	29	22,8
Провести розрахунки щодо реальної потреби населення, яке обслуговується закладом охорони здоров'я, в діагностичній медичній допомозі	17	13,4	86	67,7	24	18,9
При існуючій ресурсній базі закладу охорони здоров'я організувати надання населенню якісної медичної допомоги	12	9,5	88	69,2	27	21,3
Провести розрахунки в реальній потребі в медичних кадрах	15	11,8	81	63,8	31	24,4
Розробити систему оплати праці працівникам лікарі залежно від обсягу та якості роботи	9	7,1	81	63,8	37	29,1
Оптимізувати штатний розпис лікарі	11	8,7	97	76,4	19	14,9
Привести кадровий склад лікарні до оптимізованого штатного розпису відповідно до чинного законодавства України	10	7,9	94	74,0	23	18,1
Привести структуру та потужність лікарні відповідно до реальних потреб населення	13	10,2	90	70,9	24	18,9
Запровадити в лікарні систему енергозбереження та скороти комунальні платежі	21	16,5	77	60,7	29	22,8
Підвищити рівень видатків на медичне забезпечення пацієнтів	24	18,9	71	55,9	32	25,2
Підвищити рівень видатків на харчування пацієнтів	24	18,9	71	55,9	32	25,2
Розробити стратегічний план розвитку закладу охорони здоров'я на 10 років	17	13,4	69	54,3	41	32,3
Вивчити конкурентноспроможність закладу охорони здоров'я	14	11,0	74	58,3	39	30,7
Забезпечити конкурентоздатність закладу охорони здоров'я	9	7,1	79	62,2	39	30,7
Використати сучасні економічні механізми управління закладом/підприємством у рамках чинного законодавства	11	8,7	90	70,9	26	20,5

Продовження таблиці 4

Використовувати механізм державно-приватного партнерства в рамках чинного законодавства	9	7,1	92	72,4	26	20,5
Створити при закладі охорони здоров'я опікунську раду	24	18,9	85	66,9	18	14,2
Активно співпрацювати з опікунською радою	24	18,9	85	66,9	18	14,2

Аналіз наведених у табл. 4 результатів дослідження вказує на те, що має готовність до проведення заходів з автономізації закладу охорони здоров'я надзвичайно незначна частка респондентів. До комплексної роботи в даному напрямку готовою є частка респондентів, яка складає менше 10%. При цьому готовими взяти на себе відповідальність за виконання закладом охорони здоров'я договору з владою по наданню медичної допомоги у відповідності до визначеної якості є тільки 16,5% опитаних організаторів охорони здоров'я.

На останньому етапі даного розділу дослідження вивчено рівень підтримки опитаними організаторами охорони здоров'я області автономізації закладів охорони здоров'я. У ході дослідження отримано наступні результати:

- підтримують проведення автономізації закладів охорони здоров'я: 21 (16,5%);
- не підтримують проведення автономізації закладів охорони здоров'я: 69 (54,4%);
- не визначилися з рішенням: 37 (29,1%).

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня готовності та спроможності представників фінансових та економічних служб закладів охорони здоров'я області до проведення автономізації їх закладів. Дані про респондентів наведено в табл. 5.

Відповідно до наведених у табл. 5 даних, основну частину цільової групи респондентів-працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я складали працівники фінансової служби (головні бухгалтери та бухгалтери), які працюють у закладах охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги, жінки у віці до 50 років.

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня теоретичної підготовки респондентів-працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я з питань організації роботи в умовах автономізації закладів охорони здоров'я. Отримані в ході дослідження результати наведено в табл. 6.

Таблиця 5

Характеристика респондентів-працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я

Характеристика респондентів	Абс.	%
<i>Усього</i>	98	100,0
<i>Посада</i>		
Головний бухгалтер	34	34,7
Бухгалтер	52	53,1
Економіст	12	12,2
<i>Рівень медичної допомоги</i>		
Первинний	11	11,2
Вторинний	73	74,5
Третинний	14	14,3
<i>Стать</i>		
Чоловік	4	4,1
Жінка	94	95,9
<i>Вік</i>		
До 30 років	14	14,3
30–49 років	39	41,8
50–59 років	27	27,6
Від 60 років	16	16,3

Таблиця 6

Достатній рівень теоретичної підготовки працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я з питань організації роботи в умовах автономізації закладів охорони здоров'я

Розділ знань та вмінь	Абс.	%
Ознайомлення із законодавчими актами з питань управлінської та господарської роботи в нових умовах при автономізації закладів охорони здоров'я	3	3,1
Ознайомлення з методами планування та використання фінансових ресурсів в умовах автономізації закладів охорони здоров'я	9	9,2
Ознайомлення з методами визначення потреби в кадрових ресурсах в умовах автономізації закладів охорони здоров'я	4	4,1
Ознайомлення з методами розрахунку оплати праці медичним працівникам лікарні залежно від обсягу та якості наданої медичної допомоги	5	5,1
Ознайомлення з принципами визначення та забезпечення конкурентоздатності закладів охорони здоров'я в ринкових умовах	2	2,0

Продовження таблиці 6

Ознайомлення з особливостями бухгалтерського обліку та звітності в позабюджетній сфері	11	11,2
Ознайомлення з Господарським кодексом	2	2,0
Ознайомлення з податковим законодавством для позабюджетної сфери	4	4,1
Ознайомлення із законодавчими основами державно-приватного партнерства	2	2,0

Аналіз наведених в табл. 6 результатів дослідження серед працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я та їх порівняння з наведеним у табл. 3 даними щодо опитування організаторів охорони здоров'я вказали на вкрай низький та достовірно нижчий рівень теоретичної підготовки працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я з питань

організації роботи в умовах автономізації закладів охорони здоров'я.

Результати проведеного вивчення рівня готовності працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я до проведення заходів з автономізації закладу охорони здоров'я наведено в табл. 7.

Таблиця 7

Рівень готовності працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я до проведення заходів з автономізації закладу охорони здоров'я

Захід	Готовий		Не готовий		Не визначився	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Провести підготовку закладу до проведення його автономізації	9	9,2	85	86,7	4	4,1
Взяти на себе відповідальність за використання фінансових ресурсів у нових умовах господарювання	5	5,1	84	85,7	9	9,2
Провести розрахунки щодо можливостей фінансового забезпечення виконання умов договору з владою по наданню медичної допомоги населенню в умовах затвердженого фінансування	6	6,1	81	82,7	11	11,2
Провести розрахунки щодо ефективного використання наявних ресурсів по забезпечення виконання умов договору з владою по наданню медичної допомоги населенню	6	6,1	81	82,7	11	11,2
Ведення нових форм облікової та звітної документації в умовах підприємства	11	11,2	79	80,6	8	8,2
Провести розрахунки в реальній потребі в медичних кадрах	4	4,1	82	83,6	12	12,3
Розробити систему оплати праці працівникам лікарі залежно від обсягу та якості роботи	4	4,1	82	83,6	12	12,3
Запропонувати систему обліку праці медичних працівників залежно від обсягу та якості роботи	4	4,1	82	83,6	12	12,3
Оптимізувати штатний розпис лікарі	7	7,1	85	86,7	6	6,1
Запропонувати заходи з енергозбереження та скорочення витрат на комунальні платежі	8	8,2	85	86,7	5	5,1
Підвищити рівень видатків на медичне забезпечення пацієнтів	9	9,2	82	83,6	7	7,1
Підвищити рівень видатків на харчування пацієнтів	9	9,2	82	83,6	7	7,1
Розробити стратегічний план розвитку закладу охорони здоров'я на 10 років	12	12,3	81	82,6	5	7,1
Вивчити конкурентоздатність закладу охорони здоров'я	4	4,1	83	84,7	11	11,2
Забезпечити конкурентоздатність закладу охорони здоров'я	4	4,1	83	84,7	11	11,2
Використати сучасні економічні механізми управління закладом/підприємством у рамках чинного законодавства	9	9,2	85	86,7	4	4,1
Використовувати механізм державно/приватного партнерства в рамках чинного законодавства	7	7,1	86	87,8	5	5,1
Активно співпрацювати з опікунською радою	29	29,6	62	63,3	7	7,1

Аналіз наведених у табл. 7 результатів дослідження серед працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я та їх порівняння з наведеним у табл. 4 даними щодо опитування організаторів охорони здоров'я вказали на вкрай низький та достовірно нижчий рівень готовності працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я до проведення заходів з автономізації закладу охорони здоров'я.

На останньому етапі даного дослідження вивчено рівень підтримки опитаними працівниками фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я області автономізації закладів охорони здоров'я. У ході дослідження отримано такі результати:

- підтримують проведення автономізації закладів охорони здоров'я: 12 (12,3%);

- не підтримують проведення автономізації закладів охорони здоров'я: 67 (68,3%);

- не визначилися з рішенням: 19 (19,4%).

Висновки

У ході соціологічного дослідження встановлено низький рівень готовності та спроможності організаторів охорони здоров'я та працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги до проведення автономізації закладів охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням процесу автономізації закладів охорони здоров'я.

Література

1. *До питання автономізації закладів охорони здоров'я* : тези доп. / Г. О. Слабкий, І. М. Рогач, В. В. Скрип [та ін.] // Організація та управління охороною здоров'я 2016 : науково-практична конференція з міжнародною участю, м. Київ, ВЦ "КиївЕкспоПлаза", 18–20 жовтня– Київ, 2016. – С. 60.
2. *До питання юридичного статусу закладу охорони здоров'я в формі підприємства* / Г. О. Слабкий, В. В. Скрип, Л. О. Качала, Г. Я. Пархоменко // Матеріали 70-ї підсумкової конференції проф.-викл. складу УжНУ / МОН України; ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки. – Ужгород : ТОВ РІК-У, 2016. – 130 с.
3. *Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства*. – Київ, 2017. – 55 с.
4. *Можливий алгоритм дій з реорганізації бюджетних закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства на прикладі центральної районної лікарні* : тези доп. / Г. О. Слабкий, В. В. Скрип, І. М. Рогач [та ін.] // Можливості превентивного та лікувального впливу на соціально значимі захворювання в закладах первинної медико-санітарної допомоги : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Ужгород, 12–13 квітня 2016 р. // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1–2 (37–38). – С. 261.
5. *Щодо підготовки закладів охорони здоров'я до роботи в умовах автономізації* : матеріали / Г. О. Слабкий, В. В. Скрип, І. М. Рогач [та ін.] // XVI Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств, м. Берлін – м. Київ, 8–23 серпня 2016 р. – Одеса : Видавництво Бартенєва, 2016. – С. 262.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.10.2017 р.

Готовность и возможность системы здравоохранения регионального уровня к автономизации учреждений здравоохранения (по результатам социологического исследования)*В.В. Скрып*ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – исследовать уровень готовности и возможности организаторов здравоохранения и работников экономических служб учреждений здравоохранения разных уровней предоставления медицинской помощи к проведению автономизации учреждений здравоохранения.

Материалы и методы. В исследовании использованы социологический и статистический методы. По специально разработанной анкете опрошены 127 организаторов здравоохранения и 98 работников финансово-экономических служб учреждений здравоохранения Закарпатской области. Полученные результаты статистически обработаны с использованием общепринятых методов.

Результаты. Установлен низкий уровень готовности и возможности организаторов здравоохранения и работников финансово-экономических служб учреждений здравоохранения разных уровней предоставления медицинской помощи к проведению автономизации учреждений здравоохранения.

Выводы. Данный уровень готовности и возможности организаторов здравоохранения и работников финансово-экономических служб не позволит эффективно провести автономизацию учреждений здравоохранения.

Ключевые слова: автономизация учреждений здравоохранения, организаторы здравоохранения, работники финансово-экономических служб учреждений здравоохранения, уровень готовности.

The readiness and capability of the regional level health care system to the autonomy of health care institutions (according to the results of the sociological research)*V.V. Skryp*

SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to study the level of readiness and capability of the organizers of health care and the employees of economic services of health institutions of different levels of medical aid to the autonomy of health care institutions.

Materials and methods. 127 health organizers and 98 employees of financial-and-economic services of health care institutions of Transcarpathian region were surveyed according to specially designed questionnaire. The results obtained were statistically processed with the use of conventional methods.

Results. The low level of readiness and capability of the organizers of health care and financial services of health care institutions of different levels of medical care to holding the autonomy of health care institutions was found in the course of the conducted sociological survey.

Conclusions. The determined level of the readiness of health care organizers and financial services will not give possibility to effectively hold the autonomy of health care institutions.

Key words: autonomy of health care institutions, organizers of health care, the employees of financial-and-economic services of health care institutions, the level of readiness.

Відомості про автора

Скрып Василь Васильович – асистент ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 616-036.86/88-084:616.831-005.1]-053.32

Н.С. Артьомова, О.М. Ковальова

Фактори ризику та прогнозування летальних випадків у передчасно народжених дітей з важкими внутрішньошлуночковими крововиливами

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

Мета – встановити фактори ризику, що асоціюються з виникненням летальних випадків у передчасно народжених дітей з важкими внутрішньошлуночковими крововиливами, розробити прогностичну модель розвитку таких дітей.

Матеріали та методи. Проведено проспективне дослідження, в яке включено 76 передчасно народжених дітей з важкими внутрішньошлуночковими крововиливами. Дослідження 4a/b поліморфізму гена eNOS проведено методом алель-специфічної полімеразної ланцюгової реакції з визначенням довжини рестрикційних фрагментів. Для ідентифікації достовірних факторів ризику використано простий та покроковий множинний логістичний регресійний аналіз.

Результати. Показано, що в передчасно народжених дітей з важкими внутрішньошлуночковими крововиливами при простому логістичному регресійному аналізі існують достовірні асоціації між летальними випадками та вагою при народженні, гестаційним віком, введенням сурфактанту, зниженням артеріальним тиском на 1-шу добу життя, респіраторним дистрес-синдромом III–IV ст., сепсисом та генетичною моделлю 4aa+4ab&4bb eNOS гену, але при множинному логістичному регресійному аналізі – тільки з операцією кесаревого розтину, вагою при народженні, респіраторним дистрес-синдромом III–IV ст. і генетичною моделлю 4aa+4ab&4bb eNOS гену.

Висновки. Респіраторний дистрес синдром III–IV ст. і генетична модель 4aa+4ab&4bb eNOS гену достовірно збільшують ризик виникнення летального випадку у передчасно народженої дитини з важким внутрішньошлуночковим крововиливом, а операція кесаревого розтину, навпаки, зменшує такі ризики.

Ключові слова: передчасно народжена дитина, внутрішньошлуночковий крововилив, 4 a/b поліморфізм eNOS-ген, фактори ризику, летальні випадки.

Вступ

Внутрішньошлуночкові крововиливи (ВШК) у передчасно народжених дітей є одним з основних ускладнень, яке потенційно може призвести до летальних випадків. Застосування сучасних перинатальних технологій, насамперед використання антенатальних кортикостероїдів, сучасних алгоритмів реанімації, а також належне поводження з немовлятами і розумне використання штучної вентиляції легень покращило виживання таких дітей. Проте майже у 25–40% немовлят із дуже низькою масою при народженні (<1500 г) виникають ВШК, і приблизно у 15% з них – важкі (III–IV ст.) [1]. Слід відмітити, що за останні 20 років частота розвитку ВШК серед передчасно народжених дітей значно знизилась. Так, за даними Department of Pediatrics (Brazil, 2011) захворюваність на ВШК знизилась з 50,9% у 1991 р. до 11,9% у 2005 р. [12]. Проте важкі ВШК поряд із сепсисом, некротичним ентероколітом (НЕК) безпосередньо впливають на смертність передчасно народжених дітей з гестаційним віком (ГВ) менше за 32 тижні [9].

У Полтавській області з 2010 р. показники летальності при ВШК серед передчасно народжених

дітей не знижуються і становлять 20–21% [1]. Зважаючи на вищенаведене, актуальним є встановлення достовірних факторів ризику виникнення летальних випадків у зазначеного контингенту дітей.

У деяких роботах вивчено фактори ризику виникнення летальних випадків серед новонароджених з ВШК, і доведено їх асоціації з надзвичайною недоношеністю або незрілістю [6, 8]. Вчені не виключають дію спадкових факторів, які зумовлюють схильність дітей до геморагічних уражень головного мозку і/або погіршують їх перебіг і прогноз. Серед генів-кандидатів ген ендотеліальної NO-синтетази (eNOS) є основним претендентом у формуванні фенотипових особливостей перебігу ряду хвороб [2, 3, 15], у т.ч. ВШК [14].

Незважаючи на безліч проведених досліджень, спрямованих на вивчення факторів, які впливають на дитячу смертність, існує мала кількість робіт, присвячених пошуку чинників, що асоціюються з летальними випадками передчасно народжених дітей з важкими ВШК.

Мета роботи – встановити фактори ризику, що асоціюються з виникненням летальних випадків у передчасно народжених дітей з важкими ВШК, та розробити прогностичну модель їх розвитку.

Матеріали та методи

Проведено проспективне дослідження, в яке включено 76 передчасно народжених дітей (хлопчиків – 40 [52,63%], дівчаток – 36 [47,37%]) з важкими ВШК, які лікувалися в акушерських та дитячих лікувальних установах Полтавської області упродовж 2013–2015 рр. Середнє значення гестаційного віку дітей, включених у дослідження, становило 27,07±0,27 тижнів, середня вага тіла при народженні – 1037,84±43,72 г.

Критеріями відбору дітей до групи дослідження стали: гестаційний вік менше 35 тижнів, маса тіла при народженні ≤2500 г, наявність ВШК III–IV ступеня, підтвердженого результатами нейросонографічного дослідження. Факторами виключення стали: наявність вроджених аномалій розвитку, маса новонародженого більше за 2500 г при народженні.

Визначено такі потенційні фактори ризику виникнення летальних випадків при важких ВШК: з боку матері (соматичний, антенатальний і інтранатальний анамнез), з боку дитини – його стан одразу після народження (оцінка за шкалою Апгар на 1 і 5-й хвилинах, обсяг реанімаційних заходів), а також стан гемодинаміки в перші три дні життя і низка біомаркерів, які визначались на першу та шосту доби життя. Також аналізувалися зв'язки між летальним результатом і наявністю супутньої патології у передчасно народженої дитини – респіраторного дистрес синдрому (РДС), сепсису, геморагічного синдрому, некротичного ентероколіту. Усім дітям проведено дослідження 4a/b поліморфізму гену *eNOS* методом алель-специфічної

полімеразної ланцюгової реакції з наступним аналізом поліморфізму довжини рестрикційних фрагментів.

Для ідентифікації достовірних факторів ризику використовувався покроковий логістичний регресійний аналіз. На першому етапі виділені фактори ризику, які з достовірністю $p < 0,1$ асоціювалися з летальними наслідками. На наступному етапі поступово виключено фактори ризику, які при множинному логістичному регресійному аналізі не асоціювалися з летальними наслідками у передчасно народжених дітей з важкими ВШК ($p > 0,05$). Для кожного з потенційних факторів ризику визначено відношення шансів 95% довірчий інтервал (ВШ; 95% ДІ). Обчислення статистичних величин проводилось за допомогою ліцензійного пакету програми STATA 11.

Результати дослідження та їх обговорення

За час спостереження з 76 немовлят з ВШК III–IV ст., які були включені в дослідження, померло 36 (47,37%) дітей (основна група), вижило 40 (52,63%) немовлят (група порівняння).

Аналіз акушерського, анте/інтранатального анамнезу матері не виявив достовірних чинників, що асоціювалися з летальними наслідками, крім проведення операції кесаревого розтину для розродження (табл. 1). Дослідження показало, що при простому логістичному регресійному аналізі з летальними випадками достовірно асоціювалися: вага при народженні, гестаційний вік, введення сурфактанту, знижений артеріальний тиск на 1-шу добу життя, РДС III–IV ст., сепсис та генетична модель 4aa+4ab&4bb *eNOS* гену.

Таблиця

Асоціації між факторами ризику та летальними випадками у передчасно народжених дітей з важкими внутрішньошлуночковими крововиливами при простому та множинному логістичному регресійному аналізі

Фактор ризику	Простий регресійний аналіз		Множинний логістичний регресійний аналіз	
	ВШ (95% ДІ)	p	ВШ (95% ДІ)	p
Кесарів розтин (так, ні)	0,37 (0,13–1,00)	0,052	0,05 (0,004–0,57)	0,016
Вага при народженні (г)	1,0 (0,996–1,0)	0,003	0,99 (0,98–0,99)	0,046
Гестаційний вік (тижні)	0,66 (0,51–0,85)	0,001	0,91 (0,65–1,27)	0,589
Введення сурфактанту в пологовій залі (так, ні)	0,16 (0,03–0,79)	0,025	0,33 (0,01–6,94)	0,479
Мінімальний діастолічний тиск на першу добу (мм рт. ст.)	0,94 (0,87–1,01)	0,077	0,89 (0,79–1,006)	0,064
РДС III–IV ст. (так, ні)	8,1 (2,44–26,94)	0,001	139,6 (5,03–3876,5)	0,004
Сепсис (так, ні)	3,2 (1,14–8,94)	0,027	1,00 (0,15–6,81)	0,997
Генетична модель 4aa+4ab&4bb <i>eNOS</i> гену (так, ні)	2,99 (0,01–9,91)	0,072	74,93 (2,4–2337,1)	0,014

Слід зазначити, що оцінка за шкалою Апгар на 1 і 5-й хвилинах не асоціювалася з летальними випадками, так як середнє значення оцінки у балах у групі дітей, які вижили, та у групі дітей, які померли, достовірно не відрізнялась (відповідно, $p=0,459$; $p=0,731$). Тому нами не

отримано достовірного зв'язку між летальними випадками та заходами з первинної реанімації. Також нами не виявлено впливу режимів ШВЛ, деяких ехокардіографічних показників на виникнення летальних випадків у зазначеній когорті пацієнтів.

Згідно з отриманими результатами дослідження домінантна модель 4aa+4ab&4bb *eNOS* гену асоціювалася з розвитком летальних випадків у новонароджених з ВШК III–IV ст.

При проведенні покрокового множинного логістичного регресійного аналізу виявлено зв'язок між розвитком летальних випадків та народження за допомогою кесаревого розтину, вагою при народженні, РДС III–IV ст. та генетичною моделлю 4aa+4ab&4bb *eNOS* гену.

Прогностична модель розвитку летальних випадків у новонароджених з важкими ВШК, що включала достовірні фактори ризику: народження дитини шляхом кесаревого розтину ($\beta=-3,04$), вагу при народженні ($\beta=-0,005$), РДС III–IV ст. ($\beta=4,93$), генетичну модель 4aa+4ab&4bb *eNOS* гену ($\beta=4,31$) мала високі операційні характеристики – чутливість 85,71%, специфічність 86,36%, позитивне предиктивне значення 88,89%, негативне предиктивне значення 82,61% та площу під ROC-кривою 0,9237 (рис. 1).

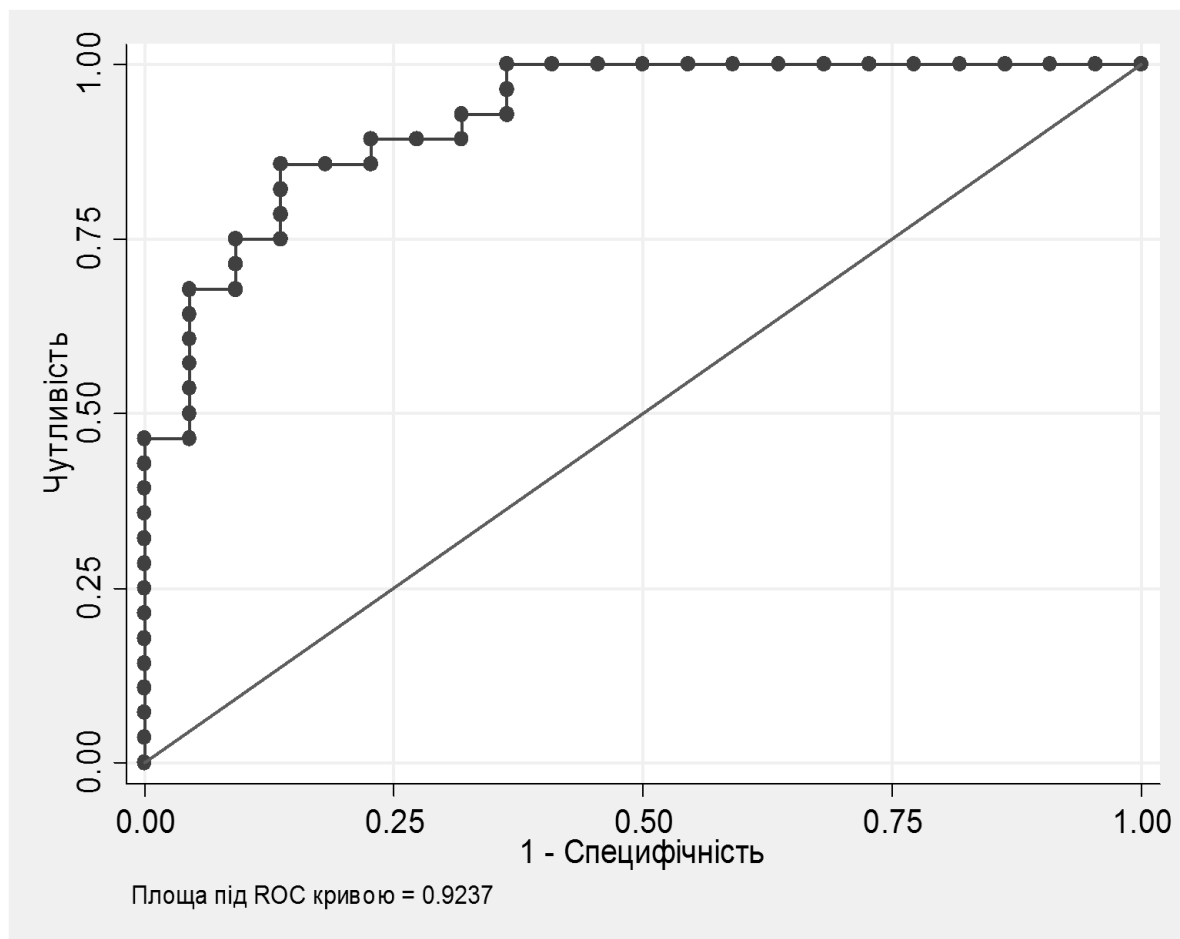


Рис. Прогностична модель розвитку летального випадку в передчасно народженої дитини з важким внутрішньошлунковим крововиливом

На сьогодні відомо, що елективний кесарів розтин достовірно асоціюється зі зменшенням ризику розвитку важких ВШК у передчасно народжених дітей з ГВ менше за 30 тижнів [10]. Результати наших досліджень довели наявність достовірних асоціацій між операцією кесаревого розтину та розвитком летальних випадків у передчасно народжених дітей з важкими ВШК при множинному логістичному регресійному аналізі після корекції цілої низки інших потенційних факторів ризику. Тобто, операція кесарського розтину у передчасно народжених дітей зменшує ризику не тільки зменшення частоти ВШК, але й частоти летальних випадків. При цьому нами не отримано таких асоціацій між летальними випадками та іншими чинниками, що характеризують

перинатальний анамнез матері. Хоча дослідниками New South Wales and Australian Capital Territory (2017) виявлено позитивний вплив на кінцеві результати важких ВШК у передчасно народжених дітей гіпертонічної хвороби у матері в період вагітності та передчасного відшарування нормально розташованої плаценти [9]. Інші дослідники підтвердили факт зниження ймовірності розвитку негативного сценарію при ВШК у передчасно народженої дитини при наявності гіпертонії під час вагітності у матері [5]. Результати наших досліджень співпадають з даними іноземних вчених щодо відсутності асоціацій між наявністю хоріоамніоніту в матері та виникненням летального випадку у її передчасно народженої дитини з важким ВШК [5, 8, 9].

Аналізуючи такі характеристики новонароджених в групі дослідження як ГВ і вага тіла при народженні, ми припускаємо, що незрілість є одним із основних чинників, які впливають на результат, що підтверджується дослідженням неонатологів New South Wales and Australian Capital Territory (Neonatal Intensive Care Units' Data Collection 2017). Аналогічні результати простежуються в дослідженнях інших неонатологів, які вказали, що незрілість систем органів є основною причиною смертей передчасно народжених дітей з низькою масою тіла при народженні [16, 17]. Згідно з літературними даними, наявність асфіксії при народженні збільшує шанси геморагічного пошкодження центральної нервової системи [8, 16, 17], однак наше дослідження не показало достовірної різниці в оцінці за шкалою Апгар на 1-й і 5-й хвилинах між групою дітей, які померли, та групою дітей, які вижили.

Респіраторний дистрес у дітей з низькою масою тіла, з подальшим розвитком хвороба гіалінових мембран, і пневмоторакс, часто є супутньою патологією ВШК. Це пояснюється зниженням комплайенса легень і використанням жорстких параметрів ШВЛ, що в подальшому призводить до звуження судин термінального матриксу і пошкодження стінок судин головного мозку. У нашому дослідженні наявність у немовляти РДС важкого ступеня достовірно збільшує його шанси померти.

На відміну від зарубіжних авторів, які встановили негативний вплив на кінцеві наслідки ВШК внутрішньоутробного інфікування (вродженої пневмонії), сепсису, некротичного ентероколіту [9, 13], наше дослідження виявило зв'язок летальних випадків з сепсисом тільки при простому регресійному аналізі, але ми вважаємо, що для остаточного висновку щодо ролі інфікування у виникненні летальних випадків у передчасно народжених дітей з важкими ВШК потрібні подальші дослідження на більшій когорті пацієнтів.

Внутрішньошлуночкові крововиливи є серйозним ускладненням з багатофакторною етіологією, провідними патофізіологічними механізмами яких є ламкість і тендітність судинної системи гермінального матриксу в поєднанні з порушенням продукції спинномозкової рідини [6, 7]. При цьому низка вазоактивних речовин, у т.ч. оксид азоту, беруть участь у регуляції саме продукції ліквору [20]. Оксид азоту безперервно синтезується в організмі людини, зокрема в судинному ендотелію. Молекула NO синтезується з гуанідинової групи L-аргініну з вивільненням L-цитруліну, при цьому каталізатором вказаної реакції виступає *eNOS* в присутності молекулярного кисню та необхідних кофакторів. Розлади синтезу NO можуть бути результатом генетично обумовлених порушень

активності *eNOS*. Вважається, що в присутності поліморфних варіантів гену, його ферментна активність може бути порушена [4]. В ендотелії молекула NO відіграє центральну роль у регуляції місцевого артеріального тиску, діючи як вазодилатуючий агент, що забезпечує адекватний кровообіг через тканини. Більше того, вона протидіє речовинам, що мають сильний судинно-звужуючий ефект (наприклад, ендотелін 1, ангіотензин II), пригнічує агрегацію та адгезію тромбоцитів шляхом зменшення продукції фактору активації тромбоцитів (PAF). Молекула NO також захищає стінки судин, інгібуючи окислення ліпідів та інактивує вільні радикали кисню [4].

Роль поліморфізму *eNOS* в патогенезі ВШК досліджено Р. Vannemreddy [14] і С. Poggi [11]. Р. Vannemreddy оцінив зв'язок 786T>C поліморфізму *eNOS* у 124 недоношених афроамериканських новонароджених. Дослідники виявили, що носії С-алелю мають вдвічі більший ризик розвитку ВШК. Проте науковці Careggi University Hospital of Florence (Italy, 2015) не виявили асоціацій між виникненням ВШК та поліморфним генотипом *eNOS*– 786T>C і 894G>T [11]. У роботі Dawid Szpecht зі співавторами [18] показано, що діти з генотипом GT *eNOS* 894G> T, які народжені до 28±6 тижнів вагітності мають в 3–4 рази вищий ризик розвитку ВШК. Також у цій роботі продемонстровано, що у носіїв Т-алелі (гетерозиготи GT та гомозиготи TT) знижена ферментна функція та зменшений синтез NO, що може негативно впливати на стан судинної стінки та зменшення кровотечі [19]. Але, окрім того, NO також відіграє вирішальну роль у рості і захисті судин плоду і новонародженої дитини, тому несприятливі генотипи можуть заважати адекватному розвитку судин та кровотоку. У нашому дослідженні доведено, що 4a/b поліморфізм гену *eNOS* пов'язаний з виникненням летальних випадків при ВШК, так як діти з генетичною моделлю 4aa+4ab&4bb *eNOS* гену мають значно вищий ризик розвитку летального випадку при важкому ВШК.

Висновки

Виявлено фактори ризику, які збільшують шанси передчасно народженої дитини з важкими ВШК мати несприятливі наслідки, насамперед, це респіраторний дистрес III–IV ступеня та генетична модель 4aa+4ab&4bb *eNOS* гену. Доведено, що народження дитини шляхом операції кесаревого розтину зменшує її шанси виникнення летальних випадків.

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні вивчення порушеного у статті питання.

Література

1. *Динамика частоты интравентрикулярных кровоизлияний и их исходов среди преждевременно рожденных детей Полтавской области за 2007–2016 гг.* / Е. А. Калюжка, Н. С. Артемова, Н. И. Гасюк [и др.] // *Wiadomości Lekarskie.* – 2017. – Т. LXX. – № 3 (I). – С. 493–499.
2. *Коробка О. В.* Гостре ураження нирок у доношених новонароджених після асфіксії та роль поліморфізму ACE, AGT2R1, eNOS генів у його розвитку / О. В. Коробка // *Современная педиатрия.* – 2016. – № 4. – С. 109–112.
3. *Развитие* органных дисфункций у новорожденных при асфиксии / Е. М. Ковальова, В. И. Похилько, Г. А. Соловьева [и др.]. – LAP LAMBERT Academic Publishing RU, 2017. – 128 с.
4. *A novel truncated form of eNOS associates with altered vascular function* / E. Galluccio, L. Cassina, I. Russo // *Cardiovasc. Res.* – 2014. – Vol. 101. – P. 492–502.
5. *Association of maternal hypertension and chorioamnionitis with preterm outcomes* / L. Gagliardi, F. Rusconi, R. Bellu [et al.] // *Pediatrics.* – 2014. – Vol. 134. – P. 154–161.
6. *Ballabh P.* Intraventricular hemorrhage in premature infants: Mechanism of disease / P. Ballabh // *Pediatric Research.* – 2010. – Vol. 67. – P. 1–8.
7. *Ballabh P.* Pathogenesis and Prevention of Intraventricular Hemorrhage / P. Ballabh // *Clinics in Perinatology.* – 2014. – Vol. 41. – P. 47–67.
8. *Causes and Timing of Death in Extremely Premature Infants from 2000 through 2011* / R. M. Patel, S. Kandefar, M. C. Walsh [et al.] // *New Engl. J. Med.* – 2015. – Vol. 372. – P. 331–340.
9. *Causes of death in very preterm infants cared for in neonatal intensive care units: a population-based retrospective cohort study* / T. Schindler, L. Koller-Smith, K. Lui [et al.] // *BMC Pediatrics.* – 2017. – Vol. 17. – P. 59.
10. *Delivery mode and intraventricular hemorrhage risk in very-low-birth-weight infants: Observational data of the German Neonatal Network* / A. Humberg, C. Härtel, P. Paul [et al.] // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2017. – Vol. 22 (212). – P. 144–149.
11. *Genetic contributions to the development of complications in preterm newborns* / C. Poggi, B. Giusti, E. Gozzini // *PLoSOne.* – 2015. – Vol. 10. – P. 1–13.
12. *Incidence of periventricular/intraventricular hemorrhage in very low birth weight infants: a 15-year cohort study* / S. T. Marba, J. P. Caldas, L. E. Vinagre [et al.] // *J. Pediatr. (Rio J).* – 2011. – Vol. 87 (6). – P. 505–511.
13. *Influence of gestational age on death and neurodevelopmental outcome in premature infants with severe IVH* / R. F. Goldstein, C. M. Cotton, S. Shankaran [et al.] // *J Perinatol.* – 2013. – Vol. 33. – P. 25–32.
14. *Is an endothelial nitric oxide synthase gene mutation a risk factor in the origin of intraventricular hemorrhage?* / P. Vannemreddy, C. Notarianni, K Yanamandra [et al.] // *J. Neurosurg. Focus.* – 2010. – Vol. 28. – P. E11.
15. *Kamezaki F.* Plasma levels of nitric oxide metabolites are markedly reduced in normotensive men with electrocardiographically determined left ventricular hypertrophy Hypertension / F. Kamezaki, M. Tsutsui, M. Takahashio // *Hypertension.* – 2014. – Vol. 64. – P. 516–522.
16. *Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network* / B. J. Stoll, N. I. Hansen, E. F. Bell [et al.] // *Pediatrics.* – 2010. – Vol. 126. – P. 443.
17. *Preterm infant outcomes in New South Wales and the Australian Capital Territory* / S. Bolisetty, N. Legge, B. Bajuk [et al.] // *J. Paediatr. Child H.* – 2015. – Vol. 51. – P. 713–721.
18. *Role of endothelial nitric oxide synthase and endothelin-1 polymorphism genes with the pathogenesis of intraventricular hemorrhage in preterm infants* / D. Szpecht, J. Gadzinowski, A. Seremak-Mrozikiewicz [et al.] // *Sci Rep.* – 2017. – Vol. 7. – P. 42541.
19. *The Glu298Asp polymorphism of the NOS 3 gene as a determinant of the baseline production of nitric oxide* / B. A. Veldman, W. Spiering, P. A. Doevendans [et al.] // *J. Hypertens.* – 2002. – Vol. 20. – P. 2023–2027.
20. *Toda N.* Cerebral blood flow regulation by nitric oxide: recent advances / N. Toda, K. Ayajiki, T. Okamura // *Pharmacol. Rev.* – 2009. – Vol. 61. – P. 62–97.

Дата надходження рукопису до редакції: 13.10.2017 р.

Факторы риска и прогнозирование летальных случаев у недоношенных детей с тяжелыми внутрижелудочковыми кровоизлияниями*Н.С. Артёмова, Е.М. Ковалёва*

ВГОЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Цель – определить факторы риска, которые ассоциируются с возникновением летальных случаев у недоношенных детей с тяжелыми внутрижелудочковыми кровоизлияниями, разработать прогностическую модель развития таких детей.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование, в которое включены 76 недоношенных детей с тяжелыми внутрижелудочковыми кровоизлияниями. Исследование 4a/b полиморфизма гена eNOS проведено методом аллель-специфической полимеразной цепной реакции с определением длины рестрикционных фрагментов. Для идентификации достоверных факторов риска использован простой и пошаговый множественный логистический регрессионный анализ.

Результаты. Показано, что у преждевременно рожденных детей с тяжелыми ВЖК при простом логистическом регрессионном анализе существуют достоверные ассоциации между летальными случаями и весом при рождении, гестационным возрастом, введением сурфактанта, пониженным артериальным давлением на 1-е сутки жизни, респираторным дистресс-синдромом III–IV ст., сепсисом и генетической моделью 4aa+4ab&4bb eNOS гена, но при множественном логистическом регрессионном анализе – только с операцией кесарева сечения, весом при рождении, респираторным дистресс-синдромом III–IV ст. и генетической моделью 4aa+4ab&4bb eNOS гена.

Выводы. Респираторный дистресс-синдром III–IV ст. и генетическая модель 4aa+4ab&4bb eNOS гена достоверно увеличивают риск возникновения летального исхода у преждевременно родившегося ребенка с тяжелым внутрижелудочковым кровоизлиянием, а операция кесарева сечения, наоборот, уменьшают такие риски.

Ключевые слова: преждевременно родившийся ребенок, внутрижелудочковые кровоизлияния, 4a/b полиморфизм eNOS-ген, факторы риска, летальные случаи.

Risk factors and prognosis of lethal incidents in premature infants with severe intraventricular haemorrhages*N.S. Artiomova, O.M. Kovalova*

HSEEU “Ukrainian Medical Stomatological Academy”, Poltava, Ukraine

Purpose – to establish the risk factors associated with the lethal incidents in premature infants with grade III–IV intraventricular hemorrhages and to develop the predictive model of their occurrence.

Materials and methods. The prospective study was conducted, which included 76 prematurely born infants with severe intraventricular hemorrhages. The study of 4a/b polymorphism of eNOS gene was carried out by the method of allele-specific polymerase chain reaction with determination of the restriction fragments length. Simple and step-by-step multiple logistic regression analysis was used to identify the significant risk factors.

Results. It has been shown that in premature infants with severe intraventricular haemorrhages in the simple logistic regression analysis, there are significant associations between Lethal incidents and birth weight, gestational age, administration of surfactant, reduced blood pressure on the 1st day of life, grade III–IV respiratory distress syndrome, sepsis and the genetic model of 4aa+4ab&4bb of eNOS gene, but in the multiple logistic regression analysis – only with the cesarean section, birth weight, grade III–IV respiratory distress syndrome, and genetic model 4aa+4ab&4bb of eNOS gene.

Conclusions. Grade III–IV respiratory distress syndrome and the genetic model of 4aa+4ab&4bb of eNOS gene significantly increase the risk of lethal incident in a premature infant with severe intraventricular haemorrhages, while the cesarean section reduces this risk.

Key words: premature infant, intraventricular hemorrhage, 4a/b polymorphism of eNOS gene, risk factors, lethal incident.

Відомості про авторів

Артёмова Наталья Сергійвна – асистент кафедри педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Європейська, 39, м. Полтава, 36000, Україна.

Ковальова Олена Михайлівна – д.мед.н., проф. кафедри педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Європейська, 39, м. Полтава, 36000, Україна.

УДК 616.314.2-002.2

Н.В. Гасюк¹, О.В. Клитинская², В.Б. Радчук¹, Д.В. Цуканов², В.А. Бородач²

Некоторые особенности процессов дифференциации буккального эпителия в гендерном аспекте

¹ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского»,
г. Тернополь, Украина

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

Слизистая оболочка полости рта является наиболее точным индикатором оценки патологических процессов пищеварительного канала, иммунного статуса организма, общего уровня активности и пролиферации клеточных систем.

Цель – определить особенности течения процессов дифференциации буккального эпителия в гендерном аспекте.

Материалы и методы. Материалом для исследования служил буккальный эпителий, забранный у 25 человек мужского пола, молодого возраста. Буккальный эпителий забирали шпателем с последующим переносом на предметное стекло и высушиванием при открытом доступе воздуха в течение 3–5 минут. Окраска материала проводили по Гимзе–Романовскому и нитро-синим тетразолам, с последующим микроскопическим и морфологическим анализом с учетом процентного соотношения различных форм эпителиоцитов в норме и в гендерном аспекте. Достоверность различий полученных результатов для различных групп определялась с помощью *t*-критерия Стьюдента. В случаях, когда закон распределения статистически достоверно отличался от нормального, рассчитывали непараметрический критерий (*U*) Манна–Уитни как непараметрический аналог *t*-критерия Стьюдента.

Результаты. Определенные различия качественного и количественного состава цитогрaмм обусловленные влиянием эстроген-прогестеронового взаимодействия. Главным отличием является наличие парабазальных эпителиоцитов в клеточном составе цитогрaмм лиц женского пола.

Выводы. Соотношение поверхностных эпителиоцитов достоверно увеличивается у женщин, с параллельным уменьшением количества розовых чешуек, что указывает на преобладание в путях ороговения буккального эпителия лиц женского пола механизмов апоптоза – генетически детерминированной гибели клеток.

Ключевые слова: клетки, эпителий, ядро, ороговение.

Введение

Слизистая оболочка полости рта является наиболее точным индикатором оценки патологических процессов пищеварительного канала, иммунного статуса организма, общего уровня активности, пролиферации клеточных систем [1].

Изменения слизистой, диагностированные на стоматологическом приеме могут носить четко специфический характер, когда по результатам клинического обследования можно поставить диагноз и определить тактику лечения [5]. Однако в большинстве случаев диагностика первичных заболеваний и симптоматических проявлений на слизистой оболочке полости рта осложняется, поскольку клиническая картина неспецифическая и часто осложнена дополнительными неблагоприятными местными и общими факторами [2, 7, 8].

При этом необходим комплекс дополнительных методов исследования для верификации окончательного диагноза [5, 9, 10].

Особенно актуальным является цитологический метод, позволяющий, при минимальных времени и инвазивности поставить диагноз и определить характер нарушений процессов дифференциации эпителия при

развитии воспалительных, предопухолевых и опухолевых процессов [3, 4].

Цель работы – определить особенности течения процессов дифференциации буккального эпителия у лиц мужского пола молодого возраста в норме.

Материалы и методы

Материалом для исследования служил буккальный эпителий, забранный в 25 человек мужского пола молодого возраста. Критериями отбора лиц для обследования служили отсутствие патологического процесса слизистой оболочки полости рта и ткань пародонта, вредных привычек и сопутствующей соматической патологии. Эпителий забирали шпателем с последующим переносом на предметное стекло и высушиванием при открытом доступе воздуха в течение 3–5 минут. Окраска материала проводили по Гимзе–Романовскому, с последующим микроскопическим и морфологическим анализом с учетом процентного соотношения различных форм эпителиоцитов в норме.

С целью детализации особенностей процесса ороговения, обуславливающий клеточный состав данных цитогрaмм нами проведено параллельно исследования цитохимической организации и соотношение

промежуточных, поверхностных клеток эпителия десны с помощью реакции восстановления нитро-синего тетразола (НСТ) [5].

НСТ-тест характеризует активность ферментов, а именно, оксидаз фагосом, дегидрогеназ митохондрий, гликолиза и пентозофосфатного цикла, отражает функциональное состояние клеток. Примененный тест дает информацию о функционировании одного из ключевых ферментов системы тканевого дыхания и окислительного фосфорилирования – никотинамид-флавины-аденин-нуклеотидфосфат-оксидазы, который отражает энергетический потенциал клетки.

Обычно субстратом для НСТ-теста является нейтрофильные гранулоциты, но мы успешно применили данную методику на разных классах эпителиальных клеток. Последний, в случае взаимодействия с цитоплазматическими органеллами десневых эпителиоцитов, а именно митохондриями, где непосредственным субстратом являются ферментами, которые окрашиваются в синий цвет благодаря восстановительно-окислительным реакциям, что позволяет оценить классовую принадлежность клеток и их энергетический потенциал [5].

Статистические методы исследования выполнены в отделе статистических исследований ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины». Параметрические методы применяли для показателей, распределение которых отвечал требованиям нормальности. Для оценки характера распределения определялись коэффициент асимметрии и эксцесс. Проверку нормальности проводили по тесту асимметрии Шапиро–Уилка. Достоверность различий полученных результатов для различных групп определялась с помощью t-критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при общепринятой в медико-биологических исследованиях вероятности ошибки $p < 0,05$. Вероятность ошибки оценивали по таблицам Стьюдента с учетом размера экспериментальных групп. В случаях, когда закон распределения статистически достоверно отличался от нормального, рассчитывали непараметрический критерий (U) Манна–Уитни как непараметрический аналог t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Клеточный состав цитограмм щеки лиц мужского пола молодого возраста при окраске по Гимзе–Романовскому представлен промежуточными ($92,0 \pm 2,18$) и поверхностными клетками ($4,7 \pm 0,19$), а также роговыми чешуйками ($3,3 \pm 0,14$). Уровень контаминации микроорганизмов на промежуточных и поверхностных эпителиоцитах низкий, по сравнению с клеточным составом женского пола, а в ряде цитограмм наблюдали полное отсутствие адгезии микроорганизмов на поверхности клеток данных классов.

Промежуточные клетки, лиц обследованного контингента, характеризуются сравнительно большими размерами, ядра округлой или овальной формы с

везикулами и хорошо выраженными комочками хроматина. Форма клеток полигональная, со слабо-базофильной цитоплазмой. Клетки образуют конгломераты.

Следует заметить, что промежуточные эпителиоциты составляют абсолютное большинство в цитологических препаратах обследованного контингента лиц.

Также особенностью есть наличие зерен гликогена, в цитоплазме промежуточных эпителиоцитов щеки обследованного контингента лиц, что подтверждает результаты исследования предшественников [1] относительно способности многослойного плоского эпителия человека к синтезу и накоплению большого количества данного метаболита.

Обычно, зерна гликогена в виде азур-положительных гранул накапливаются в цитоплазме клеток промежуточного слоя, однако иногда гранулы визуализируются и в поверхностных эпителиоцитах. При этом цитоплазма характеризуется ШИК-положительной реакцией, что указывает на наличие в ней гликогена, в то время как ядра отличаются рассеянной конденсацией хроматина.

НСТ-гранулы в виде голубых скоплений, визуализируются в небольшом количестве.

Поверхностные эпителиоциты, имеют большие размеры, чем промежуточные. Форма клеток полигональная, в цитоплазме визуализируются, мелкие гранулы кератогиалина, ядра небольших размеров, в основном четко контурируются, иногда овальные темные – пикнотические. Цитоплазма данных клеток слабо-базофильная, однако встречаются эпителиоциты с эозинофилией цитоплазмы. В ядрах часто визуализируются мелкие неокрашенные вакуоли, отмечается кариолизис, кариопикноз и кариорексис. В результате, фрагменты ядра полностью элиминируются из цитоплазмы. Расположение поверхностных клетки преимущественно разрозненное. В цитоплазме визуализируются единичные эозинофильные гранулы, указывает на слабую тенденцию к ороговению данного типа эпителиоцитов.

С целью идентификации механизма ороговения эпителия щеки лиц мужского пола молодого возраста, нами проведены цитохимические исследования с применением НСТ-теста.

Цитохимические исследования дают возможность подтвердить механизмы ороговения эпителия, незавершенным путем, поскольку НСТ-гранулы сохраняются, что свидетельствует о явлениях их физиологического некроза – апоптоза.

В части поверхностных клеток, ядра теряют четкость формы и контуров, и приобретают вид ядерной тени. В цитоплазме визуализируются единичные азур-положительные гранулы, наличие которых обеспечивается накоплением в них высокоэнергетического углевода гликогена. Интенсивность накопления последнего в букальном эпителиоцитах значительно ниже у лиц обследованного контингента по сравнению с идентичными клетками в

гендерном аспекте [3]. Однако в цитоплазме сохраняются гранулы кератогиалина и тонофиламентозми сетчатые комплексы, свидетельствует о поэтапном процессе ороговения данного типа клеток. Особенностью цитогрaмм буккального эпителия лиц обследованного контингента является отсутствие парабазальных клеток. Данный факт характеризует процесс дифференциации эпителиоцитов данной анатомической области в норме.

Обращает на себя низкий уровень контаминации микроорганизмов на промежуточных и поверхностных эпителиоцитах, по сравнению с цитогрaммами лиц женского пола [3], а в ряде цитогрaмм полное отсутствие адгезии микроорганизмов на поверхности клетки данных

классов. Следует отметить наличие в цитогрaммах незначительного количества роговых чешуек, которые представлены безъядерными структурами, в процессе дифференциации потерявшими ядро. Цитоплазма чешуек характеризуется эозинофилией.

Сравнивая качественный состав цитогрaмм и определенное процентное соотношение со значениями цитогрaмм лиц женского пола [3], можем сделать вывод об отличиях, обусловленных влиянием эстроген-прогестеронового взаимодействия. Главным отличием является наличие парабазальных эпителиоцитов в клеточном составе цитогрaмм лиц женского пола [3] (табл.).

Таблиця

Сравнительная характеристика средних значений процентного соотношения различных классов клеток многослойного плоского эпителия щеки в гендерном аспекте

Слизистая оболочка щеки	Класс эпителиоцитов			
	парабазальные	промежуточные	поверхностные	роговые чешуйки
Мужчины	0	92,0±2,18	4,7±0,19	3,3±0,14
Женщины	0,3±0,18	92,53±1,01	6,77±0,98*	0,43±0,23*

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с лицами женского пола.

Выводы

Процентное соотношение промежуточных клеток буккального эпителия у лиц мужского пола характеризует норму течения процесса дифференциации эпителия щеки. Соотношение поверхностных эпителиоцитов достоверно увеличивается в сравнении с лицами женского пола, с параллельным уменьшением количества роговых чешуек. Выше приведенные различия указывают на преобладание в путях ороговения буккального эпителия лиц женского пола механизмов апоптоза – генетически

детерминированной гибели клетки. Соответственно, способность барьерной функции более выражена у лиц мужского пола, за счет десквамации.

Перспективы дальнейших исследований

Исследование особенностей процессов дифференциации буккального эпителия в зависимости от пола позволит в дальнейшем прогнозировать развитие заболеваний слизистой оболочки полости рта в гендерном аспекте и снизить осложнения.

Литература

1. Быков В. Л. Функциональная морфология эпителиального барьера слизистой оболочки полости рта / В. Л. Быков // Стоматология. – 1997. – № 3. – С. 12–17.
2. Власова Л. Ф. Цитологический анализ поверхностных слоев эпителия слизистой оболочки рта / Л. Ф. Власова, Л. М. Непомнящих, Е. О. Резникова // Бюл. эксп. биол. – 2000. – № 1. – С. 113–116.
3. Гасюк Н. В. Цитологічні і цитогенетичні особливості слизової оболонки порожнини рота в нормі та при запальному процесі : автореф. дис. ... д.мед.н. : спец. 14.03.09 «Гістологія, цитологія, ембріологія» / Н. В. Гасюк. – Київ, 2016. – 40, [28] с.
4. Гасюк Н. В. Эпителиоциты ротовой полости как маркеры молекулярно-генетических исследований [Электронный ресурс] / Н. В. Гасюк, О. Н. Бойченко, С. Б. Герасименко // Математическая морфология. – Электронный математический медико-биологический журнал. – Т. 12, № 2. – Режим доступа : <http://www.smolensk.ru/user/sgma/MMORPH/N-38.html/cont.htm>. – Название с экрана.
5. Заверная А. М. Методы оценки и коррекции иммунных нарушений у больных с дистрофически-воспалительными и воспалительно-деструктивными заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта / А. М. Заверная, А. С. Волосовец, Т. Н. Андрусенко // Дентальные технологии. – 2005. – № 5. – С. 13–15.
6. Пирс Э. Гистохимия / Э. Пирс. – Москва, 1962. – 780 с.
7. Почтарь В. Н. Клеточный состав мазков со слизистой оболочки полости рта при стоматите / В. Н. Почтарь, А. П. Левицкий, В. Е. Завадский // Вестник стоматологии. – 2006. – № 3. – С. 19–22.
8. Eriksen H. The oral ecosystem: implications for education / H. Eriksen, V. Dimitrov, M. Rohlin // J. Dent. Educ. – 2006. – Т. 10, № 4. – Р. 192–196.

9. Satohisa S. Behavior of tight-junction, adherens-junction and cell polarity proteins during HNF-4alpha-induced epithelial polarization / S. Satohisa, H. Chiba, M. Osanai // *Exp. Cell. Res.* – 2005. – № 310 (1). – P. 66–78.
10. Schmalz G. Release of prostaglandin E2, IL-6 and IL-8 from human oral epithelial culture models after exposure to compounds of dental materials / G. Schmalz, H. Schweiki, K.A. Hiller // *Eur. J. Oral. Sci.* – 2000. – № 108. – P. 442–448.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.10.2017 р.

Деякі особливості процесів диференціалізації букального епітелію в гендерному аспекті

*Н.В. Гасюк¹, О.В. Клітинська²,
В.Б. Радчук¹, Д.В. Цуканов², В.О. Бородач²*
¹ДВНЗ «Тернопільський державний
медичний університет імені І. Я. Горбачевського»,
м. Тернопіль, Україна
²ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна

Слизова оболонка є найбільш точним індикатором оцінки патологічних процесів травного системи, імунного статусу організму, загального рівня активності і проліферації клітинних систем.

Мета – визначити особливості перебігу процесів диференціації булакального епітелію в гендерному аспекті.

Матеріали та методи. Матеріалом для дослідження слугував булакальний епітелій, забраний у 25 чоловіків молодого віку. Забір здійснювали шпателем з наступним переносом на предметне скло і висушували при відкритому доступі кисню 3–5 хвилин. Забарвлення здійснювали по Гімзе–Романовському і нітросинім тетразолам, с подальшим мікроскопічним та морфологічним аналізом та обліком відсоткового співвідношення різних форм епітеліоцитів. Достовірність відмінностей результатів визначали з використанням t-критерію Стьюдента та у випадку відмінності від норми, визначали непараметричний критерій (U) Манна–Уїтні, як непараметричний аналог t-критерію Стьюдента.

Результати. Певні відмінності кількісного і якісного складу цитограм обумовлено впливом естроген-прогестеронової взаємодії. Головною відмінністю є наявність пара базальних епітеліоцитів у клітковому складі цитограм жінок.

Висновки. Співвідношення поверхневих епітеліоцитів достовірно збільшується у жінок, з паралельним зменшенням кількості рогових лусочок, що вказує на переважання в шляхах зроговіння булакального епітелію жінок механізму апоптозу – генетично детермінованої гибелі клітин.

Ключові слова: клітини, епітелій, ядро, зроговіння.

Comparative characteristics of the flow process of differentiation buccal epithelium from a gender perspective

*N.V. Gasyuk¹, O.V. Klitynska¹,
V.B. Radtchuk¹, D.V. Tsukanov², V.O. Borodach²*
¹SHEI “Ternopil State Medical University”,
Ternopil, Ukraine
²SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Mucous membrane of the oral cavity is the most accurate indicator of the evaluation of the pathological processes of the digestive canal, the immune status of the organism, the overall level of activity and proliferation of cellular systems.

Purpose – to determine the features of the flow of processes of differentiation of buccal epithelium in the gender aspect.

Materials and methods. The material for the study served as a buccal epithelium, taken from 25 men, a young man. Buccal epithelium was picked up with a spatula, followed by transfer to a slide and drying with open air access for 3–5 minutes. The material was colored according to Gimza–Romanovsky and nitro-blue tetrazole, followed by microscopic and morphological analysis, taking into account the percentage ratio of different forms of epithelial cells in the norm and in the gender aspect. The reliability of the differences in the results obtained for different groups was determined using Student’s t-test. In cases where the distribution law was statistically significantly different from normal, the nonparametric Manna–Whitney criterion (U) was calculated as a nonparametric analogue of the Student’s t-test.

Results. Certain differences in the qualitative and quantitative composition of the cytograms due to the effect of estrogen-progesterone interaction. The main difference is the presence of parabasal epitheliocytes in the cellular composition of the cytograms of the female.

Conclusions. The ratio of superficial epitheliocytes is significantly increased in women, with a parallel decrease in the number of horny scales, which indicates the predominance of mechanisms of apoptosis – genetically deterministic cell death – in the ways of keratinizing the buccal epithelium of female females.

Key words: cells, epithelium, nucleus, keratinization.

Ведомости про авторов

Гасюк Наталия Владимировна – д.мед.н., доц., доцент кафедры терапевтической стоматологии ГБУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского»; майдан Воли, 1, г. Тернополь, Тернопольская обл., 46000, Украина.

Клитинская Оксана Васильевна – д.мед.н., проф., заведующая кафедрой стоматологии детского возраста ГБУЗ «Ужгородский национальный университет»; пл. Народна, 3, г. Ужгород, Закарпатская обл., 88000, Украина.

Радчук Владимир Богданович – аспирант стоматологического факультета ГБУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского»; майдан Воли, 1, г. Тернополь, Тернопольская обл., 46000, Украина.

Цуканов Дмитрий Владимирович – к.мед.н., доц. кафедры стоматологии детского возраста ГБУЗ «Ужгородский национальный университет»; пл. Народна, 3, г. Ужгород, Закарпатская обл., 88000, Украина.

Бородач Владимир Алексеевич – к.мед.н., доц. кафедры стоматологии детского возраста ГБУЗ «Ужгородский национальный университет»; пл. Народна, 3, г. Ужгород, Закарпатская обл., 88000, Украина.

УДК 351.77:616.314-053.3:577.118

О.В. Клітинська, В.О. Бородач, Д.В. Цуканов, А.А. Васько, В.В. Шетеля

Визначення рівня мікробного ценозу ротової рідини у дітей різних етнічних груп, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду

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

Мета – встановити рівень мікробного ценозу в дітей різних етнічних груп, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду, залежно від ступеня активності карієсу.

Матеріали та методи. Проведено дослідження стану біоценозу порожнини рота та імунологічного статусу у 146 дітей віком 3–8 років різних етнічних груп із різним ступенем активності карієсу, які постійно мешкають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду.

Результати. При оцінці мікробного пейзажу порожнини рота в дітей змішаних етнічних груп виділено такі бактерії: *Streptococcus sobrinus* – у 100%; *Streptococcus mitis* – у 88,3%; *Streptococcus salivarius* – у 82,4%; *Escherichia coli* – у 5,9%; *Proteus vulgaris* – у 47,1%; *Citrobacter freundii* – у 53,1%; *Pseudomonas aeruginosa* – у 47,1%; *Lactobacillus salivarius* – у 11,8%; *Staphylococcus aureus* – у 76,5%; *Enterococcus faecalis* – у 88,3%; *Enterococcus faecium* – у 5,9%; *Bifidobacterium spp.* – у 53,0% випадків. У дітей ромської етнічної групи у 100% висіяно *Streptococcus mutans* у кількості 1×10^4 КУО та *Streptococcus mitis* – 9×10^3 КУО; *Streptococcus salivarius* – 1×10^4 КУО; *Bifidobacterium spp.* – 2×10^7 КУО; *Lactobacillus salivarius* та *Lactobacillus acidophilus* відсутні, та серед представників умовно-патогенної флори *Enterococcus faecalis* – 1×10^5 КУО, що відповідає субкомпенсовій формі дисбіозу.

Висновки. Дослідження мікробіоти ротової порожнини, видова ідентифікація та кількісний її склад є маркером виникнення та прогресування таких захворювань органів порожнини рота, як карієс, запальні та запально-дистрофічні захворювання тканин пародонта та уражень слизової оболонки порожнини рота. У 100% обстежених дітей віком 3–8 років, які постійно проживають у районі біогеохімічного дефіциту фтору та йоду, виділено *Streptococcus sobrinus*.

Ключові слова: діти, карієс, мікробіота ротової рідини, кислото продукуючі мікроорганізми, біогеохімічний дефіцит фтору та йоду.

Вступ

Дослідження є фрагментом наукової теми кафедри стоматології дитячого віку стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет» «Вдосконалення надання стоматологічної допомоги дітям, які проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду» (№ держреєстрації 0114U004123), що виконувалась на підставі договорів про науково-технічну співпрацю з Пряшівським університетом (Словаччина, 2006), з Інститутом стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика (2009), з клінікою щелепно-лицевої хірургії університету П. Й. Шафарика (Словаччина, 2010), з Дебреценським університетом (Угорщина, 2010).

У доступних джерелах наукової літератури [1, 2, 4–6, 8, 9, 11, 12, 18] велику увагу приділяють вивченню мікробіологічного статусу дітей та підлітків зі встановленням превалювання певних видів мікроорганізмів як етіологічних чинників виникнення та прогресування основних стоматологічних захворювань. Проте основну роль у виникненні захворювання відіграють саме фактори місцевого і загального імунітету та стан соматичного здоров'я організму, особливо в дитячому віці [3, 7, 10, 13–17, 19–23].

При проведенні епідеміологічних досліджень серед дитячого населення Закарпатської області встановлено, що суттєвим є етнічний чинник у виникненні захворювань. Так, зокрема, у дітей ромської етнічної групи захворюваність на карієс достовірно нижча, на відміну від дітей української, угорської, словацької, польської етнічних груп. Хоча виокремити чисту етнічну групу досить складно, проте при превалюванні ромської поширеність та активність карієсу нижча.

Оскільки для дослідження були відібрані діти, які постійно проживають в умовах природного йод-фторного дефіциту, характер та склад харчування дітей суттєво не відрізняється, гігієна порожнини рота в цілому на одному рівні, незадовільному, – це спонукало висунути припущення про кореляцію мікробного пейзажу з факторами місцевого імунітету, як основних чинників розвитку та прогресування основних стоматологічних захворювань серед дитячого населення.

Мета роботи – встановити рівень мікробного ценозу в дітей різних етнічних груп, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду, залежно від ступеня активності карієсу.

Матеріали та методи

Для клінічного обґрунтування та встановлення достовірності даного припущення проведено дослідження стану біоценозу порожнини рота та імунологічного статусу 146 дітей 3–8 років різних етнічних груп з різним ступенем активності карієсу, які постійно мешкають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду.

Обстеження дітей проведено після згоди батьків чи опікунів у ТОВ «Стоматологічна поліклініка» стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Мікробіологічні дослідження

проводилися в мікробіологічній лабораторії Закарпатського відділення Товариства мікробіологів України імені С. М. Виноградського (Голови Товариства, д.б.н., професора Н. В. Бойко).

Серед 146 обстежених дітей 37 були – ромської етнічної групи, що склало 25,3%, 109 – інших національностей, – 74,7%. Діти були розподілені на групи залежно від активності карієсу: 35 – з компенсованим карієсом (24,0%), 26 – з субкомпенсованим (17,8%), 35 – з декомпенсованим карієсом (24,0%) та 50 здорових дітей, 25 ромської етнічної групи та 25 інших етнічних груп, які склали контрольну групу (табл.).

Таблиця

Розподіл обстежених залежно від етнічної належності та ступеня активності карієсу

Етнічні групи	Група 1, діти з компенсованим карієсом		Група 2, діти з субкомпенсованим карієсом		Група 3, діти з декомпенсованим карієсом		Контрольна група, здорові діти	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ромська етнічна група	12	8,2	–	–	–	–	25	17,1
Змішані етнічні групи	23	15,8	26	17,8	35	24,0	25	17,1
Усього	35	24,0	26	17,8	35	24,0	50	34,2

Для встановлення рівня мікробного пейзажу порожнини рота здійснено забір ротової рідини та мікробного м'якого нальоту в пришийковій ділянці. Висіви проводилися на поживні середовища: – м'ясо-пептонний, селективний агар, селективне напіврідке середовище, напіврідке середовище, середовище Ендо, вісмут-сульфідний агар, ентерококовий агар, лактобак-агар, біфідум-агар для культивування біфідобактерій.

Приготування поживних середовищ та мікробної культури, висівання та інкубування здійснювалося за загальноприйнятими стандартами, прийнятими в лабораторній мікробіологічній діагностиці відповідно до наказу МОЗ України від 05.04.2007 р. № 167 про затвердження методичних вказівок «Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів».

Результати дослідження та їх обговорення

Результати визначення мікробіоти слини в обстежених дітей ромської, змішаних та контрольної груп наведено на рисунках 1–3.

Середнє значення загального мікробного числа в дітей контрольної групи становило 4×10^5 , достовірно не відрізнялися показники в дітей ромської етнічної групи 6×10^5 ($p > 0,05$), а в дітей змішаних етнічних груп було достовірно вищим та становило 6×10^9 ($p < 0,05$). Серед видової належності були суттєві відмінності в дітей різних груп. Так, у дітей змішаних етнічних груп висівалися як представники нормальної мікрофлори порожнини рота, так і умовно-патогенні та патогенні мікроорганізми.

Нормальна мікрофлора порожнини рота представлена *Streptococcus mitis*, *S. salivarius*, *Lactobacillus salivarius*, *Bifidobacterium spp.* – у нормі

зустрічаються у ротовій порожнині, зокрема слині, зубному нальоті, на слизових оболонках порожнини рота. Кількість даної мікробіоти у дітей основної групи була незначною: *Streptococcus mitis* – 1×10^4 КУО; *Streptococcus salivarius* – 2×10^4 КУО; *Bifidobacterium spp.* – 1×10^4 КУО; *Lactobacillus salivarius* – 8×10^2 КУО; *Lactobacillus acidophilus* – 8×10^1 КУО.

Streptococcus sobrinus – типовий карієсо-утворюючий вид, разом з *Streptococcus mutans* утворюють групу подібних до *Streptococcus mutans* видів за біохімічними властивостями та впливом на поверхню зубної емалі та деструкцію тканини зубів. Висівався у 100% дітей основної групи, середні значення становили *Streptococcus sobrinus* – 4×10^4 КУО. Інші види, зокрема представники грамнегативної мікробіоти, а також види роду *Enterococcus spp.* та *Staphylococcus aureus* в нормі не мають бути присутні серед нормальної мікробіоти; дані представники (*Escherichia coli* – 6×10^6 КУО; *Proteus vulgaris* – 8×10^8 КУО; *Citrobacter freundii* – 2×10^7 КУО; *Pseudomonas aeruginosa* – 1×10^9 КУО; *Enterococcus faecalis* – 1×10^5 КУО; *Enterococcus faecium* – 1×10^3 КУО) є нормобіотою та умовно-патогенними представниками бактерій ШКТ. А *Staphylococcus aureus* є збудником багатьох інфекцій і захворювань, викликає опортуністичні та нозокоміальні інфекції у людей зі зниженим імунітетом висівався у кількості 1×10^3 КУО.

Даний мікробний пейзаж порожнини рота відповідає третьому ступеню дисбіозу за В. В. Хазановою [3] у всіх дітей основної групи, незважаючи на ступінь активності карієсу, та характеризується виявленням патогенної монокультури при різкому зниженні кількості або повній відсутності представників нормальної (фізіологічної) мікрофлори.

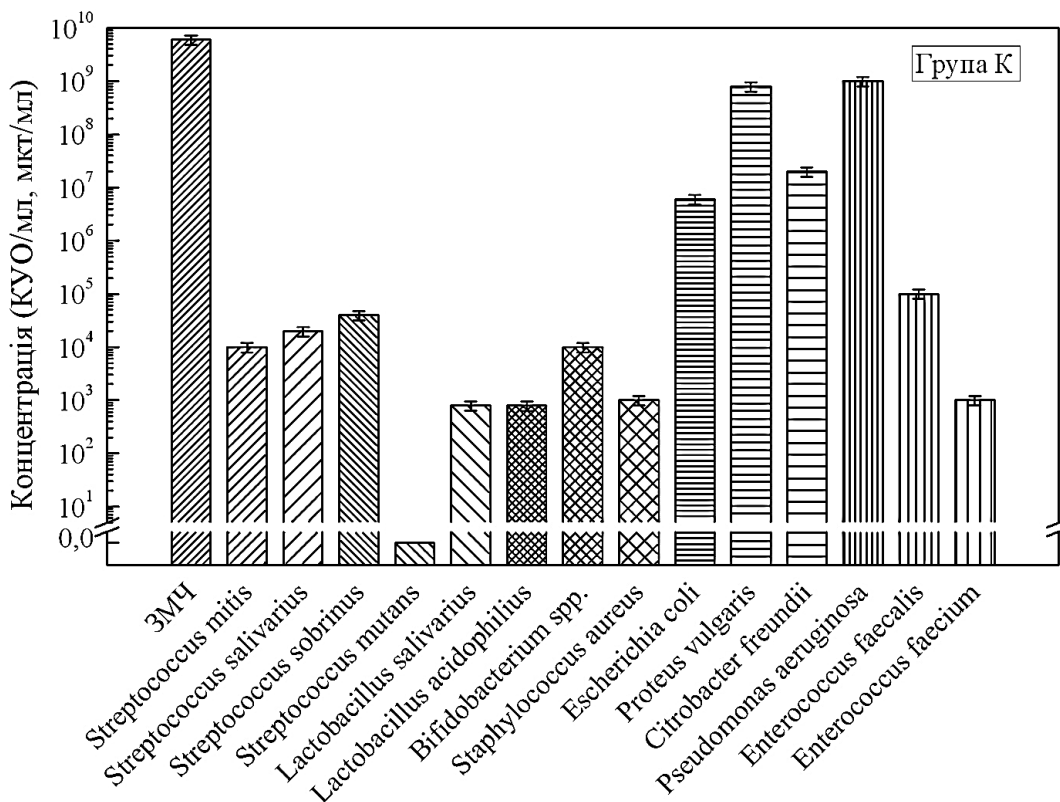


Рис. 1. Концентрація різних видів мікроорганізмів у ротовій рідині дітей змішаних етнічних груп

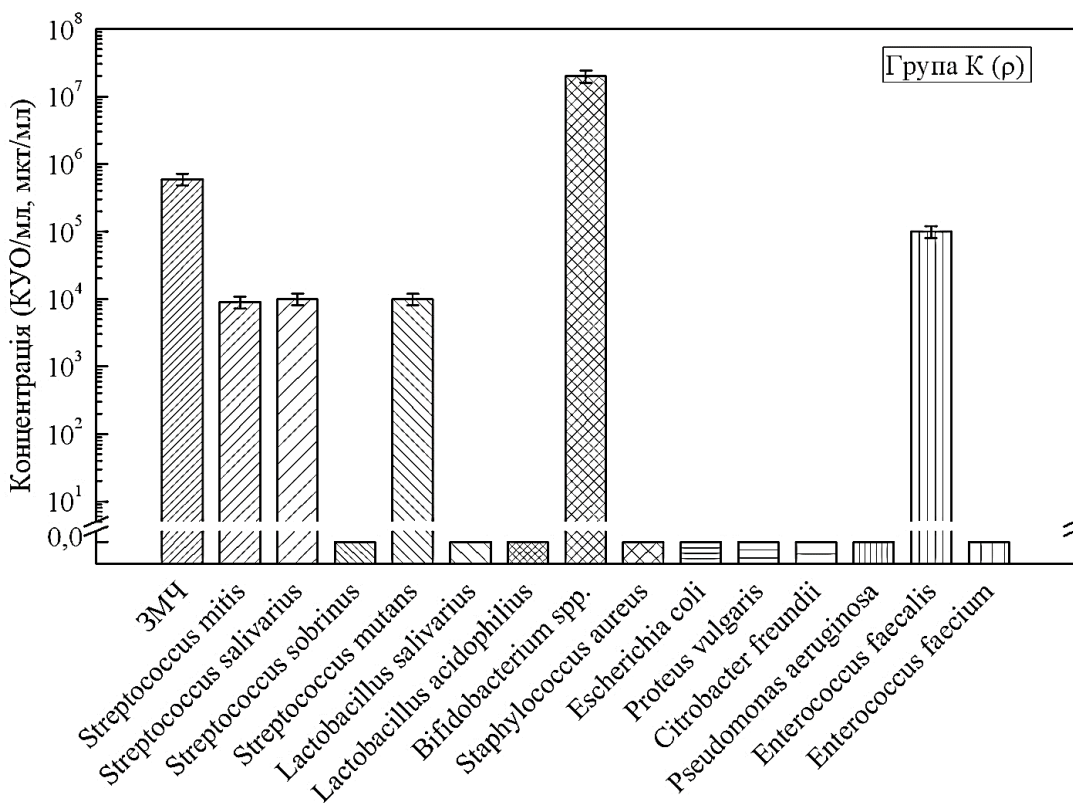


Рис. 2. Концентрація різних видів мікроорганізмів у ротовій рідині дітей ромської етнічної групи

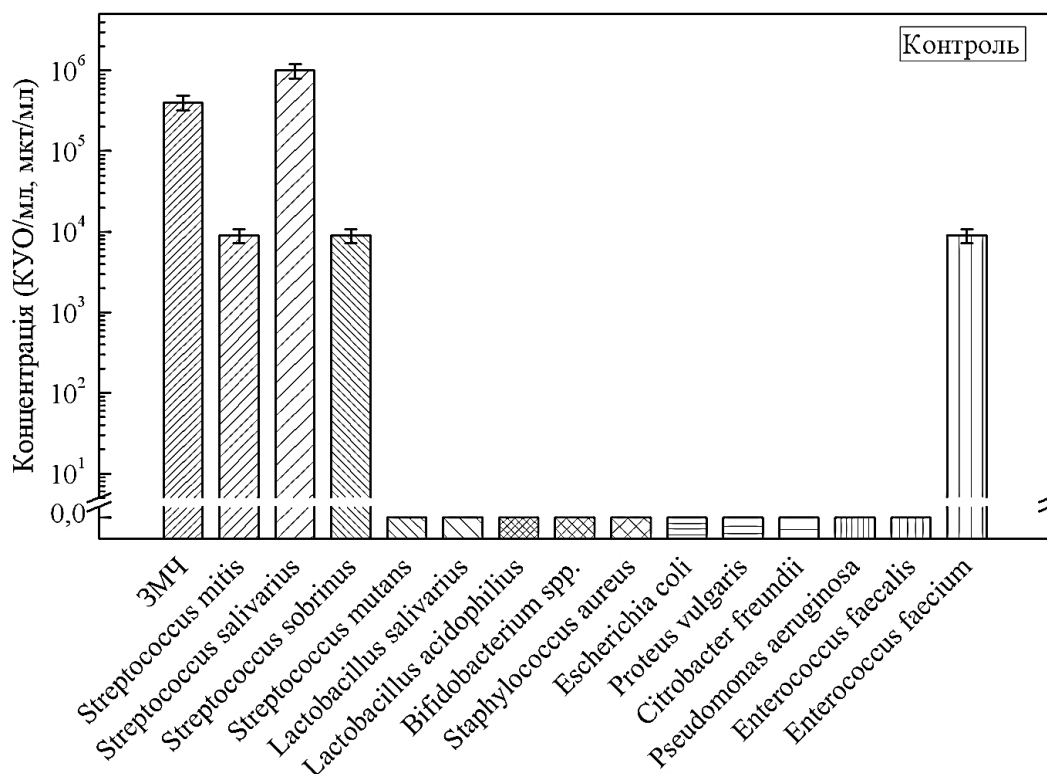


Рис. 3. Концентрація різних видів мікроорганізмів у ротовій рідині дітей контрольної групи

У дітей ромської етнічної групи частота висівання мікрофлори достовірно відрізнялася. Так, середнє значення загального мікробного числа склало 6×10^5 . Нормофлора представлена *Streptococcus mitis* – 9×10^3 КУО; *Streptococcus salivarius* – 1×10^4 КУО; *Bifidobacterium spp.* – 2×10^7 КУО; *Lactobacillus salivarius* та *Lactobacillus acidophilus* відсутні. Серед представників умовно-патогенної флори *Enterococcus faecalis* – 1×10^5 КУО.

У всіх представників ромської етнічної групи виділено *Streptococcus mutans* у кількості 1×10^4 КУО, а *Streptococcus sobrinus* не висівався. Відповідно в пацієнтів даної групи діагностовано субкомпенсовану форму дисбіозу, для якого характерна наявність одного-двох видів умовно-патогенних мікроорганізмів на тлі деякого зниження титру лактобактерій.

У обстежених контрольної групи нормофлора представлена *Streptococcus mitis* – 9×10^3 КУО; *Streptococcus salivarius* – 1×10^6 КУО; *Bifidobacterium spp.*, *Lactobacillus salivarius* та *Lactobacillus acidophilus* відсутні. Кислотоутворюючі стрептококи представлені *Streptococcus sobrinus* у кількості 9×10^3 КУО; умовно-патогенні представлені *Enterococcus faecalis* – 9×10^3 КУО. Середні значення загального мікробного числа становили 4×10^5 . Дані показники відповідають дисбіотичним змінам I ступеня. У всіх пацієнтів з декомпенсованим карієсом встановлено наявність дисбіозу порожнини рота III–IV ступеня. Були виділені натупні мікроорганізми: *Streptococcus sobrinus* – у 100%; *Streptococcus mitis* – у 88,3%; *Streptococcus salivarius* – у 82,4%; *Escherichia coli* – у 5,9%; *Proteus vulgaris* –

у 47,1%; *Citrobacter freundii* – у 53,1%; *Pseudomonas aeruginosa* – у 47,1%; *Lactobacillus salivarius* – у 11,8% випадків (є сумніви щодо видової приналежності, точність 97% з використанням біохімічного тесту Erba–Lachema, потребує уточнення на MALDI); *Staphylococcus aureus* – у 76,5%; *Enterococcus faecalis* – у 88,3%; *Enterococcus faecium* – у 5,9%; *Bifidobacterium spp.* – у 53,0% (дає сумнівні результати (65%) з використанням біохімічного анаеротесту Erba–Lachema, потребує уточнення на MALDI).

Streptococcus mitis, *S. salivarius*, *Lactobacillus salivarius*, *Bifidobacterium spp.* – у нормі зустрічаються у ротовій порожнині, зокрема слині, зубному нальоті, на слизових оболонках порожнини рота. *Streptococcus sobrinus* – типовий карієсоутворюючий вид, разом з *Streptococcus mutans* утворюють групу подібних до *Streptococcus mutans* видів за біохімічними властивостями та впливом на поверхню зубної емалі та деструкцію тканини зубів.

Одним із найбільш значних факторів їх вірулентності є їх кислотостійкість. При аналізі механізму кислотостійкості та адаптації стрептококів до кислого середовища виявлено, що *Streptococcus sobrinus* може продовжувати свій ріст і розмноження при кислотності середовища рН 5,0, в таких умовах він продовжує ферментувати вуглеводи шляхом гліколізу і продовжує закислення середовища навколо себе, при чому окремі ферментні системи *Streptococcus sobrinus* (зокрема фосфотрансферазна система) перебувають у стані вищої активності при рН 5,0, ніж у нейтральному

середовищі, що створюють умови для виникнення демінералізації емалі, особливо тимчасових зубів у дітей. Інші види, зокрема представники грамнегативної мікробіоти, а також види роду *Enterococcus spp.* та *Staphylococcus aureus* у нормі не мають бути присутні серед нормальної мікробіоти; дані представники (*Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, *Citrobacter freundii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecalis*, *E. faecium*) є нормобіотою та умовно-патогенними представниками бактерій ШКТ. А *Staphylococcus aureus* є збудником багатьох інфекцій і захворювань, викликає опортуністичні та нозокоміальні інфекції у людей зі зниженим імунітетом.

Висновки

Дослідження мікробіоти ротової порожнини, видова ідентифікація та кількісний її склад є маркером виникнення та прогресування таких захворювань органів порожнини рта як карієс, запальні та запально-дистрофічні захворювання тканин пародонта та уражень слизової оболонки порожнини рта. Зокрема, *Streptococcus sobrinus*, яку виділено у 100% обстежених дітей, у віці 3–

8 років, які постійно проживають у районі біогеохімічного дефіциту фтору та йоду, визнано найбільш ацидофільною бактерією, яка персистує в порожнині рта людини, оскільки колонії бактерій при pH 5,0 продовжують активні синтетичні процеси, в них відсутні шокові і стресові протеїни, що було доведено на хемостатній культурі, ДНК, РНК-аналізі та Вестерн-блоттингу. Їх вчасне виявлення та раціональне усунення їх токсичного впливу, шляхом зменшення їх кількості дозволить знизити ризик виникнення захворювань органів ротової порожнини та створить умови для повноцінного формування усіх структур порожнини рта у дітей.

Перспективи подальших досліджень

Вивчення стану мікробної контамінації порожнини рта в дітей різних етнічних груп, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду з виокремленням найбільш патогенних при різних ступенях активності карієсу є цікавим з точки зору подальшого пошуку найбільш дієвих методів попередження їх негативного впливу на формування та прогресування захворювання порожнини рта.

Література

1. Гавриленко М. А. Застосування синбіотиків у комплексі профілактичних засобів у дошкільнят з карієсом зубів : автореф. дис. ... к.мед.н. : 14.01.22 – стоматологія / М. А. Гавриленко. – Одеса, 2007. – 20 с.
2. Иванова Л. А. Диагностика дисбиоза и пути коррекции микробного состава полости рта : автореф. дисс. ... к.мед.н. за специальностью 14.01.21 – стоматология / Л. А. Иванова. – Пермь, 2010. – 18 с.
3. Изучение микробиоценоза при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта / В. В. Хазанова, И. М. Рабинович, Е. А. Земская [и др.] // Стоматология. – 1996. – Т. 75, № 2. – С. 26–28.
4. Леус П. А. Биофильм на поверхности зуба и кариес / П. А. Леус. – Москва : СТВООК, 2008. – 88 с.
5. Манак Т. Н. Микрофлора полости рта и ее роль в развитии заболеваний периодонта / Т. Н. Манак // Стоматологический журнал. – 2012. – Т. XIII, № 3. – С. 178–181.
6. Мартынова Е. А. Полость рта как локальная экологическая система / Е. А. Мартынова // Стоматология. – 2008. – № 3. – С. 68–75.
7. Antagonistic effect of protein extracts from *Streptococcus sanguinis* on pathogenic bacteria and fungi of the oral cavity / S. Ma, H. Li, C. Yan [et al.] // Experimental and therapeutic medicine. – 2014. – Vol. 7. – P. 1486–1494.
8. Arora N. Microbial role in periodontitis: Have we reached the top? Some unsung bacteria other than red complex / N. Arora, N. Chugh, A. Mishra // J. Indian. Soc. Periodontol. – 2014. – Vol. 18 (1). – P. 9–13.
9. Bacterial profiles of saliva in relation to diet, lifestyle factors, and socioeconomic status / D. Belstrom, P. Holmstrup, C. H. Nielsen [et al.] // J. Oral. Microbiol. – 2014. – Vol. 6. – P. 236–239.
10. Composition of Microbial Oral Biofilms during Maturation in Young Healthy Adults / D. Langfeldt, S.C. Neulinger, W. Heuer [et al.] // PLoS ONE. – 2014. – Vol. 9 (2). – P. 874–889.
11. Ekback G. Caries in five different socio-economic clusters in Orebro county / G. Ekback, C. Persson // Community Dent Health. – 2012. – Vol. 29. – P. 229–232.
12. Evaluation of Salivary *Streptococcus mutans* and Dental Caries in Children with Heart Diseases / B. Ajami, G. Abolfathi, E. Mahmoudi, Z. Mohammadzadeh // J. Dent. Res. Dent. Clin. Dent. Prospects. – 2015. – Vol. 9 (2). – P. 105–108.
13. Influence of dietary supplementation with *Lactobacillus reuteri* on the oral flora of healthy subjects / G. Sinkiewicz, S. Cronholm, L. Ljunggren [et al.] // Swed. Dent J. – 2010. – Vol. 34 (4). – P. 197–206.
14. Interspecies communication and periodontal disease / A. Mahajan, B. Singh, D. Kashyap [et al.] // The Scientific World Journal. – 2013. – Vol. 13. – P. 2–8.

15. *Loveren C. J.* Similarity of bacteriocin activity profiles of mutans streptococci within the family when the children acquire the strains after the age of 5 / C. J. Loveren, J. F. Buijs, J. M. Cate // *Caries Res.* – 2000. – Vol. 34. – P. 481–485.
16. *Metagenomic* Analysis of Nitrate-Reducing Bacteria in the Oral Cavity: Implications for Nitric Oxide Homeostasis / E. R. Hyde, F. Andrade, Z. Vaksman [et al.] // *PLoS ONE.* – 2014. – Vol. 9 (3). – P. 11–13.
17. *Microbial* complexes in supragingival plaque / A.D. Haffajee, S.S. Socransky, M. Patel, X. Song // *Oral. Microbiol. Immunol.* – 2008. – Vol. 23. – P. 196–205.
18. *Probiotic* *Lactobacillus paracasei* effect on cariogenic bacterial flora / L.–C. Chuang, C.–S. Huang, L.–W. Ou–Yang, S.–Y. Lin // *Clin. Oral. Investig.* – 2011. – Vol. 15 (4). – P. 471–476.
19. *Role* of complement in host-microbe homeostasis of the periodontium / G. Hajishengallis, T. Abea, T. Maekawa [et al.] // *Semin. Immunol.* – 2013. – Vol. 25 (1). – P. 65–72.
20. *Samot J.* Adherence capacities of oral lactobacilli for potential probiotic purposes / J. Samot, J. Lebreton, C. Badet // *Anaerobe.* – 2011. – Vol. 17 (2). – P. 69–72.
21. *Shi Y.* WHO pathfinder caries survey in Beijing extended with data for prevalence of mutans streptococci / Y. Shi, D. Barmes, D. Bratthall // *Brit. Dent J.* – 2012. – Vol. 42. – P. 31–36.
22. *Singh R. P.* Salivary mutans streptococci and lactobacilli modulations in young children on consumption of probiotic ice-cream containing *Bifidobacterium lactis* Bb12 and *Lactobacillus acidophilus* La5 / R. P. Singh, S. G. Damle, A. Chawla // *Acta Odontol Scand.* – 2011. – Vol. 69 (6). – P. 389–394.
23. *Twetman S.* Are we ready for caries prevention through bacteriotherapy? / S. Twetman // *Braz. Oral. Res.* – 2012. – Vol. 26 (Spec. Iss. 1). – P. 64–70.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.10.2017 р.

Определение уровня микробного ценоза ротовой жидкости у детей разных этнических групп, которые постоянно проживают в условиях биогеохимического дефицита фтора и йода

О.В. Клитинская, В.О. Бородач,
Д.В. Цуканов, А.А. Васько, В.В. Шетеля
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – определить уровень микробного ценоза у детей разных этнических групп, проживающих в условиях биогеохимического дефицита фтора и йода, в зависимости от активности кариеса.

Материалы и методы. Проведено обследование 146 детей в возрасте 3–8 лет разных этнических групп, постоянно проживающих в условиях биогеохимического дефицита фтора и йода.

Результаты. При оценке микробного пейзажа детей смешанных этнических групп высеяны: *Streptococcus sobrinus* – у 100%; *Streptococcus mitis* – у 88,3%; *Streptococcus salivarius* – у 82,4%; *Escherichia coli* – у 5,9%; *Proteus vulgaris* – у 47,1%; *Citrobacter freundii* – у 53,1%; *Pseudomonas aeruginosa* – у 47,1%; *Lactobacillus salivarius* – у 11, 8%; *Staphylococcus aureus* – у 76,5%;

Enterococcus faecalis – у 88,3%; *Enterococcus faecium* – у 5,9%; *Bifidobacterium spp.* – у 53,0% случаев. У детей ромской этнической группы у 100% высеяны *Streptococcus mutans* в количестве 1×10^4 КУО и *Streptococcus mitis* – 9×10^3 КУО; *Streptococcus salivarius* – 1×10^4 КУО; *Bifidobacterium spp.* – 2×10^7 КУО; *Lactobacillus salivarius* и *Lactobacillus acidophilus* отсутствовали, и среди представителей условно-патогенной флоры – *Enterococcus faecalis* – 1×10^5 КУО, что соответствует субкомпенсированой форме дисбиоза.

Выводы. Исследование микробиоты ротовой жидкости, видовая идентификация и ее количественный состав являются маркером образования и прогрессирования кариеса, воспалительных и воспалительно-дистрофических заболеваний тканей пародонта и поражений слизистой оболочки. У 100% детей смешанных этнических групп в возрасте 3–8 лет, постоянно проживающих в условиях биогеохимического дефицита фтора и йода, присутствует *Streptococcus sobrinus*.

Ключевые слова: дети, кариес, микробиота ротовой жидкости, кислото продуцирующие микроорганизмы, биогеохимический дефицит фтора и йода.

Determination of oral microbial communities liquid of children of different ethnic groups domiciled in biogeochemical deficiency of fluorine and iodine

O.V. Klitynska, V.O. Borodach,
D.V. Tsukanov, A.A. Vasko, V.V. Chetela
SU "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

Purpose – establish the level of microbial coenosis of children of different ethnic groups residing permanently in terms of biogeochemical fluorine and iodine deficiency depending on the degree of activity of dental caries.

Materials and methods. There was conducted a research of the stage of ecological community oral and immunological status of 146 children 3–8 years of different ethnic groups with varying degrees of caries activity residing permanently in biogeochemical conditions and shortage of fluoride and iodine.

Results. There were identified next bacteria during assessment of oral microbial landscape of children of mixed ethnic groups: *Streptococcus sobrinus* – 100%; *Streptococcus mitis* – in 88,3%; *Streptococcus salivarius* – at 82,4%; *Escherichia coli* – 5,9%; *Proteus vulgaris* – at 47,1%; *Citrobacter freundii* – at 53,1%; *Pseudomonas aeruginosa* – in 47,1%; *Lactobacillus salivarius* – at 11,8%;

Staphylococcus aureus – at 76,5%; *Enterococcus faecalis* – at 88,3%; *Enterococcus faecium* – 5,9%; *Bifidobacterium spp.* – 53,0% of cases. Roma children ethnic group in 100% sown in *Streptococcus mutans* number 1×10^4 coefficient expanse format and *Streptococcus mitis* – 9×10^3 coefficient expanse format; *Streptococcus salivarius* – 1×10^4 coefficient expanse format; *Bifidobacterium spp.* – 2×10^7 coefficient expanse format; *Lactobacillus salivarius* and *Lactobacillus acidophilus* missing and among pathogenic flora *Enterococcus faecalis* – 1×10^5 coefficient expanse format corresponding to subcompensated form of dysbiosis.

Conclusions. The study of oral microbial landscape, species identification and its quantitative composition is a marker of occurrence and progression of such diseases of the oral cavity as caries, inflammatory and inflammatory and degenerative diseases of periodontal tissues and lesions of the oral mucosa. In 100% of the surveyed children aged 3–8 years who are resident in the area of biogeochemical fluorine and iodine deficiency has been allocated *Streptococcus sobrinus*.

Key words: children, tooth decay, microbial landscape of oral liquid, acid-producing microorganisms, biogeochemical deficiency of fluoride and iodine.

Відомості про авторів

Клітинська Оксана Василівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Бородач Володимир Олексійович – к.мед.н., доц. кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Цуканов Дмитро Володимирович – к.мед.н., доц. кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Васько Артур Артурович – к.мед.н., доц. кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Шетеля Володимир Володимирович – аспірант кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 615.327-036.8:611-018.4

І.Р. Мисула, А.О. Голяченко, Ю.І. Мисула, О.А. Голяченко, Н.І. Сидлярчук

Сучасні аспекти відновного лікування остеохондрозу хребта, поєднаного з остеопорозом

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

Мета – вивчити ефективність лікувальних методик із застосуванням сульфатно-гідрокарбонатного торфоболота та низькоінтенсивних фізіотерапевтичних методів – низькочастотної ультразвукової терапії та мікрохвильової резонансної терапії у хворих із поперековим остеохондрозом, поєднаним з остеопорозом.

Матеріали та методи. Обстежено 129 пацієнтів з остеохондрозом (72 жінки – 55,8%, 55 чоловіків – 44,2%) у віці 30–65 років. Розроблено 2 реабілітаційні комплекси з аплікаціями торфоболота та із застосуванням низькоінтенсивних фізіотерапевтичних методів. Клінічне та лабораторне обстеження хворих проводилось до та після лікування. Результати досліджень порівнювалися з контрольною групою, які отримували лише засоби фізичної реабілітації – масаж, ЛФК.

Результати. Застосування у хворих низькоінтенсивних фізіотерапевтичних методів у поєднанні з аплікаціями торфоболота сприяло більш вираженій позитивній динаміці суглобового синдрому та розвитку імунотерапії.

Висновки. Включення пелоїдотерапії та низькоінтенсивних методів дає виражений знеболювальний та протизапальний ефект, прискорює регенерацію пошкоджених клітин. При застосуванні лікувального комплексу спостерігається виражений імунотерапевтичний ефект. Комплексне лікування чинить позитивний вплив на основні ланки патогенезу остеохондрозу, поєднаного з остеопорозом, у результаті чого припиняються деструктивні процеси в хрящі і настає клінічне поліпшення стану хворих.

Ключові слова: остеохондроз, остеопороз, торфоболото, фізіотерапія.

Вступ

Дегенеративно-дистрофічні ураження хребта і суглобів відносяться до захворювань, при яких у патологічний процес втягаються не лише локомоторний апарат, але й різні системи в більшій чи меншій мірі [1, 4, 6]. Захворювання супроводжується змінами регіонарної гемодинаміки та мікроциркуляції тканин, порушенням метаболізму та ферментативних процесів, гормонального фону, імунологічної реактивності та іншими відхиленнями [2, 7, 10, 13]. Практична значимість фізіотерапії, природних факторів у лікуванні вертеброгенних хворих доведена чисельними спостереженнями лікарів та підтверджена науковими дослідженнями. Для ефективного впливу на таких хворих доцільно застосовувати фізичні фактори, які мають політропну дію, зокрема грязелікування, що залишилося поза увагою авторів [3, 5, 9, 12, 15]. Застосування комплексного підходу дасть змогу в більш ранні терміни усунути основні клінічні прояви захворювання та відновити фізіологічну рівновагу і працездатність хворих, попередити розвиток рецидивів, продовжити строки ремісії.

Мета роботи – вивчити ефективність лікувальних методик із застосуванням сульфатно-гідрокарбонатного торфоболота та низькоінтенсивних фізіотерапевтичних методів – низькочастотної ультразвукової терапії та мікрохвильової резонансної терапії у хворих із поперековим остеохондрозом (ОХ), поєднаним з

остеопорозом; встановити можливості та перспективи їх використання в реабілітації даного контингенту хворих.

Матеріали та методи

Обстежено 129 пацієнтів з ОХ (72 жінки – 55,8%, 55 чоловіків – 44,2%) у віці 30–65 років. Діагностика ОХ та його стадій здійснена з використанням критеріїв ВООЗ.

Усі пацієнти розподілені на дві репрезентативні групи. Основними критеріями репрезентативності були вік пацієнтів, стать і стадія процесу. Пацієнтам I групи (45 осіб) проведено реабілітаційне лікування: загальні аплікації сульфатно-гідрокарбонатного торфоболота температура якого становила 45–48°C, які призначалися через день, тривалістю 10 хв, на курс 10 процедур у поєднанні із масажем та ЛФК.

45 пацієнтам (II група) в лікувальний комплекс включено загальні аплікації сульфатно-гідрокарбонатного торфоболота, температура якого 45–48°C, які призначалися через день, тривалістю 10 хв, на курс 10 процедур у поєднанні із ультразвуковою терапією на поперекову ділянку хребта паравертебрально, інтенсивністю 0,6–0,8 Вт/см², режим постійний, методика рухлива, тривалістю 10 хв, через день, курс – 10 процедур; мікрохвильовою резонансною терапією на поперекову ділянку хребта паравертебрально, тривалістю 10 хв, через день, курс 10 процедур; масажем та ЛФК.

Клінічне та лабораторне обстеження хворих проведено до та після лікування. Результати досліджень порівнювались з контрольною групою – 39 здорових осіб.

Оцінка суглобового синдрому проведена методом вивчення больового, суглобового, запального індексу за Річі.

Больовий індекс підраховано при активних та пасивних рухах у суглобах (в балах):

0 – болю немає;

1 – незначний біль;

2 – помірний біль, у результаті чого рухи обмежені;

3 – сильний біль, рухи різко обмежені або неможливі.

Суглобовий індекс визначено методом пальпації (в балах):

0 – суглоб нечутливий;

1 – слабкий біль;

2 – помірний біль, хворий морщитьється;

3 – різкий біль, хворий відсмикує кінцівку.

Запальний індекс визначено методом огляду та пальпації (в балах):

0 – ексудації немає;

1 – ексудація незначна;

2 – ексудація помірна;

3 – ексудація різко виражена.

У нашому дослідженні індекс Річі визначено загальною сумою балів больовості уражених суглобів при їх пальпації (суглобовий індекс) та при активних і пасивних рухах у даних суглобах (больовий індекс).

Кількісне визначення С-реактивного протеїну (CRP) у сироватці крові здійснено імунотурбідиметричним методом за (11).

CD4, CD8, CD22 визначено методом проточної цитофлуориметрії з використанням відповідних наборів реактивів на проточному цитофлуориметрі Beckman Coulter Erix XL.

Мікрохвильова резонансна терапія здійснена шляхом зоняльного впливу на поперекову ділянку низькоінтенсивним електромагнітним випромінюванням міліметрового діапазону (1–10 мм), потужністю 2–10 мВт, частотою модуляції 1–99 Гц.

Низькочастотна ультразвукова терапія проведена паравертебрально низькочастотним ультразвуком із робочою частотою апарату 880 кГц, амплітудою коливань 2–5 мкм, потужністю ультразвукових коливань 0,6–0,8 Вт/см², коливанням частоти 10–100 Гц.

Контроль за ефективністю здійснено за допомогою стандартизованих клінічних індексів та імунологічних показників.

Результати дослідження та їх обговорення

Отримані в дослідженні дані наведено в таблиці.

Як видно з таблиці, використання низькоінтенсивних фізіотерапевтичних методів сприяло більш вираженій позитивній динаміці суглобового синдрому. Про це свідчить достовірне зменшення величин суглобового та больового індексів. Одночасно у хворих 2-ї групи спостерігалось достовірне підвищення вихідної зниженої функції CD4 та CD8 при одночасному зниженні активності CD22, що розцінюється нами як імуномодуляція.

Висновки

Включення пелоїдотерапії та низькоінтенсивних методів дає виражений знеболювальний та протизапальний ефект, прискорює регенерацію пошкоджених клітин.

При застосуванні лікувального комплексу спостерігається виражений імуномодулюючий ефект.

Комплексне лікування здійснює позитивний вплив на основні ланки патогенезу ОХ, поєднаного з остеопорозом, у результаті чого призупиняються деструктивні процеси в хрящі і настає клінічне поліпшення.

Перспективи подальших досліджень

Нез'ясованими залишаються біохімічні основи даних процесів і ефективність впливу інших фізіотерапевтичних і санаторно-курортних факторів, що може стати основою для подальших наукових досліджень в даному напрямку.

Таблиця

Динаміка клінічних та лабораторних показників у пацієнтів з остеохондрозом хребта, поєднаним з остеопорозом

Показник	Контроль	Хворі ОХ 1-ї групи		Хворі ОХ 2-ї групи	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
ШОЕ, мм/год.	8,2±2,2	16,6±2,6	11,3±2,8	14,1±3,1	10,1±2,2
CRP, мг/л	-	0,6±0,2	0,1±0,05*	0,7±0,2	0,1±0,05*
Суглобовий індекс, бали	-	5,0±0,4	3,7±0,5*	5,0±0,5	2,9±0,3*
Больовий індекс, бали	-	1,6±0,3	0,6±0,2*	1,5±0,3	0,3±0,1*
CD4, %	32,6±0,9	37,6±0,7	36,1±0,9	36,4±0,7	34,6±0,7
CD8, %	16,6±0,5	11,1±0,5	12,3±0,8	10,7±0,4	13,5±0,4*
CD22, %	8,6±0,4	10,7±0,5	9,6±0,9	11,1±0,3	8,4±0,3*

Примітка: * – різниця показників до та після лікування достовірна.

Література

1. Аврунин Е. С. Проблема дифференциальной (механизменной) и интегральной (системной) оценки организма / Е. М. Аврунин, Р. М. Тихилов, К. С. Егоров // Гений ортопедии. – 2004. – № 4. – С. 110–117.
2. Алексеева Л. И. Остеоартроз и остеопороз : руководство по остеопорозу / Л. И. Алексеева ; под общ. ред. Л. И. Беневоленской. – Москва : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. – С. 482–502.
3. Алексеева Л. И. Современная терапия боли в нижней части спины у больных, страдающих остеоартрозом и остеопорозом / Л. И. Алексеева, Н. В. Торопцова, О. А. Никитинская // Здоров'я України XXI сторіччя : медична газета. – 2008. – № 5. – С. 14–15.
4. Андрійчук О. Я. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації хворих на гонартроз : автореф. дис. ...д-ра мед. наук : 24.00.03 / О. Я. Андрійчук. – Львів, 2013. – 42 с.
5. Балабанова Р. М. Роль иммунного воспаления в патогенезе остеоартроза, возможности коррекции иммунных нарушений / Р. М. Балабанова // Современная ревматология. – 2011. – № 4. – С. 74–77.
6. Беневоленская Л. И. Остеопороз: современные возможности диагностики и лечения / Л. И. Беневоленская, Н. В. Торопцова // Русский медицинский журнал: ревматология. — 2010. — № 6. — С. 389—392.
7. Богатырева Т. В. Оценка патогенетической обоснованности применения контрастной криотерапии в комплексе грязелечения больных артрозом в сочетании с межпозвонковым остеохондрозом / Т. В. Богатырева, А. Н. Арват // Вестник физиотерапии и курортологии. — 2007. — № 3. — С. 49—51.
8. Венгер В. Ф. Комплексная физиотерапия дегенеративно-дистрофических заболеваний крупных суставов и позвоночника / В. Ф. Венгер, Е. В. Кулаженко, Л. Л. Бутенко // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2002. – № 3. – С. 29–32.
9. Волоценко Г. И. Лечение гонартроза (деформирующего артроза коленного сустава) методами физиотерапии и ЛФК / Г. И. Волоценко, М. Я. Вялых // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2010.— № 2.— С. 71—73.
10. Демографія і стан здоров'я народу України: аналітично-статистичний посібник / Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. М. Д. Стражеска»; підгот. : В. М. Корнацький [та ін.] ; за ред. : В. М. Коваленка, В. М. Корнацького. – Київ, 2010. – 144 с.
11. Титов В. М. Диагностическое значение повышения уровня С-реактивного белка в «клиническом» и «субклиническом» интервалах / В. М. Титов // Клиническая лабораторная диагностика. – 2004. – № 6. – С. 3–10.
12. A consensus statement on the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) algorithm for the management of knee osteoarthritis-From evidence-based medicine to the real-life setting. / O. Bruyère, C. Cooper, J.P. Pelletier [et al.] // Semin Arthritis Rheum. – 2016. – Vol. 45(4 Suppl). – P. 3–11.
13. Adiponectin associates with markers of cartilage degradation in osteoarthritis and induces production of proinflammatory and catabolic factors through mitogen-activated proteinkinase pathways / A. Koskinen, S. Juslin, R. Nieminen [et al.] // Arthritis Res. Ther. – 2011. – № 13 (6). – P. 184.
14. An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in European dinternationally: a report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) / O. Bruyère, C. Cooper, J.-P. Pelletier[et al.] // Semin. Arthritis Rheum. – 2014. – Vol. 44 (3). – P. 253–263.
15. Cost-utility analysis and economic burden of knee osteoarthritis treatment: the analysis from the real clinical practice / T. Turajane, U. Chaweevanakorn, P. Sungkhun [et al.] // Journal Med. Assoc. Thai. – 2012. – № 10. – P. 98–104.

Дата надходження рукопису до редакції: 24.09.2017 р.

**Современные аспекты восстановительного лечения
остеохондроза позвоночника, сочетанного
с остеопорозом**

**Modern aspects of rehabilitation treatment
of osteochondrosis combined with osteoporosis**

*И.Р. Мисула, А.А. Голяченко,
Ю.И. Мисула, А.А. Голяченко, Н.И. Сидлярук*
Тернопольский государственный медицинский
университет имени И.Я. Горбачевского,
г. Тернополь, Украина

*I.R. Mysula, A.O. Golyachenko,
Yu.I. Mysula, O.A. Golyachenko, N.I. Sydlyaruk*
SHEI "Ternopil State Medical University",
Ternopil, Ukraine

Цель – изучение эффективности лечебных методик с применением сульфатно-гидрокарбонатной торфогрязи и низкоинтенсивных физиотерапевтических методов – низкочастотной ультразвуковой терапии и микроволновой резонансной терапии у больных с поясничным остеохондрозом и остеопорозом.

Purpose – to study the effectiveness of therapeutic methods in which uses sulfate-hydrocarbonate peat mud and low-intensity physiotherapeutic methods – low-frequency ultrasound therapy and microwave resonance therapy in patients with lumbar osteochondrosis which associate with osteoporosis.

Материалы и методы. Обследованы 129 пациентов с остеохондрозом (72 женщины – 55,8%, 55 мужчин – 44,2%) в возрасте 30–65 лет. Разработаны 2 реабилитационных комплекса с аппликациями торфогрязи и с применением низкоинтенсивных физиотерапевтических методов. Клиническое и лабораторное обследования больных проведено до и после лечения. Результаты исследований сравнивались с контрольной группой больных, получавших только средства физической реабилитации – массаж, ЛФК.

Material and methods. 129 patients with osteochondrosis (72 women – 55.8%, 55 men – 44.2%) were examined at the age of 30–65 years. Two rehabilitation complexes with peat mud applications and low intensive physiotherapeutic methods have been elaborated. Clinical and laboratory examinations of patients were performed before and after treatment. The results of the studies were compared with the control group, which received only physical rehabilitation: massage, exercise therapy.

Результаты. Применение у больных низкоинтенсивных методов физиотерапии в сочетании с аппликациями торфогрязей способствовало более выраженной положительной динамике суставного синдрома и развитию иммуномодуляции.

Results. Application low-intensity physiotherapeutic methods in combination with applications of peat mud contributed to a more pronounced positive dynamics of articular syndrome and the development of immune modulation.

Выводы. Применение пелоидотерапии и низкоинтенсивных методов физиотерапии оказывает выраженный обезболивающий и противовоспалительный эффекты, ускоряет регенерацию поврежденных клеток. При применении лечебного комплекса наблюдается выраженный иммуномодулирующий эффект. Комплексное лечение оказывает положительное влияние на основные звенья патогенеза остеохондроза, сочетанного с остеопорозом, в результате чего приостанавливаются деструктивные процессы в хряще и наступает клиническое улучшение состояния больных.

Conclusions. The application of peat mud therapy and low-intensity methods gives a pronounced anesthetic and anti-inflammatory effects, accelerates the regeneration of damaged cells. 2. The application of the complex treatment provide a pronounce immunomodulatory effect. 3 Complex treatment has a positive effect on the main components of the pathogenesis of osteochondrosis which combine with osteoporosis, and as the result, the destructive processes are suspend in the cartilage.

Ключевые слова: остеохондроз, остеопороз, торфогрязи, физиотерапия.

Key words: osteochondrosis, osteoporosis, peat mud, physiotherapy.

Відомості про авторів

Мисула Ігор Романович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри медичної реабілітації ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Голяченко Андрій Олександрович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри медичної реабілітації ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Мисула Юрій Ігорович – к.мед.н., асистент кафедри неврології і психіатрії ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Голяченко Олександр Андрійович – клінічний ординатор ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Сидлярук Наталія Ігорівна – к.мед.н., асистент кафедри дитячої стоматології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

УДК 614.4:616.98:578.27.001.12(477.87)

Г.О. Слабкий¹, І.С. Миронюк¹, В.Й. Білак–Лук'ячук²

Характеристика впливу антиретровірусної терапії на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Закарпатській області та забезпечення населення консультуванням і тестуванням на ВІЛ

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

²Закарпатський центр з профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород, Україна

Мета – провести оцінку реалізації регіональних цільових соціальних програм із протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області; здійснити аналіз впливу антиретровірусної терапії на розвиток епідемії в області та забезпечення населення послугами консультування і тестування на ВІЛ.

Матеріали та методи. Кількісна інформація зібрана з таких основних джерел: рутинний епіднадгляд, сероепідеміологічний моніторинг, дані моніторингу поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед ключових груп за результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень, дані програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я» (електронна база даних SYREX), дані спеціальних досліджень.

Результати. За період 2013–2016 рр. усі пацієнти, які перебували на обліку в обласному Центрі з профілактики та боротьби із СНІДом, з достатньою прихильністю отримували антиретровірусну терапію. Щодо прихильності інших пацієнтів до прийому антиретровірусної терапії немає інформації. Соціальний супровід людей, що живуть з ВІЛ, неурядовими організаціями в регіонах області, крім м. Ужгород, не здійснюється; при цьому пункти видачі антиретровірусних препаратів не наближені до місця проживання пацієнтів.

При забезпеченні тест-системами для достатнього тестування на ВІЛ заходи з консультування і тестування на ВІЛ здійснюються в недостатньому обсязі. Охоплення послугами консультування і тестування на ВІЛ людей, що вживають ін'єкційні наркотики, та осіб секс-бізнесу на рівні області, крім м. Ужгород, є недостатнім. Охоплення чоловіків, що практикують секс з чоловіками, оцінити неможливо. Найвищим є рівень охоплення послугами консультування і тестування групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів, проте також залишається недостатнім.

Ключові слова: Закарпатська область, ВІЛ, епідемія, розвиток, антиретровірусна терапія, консультування та тестування на ВІЛ, доступність.

Вступ

В Україні боротьба з епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу є одним із пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального розвитку [6, 7], адже СНІД – це глобальна проблема і торкається всього суспільства та кожної людини зокрема [1, 5]. Якщо в Західній Європі кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції за останні 10 років тільки подвоїлась, то в країнах Східної Європи та СНД, включаючи Україну, цей показник зріс більш ніж у 10 разів. Україна за темпами росту кількості інфікованих посідає одне з провідних місць у Східній Європі [2–4].

Мета роботи – провести оцінку реалізації регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області; здійснити аналіз впливу антиретровірусної терапії (АРТ) на розвиток епідемії в області та забезпечення населення консультуванням і тестуванням (КіТ) на ВІЛ.

Матеріали та методи

У роботі поєднано підходи та рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та

Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом (ТБ) і малярією.

У дослідженні за період 2013–2016 рр. оцінено вплив АРТ на розвиток епідемії в області та забезпечення населення КіТ на ВІЛ.

Кожен із цих напрямків оцінено за п'ятьма питаннями, які пропонує ВООЗ:

1. Чи приводять виконувани заходи до змін?
2. Чи охоплені потрібні люди?
3. Чи виконуються ці заходи в достатньому обсязі (масштабі)?
4. Чи правильно виконуються ці заходи?
5. Чи виконувани заходи є релевантними?

Кількісна інформація зібрана з таких основних джерел: рутинний епіднадгляд, сероепідеміологічний моніторинг, дані моніторингу поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед ключових груп за результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень, дані програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я» (електронна база даних SYREX), дані спеціальних досліджень.

Результати дослідження та їх обговорення

Вплив АРТ на розвиток епідемії в області

Станом на початок 2016 р. АРТ в області отримувало 262 ВІЛ-інфіковані особи, що становило 59% від кількості людей, що живуть з ВІЛ, (ЛЖВ) із підтвердженим ВІЛ-статусом, які перебували під медичним наглядом.

На зміни у результаті впровадження АРТ вказала динаміка ряду показників щодо випадків смерті серед ЛЖВ. Відсоток випадків смерті ЛЖВ від хвороб, безпосередньо пов'язаних із ВІЛ, щодо ЛЖВ, які перебували на медичному обліку на кінець року, знизився майже удвічі з 4,3% у 2013 р. до 2,3% у 2016 р. Усі випадки зареєстровані серед осіб віком від 15 років. Суттєве зниження показника (у 2,3 разу) спостерігалось серед чоловіків (з 6,2% у 2013 р. до 2,7% у 2016 р. щодо чоловіків, які перебували на обліку на кінець року). Серед жінок динаміка до зниження даного показника була менш помітною (2,5% – у 2013 р., 1,8% – у 2016 р.).

Співвідношення смертей від ко-інфекції ВІЛ-ТБ до хворих з активною формою ТБ на кінець року зменшилося з 28,6% у 2013 р. до 10,8% у 2016 р. (у 2,6 разу). При цьому спостерігалось зниження кількості випадків смертей від ко-інфекції ВІЛ-ТБ в абсолютних цифрах з 8 у 2013 р. до 4 у 2016 р. на фоні збільшення кількості випадків ко-інфекції ВІЛ-ТБ з 28 у 2013 р. до 37 у 2016 р.

Відсоток випадків смерті серед зареєстрованих ЛЖВ знизився з 6,7% у 2013 р. до 4,2% у 2016 р. Абсолютна кількість випадків смертей серед осіб, узятих на облік, протягом року залишалася на одному рівні: 6 – у 2013 р., 5 – у 2014 р., 4 – у 2015 р., 5 – у 2016 р. Відсоток смертей серед чоловіків був вищим, ніж серед жінок, а в динаміці відмічалось його зниження з 7,3% у 2013 р. до 5,2% у 2016 р. Випадки смертей серед жінок були поодинокими (2 – у 2013 р., по 1 – у 2014 та 2016 рр., 0 – у 2015 р.).

Слід розглянути окремо динаміку показників летальності серед осіб, які отримували АРТ та не отримували АРТ. Зміни в динаміці цих показників пов'язані зі збільшенням охоплення АРТ, а також зростанням реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції у III–IV клінічних стадіях. Так, спостерігалось зниження випадків смерті ВІЛ-інфікованих осіб, які не отримували АРТ, серед померлих від захворювань, пов'язаних із ВІЛ, – з 41,9 у 2013 р. до 8,7 у 2016 р. Також у структурі померлих ЛЖВ, які не отримували АРТ, від захворювань, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією, суттєво зменшився показник з 6,3% у 2013 р. до 1,1% у 2016 р. щодо загальної кількості ЛЖВ із підтвердженим ВІЛ-статусом, які не отримували АРТ. Відповідно відсоток осіб, які померли від захворювань, пов'язаних із ВІЛ, у 2016 р., та отримували АРТ, зріс з 1,2% у 2013 р. до 3,4% у 2016 р. Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ, у структурі померлих ЛЖВ, зріс з 12,5% у 2013 р. до 39,1% у 2016 р. Усі пацієнти з ко-інфекцією ВІЛ-ТБ, які померли у 2016 р., отримували АРТ (показник 2013 р. становив 12,5%). У свою чергу, це пояснюється таким досягненням, як

призначення АРТ усім пацієнтам, хворим на ко-інфекцію ВІЛ-ТБ, та скороченням терміну початку АРТ до 2–8 тижнів від встановлення діагнозу ко-інфекції. Унаслідок цього рівень охоплення АРТ осіб з ко-інфекцією ВІЛ-ТБ на кінець 2016 р. становив 83,3% (20 осіб із 24), на кінець 2015 р. на 88,0% (22 особи із 25) проти 50,0% у 2012 р. (5 осіб із 10) та 69,5% у 2013 р. (16 осіб із 23). Випадки смертей ЛЖВ, які отримували АРТ понад 12 місяців, серед померлих у 2016 р. ЛЖВ, які отримували АРТ, зареєстровані у 2015 та 2016 рр. – 22,2% та 16,7% відповідно, в абсолютних цифрах – по 2 особи. Відсоток ЛЖВ, які померли у 2016 р., серед ЛЖВ, хто отримував АРТ понад 12 місяців, у 2015 р. склав 3,6%.

Поодинокі абсолютні дані щодо померлих від захворювань, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією, серед осіб, які отримували АРТ понад 12 місяців, можуть свідчити про позитивний вплив АРТ на рівень смертності від захворювань, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією, серед осіб, які отримували АРТ. Показники летальності знизилися з 9,6% у 2013 р. до 4,8% у 2016 р., що також дотично підтверджувало позитивний вплив АРТ.

Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які не отримували АРТ і яких у 2016 р. було знято з обліку внаслідок смерті за причинами, безпосередньо пов'язаними з ВІЛ-інфекцією, у структурі осіб із підтвердженим діагнозом знизився з 6,3% у 2013 р. до 1,1% у 2016 р. (абсолютна кількість померлих: 13 – у 2013 р., 2 – у 2016 р.). Зниження показників смертності серед ЛЖВ, які не отримували АРТ, у структурі померлих є дотичним підтвердженням того, що АРТ передусім призначають тим особам, що її потребують, тобто мають абсолютні клінічні показання (III–IV клінічні стадії, ко-інфекція ВІЛ-ТБ).

Отже, заходи в напрямку АРТ в області є ефективними для ВІЛ-інфікованих, які отримують АРТ, мають високу прихильність та охоплені медичним спостереженням не в пізніх стадіях захворювання. Проте АРТ не впливає на зміну показників у загальній групі медичного нагляду на даному етапі, що пов'язано як із пізнім виявленням нових випадків, так і з недостатнім охопленням АРТ.

У 2016 р. охоплено АРТ 262 особи, що склало 59% від ВІЛ-інфікованих осіб, обізнаних щодо свого ВІЛ-статусу, та 33% від оціночної кількості ВІЛ-інфікованих.

При вивченні охоплення послугами представників уразливих груп, які отримують АРТ, (за даними МБФ «Альянс громадського здоров'я») встановлено, що зросло охоплення послугами АРТ представників таких уразливих груп, як люди, що вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН) – з 14,3% у 2014 р. до 24,2% у 2016 р. Серед працівників комерційного сексу (ПКС) призначено АРТ одній особі (всього зареєстровано 1 ЛЖВ РКС). Серед чоловіків, що мають секс з чоловіками (ЧСЧ) відсоток охоплення АРТ зріс з 0 у 2014 р. до 37,5% у 2016 р. (6 осіб). Стан охоплення АРТ серед трудових мігрантів, ПКС та ЧСЧ потребує додаткового вивчення.

Відсоток ЛЖВ, які знаходилися на медичному обліку та отримували АРТ, зріс на кінець 2016 р. як у загальній диспансерній групі (з 26,7% у 2013 р. до 54,1%

у 2016 р.), так і в активній групі диспансерного нагляду серед осіб із підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекції (з 40% у 2013 р. до 70% у 2016 р.).

Стан охоплення АРТ серед ЛВІН в області задовільний. Так, у 2016 р. охоплені АРТ 72,7% (24 особи) пацієнтів, інфікованих унаслідок вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (33 особи). Активні ЛВІН, які отримували АРТ, на кінець 2015 р. становили 4 особи (всі на ЗПТ), а на кінець 2016 р. – 6 осіб (на ЗПТ 3 особи).

Отже, незважаючи на зростання показників, рівень охоплення послугами АРТ є недостатнім. Імовірними причинами для цього є географічні особливості області, відсутня/низька прихильність до АРТ, неможливість забезпечити 90% пацієнтів, які перебувають на обліку, препаратами внаслідок недостатнього фінансування області з боку Державного бюджету. Причини недостатнього охоплення АРТ в області такі: працює тільки один сайт АРТ на базі Центру СНІДу, де призначаються і видаються препарати, що спричиняє незручності для пацієнтів із віддалених районів. Відмічається недостатньо висока прихильність до АРТ.

Відсоток ЛЖВ, які входили в активну диспансерну групу і потребували, але не отримували АРТ, протягом 2013–2015 рр. був незначним і становив 5,6% у 2013 р. та 1,6% у 2015 р. від активної диспансерної групи. Проте, враховуючи зміни в показаннях до призначення АРТ, у 2016 р. даний показник дорівнював 29,6%. Втрачаються для спостереження ЛЖВ, які потребують АРТ, але не розпочинають її, у тих випадках, коли проживають у віддалених районах, не мають змоги дістатись до обласного центру та не бажають спостерігатися в кабінеті «Довіра» за місцем проживання через особливості ментальності; мають низький рівень прихильності; виявлені під час лікування в ЗОЗ м. Ужгорода, проте після повернення додому (в інший район) не бажають відвідувати лікаря з метою медичного спостереження; виїхали на заробітки.

Максимальна кількість зафіксованих випадків ускладнень/побічної дії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, пов'язаних з отриманням АРТ, становила 6 випадків (2014 та 2015 рр.). У відсотках щодо осіб, які отримували АРТ, спостерігалось зниження показника з 5,8% (5) у 2013 р. до 1,5% (4) у 2016 р.

Послуги АРТ, як призначення, так і видача, надаються тільки в Центрі з профілактики та боротьби із СНІДом. На базі цього ж закладу з 2015 р. працює неурядова організація, яка надає послуги з догляду і підтримки. У регіоні значно переважає сільське населення; трудові мігранти та їхнє найближче оточення, які є рушійною силою поширення ВІЛ, також переважно вихідці з сіл (в області неklasична форма поширення епідемії з концентрацією в сільській місцевості), тому питання про поліпшення доступу до АРТ потребує вирішення. Питання доцільності децентралізації АРТ та створення сайтів АРТ на базі районних кабінетів «Довіра» чи неурядових оорганізацій з точки зору економічної ефективності потребує додаткового вивчення. Багаторічна практика медичних працівників

області підтверджує, що на частоту звернень по медичну допомогу в області за місцем проживання прямо впливає страх стигми при зверненні до кабінету «Довіра», упередженість пацієнтів, що є наслідком ефекту «малого міста». У такому випадку варіантами вирішення питання щодо доступності послуг АРТ, догляду та підтримки можуть бути створення мобільних пунктів для видачі АРТ, що буде економічно ефективним і допоможе уникнути ефекту «малого міста», або видача препаратів сімейними лікарями. Враховуючи географічні особливості (наявність віддалених гірських районів, розташування обласного центру в західній точці області), які спричиняють труднощі для пацієнтів у доїзді до обласного центру, така кількість сайтів (1) та, відповідно, неурядових організацій (1) є недостатньою для повноцінного охоплення АРТ і надання послуг у цьому напрямку. У разі перебування пацієнта під медичним наглядом у кабінеті «Довіра» у віддаленому районі області послуги з догляду та підтримки йому недоступні.

Заходи з охоплення АРТ здійснювалися на високому рівні (94–98% щодо осіб, які потребували АРТ у 2013–2015 рр., та 70% – у 2016 р. відносно активної диспансерної групи або 59% щодо осіб, які знають свій ВІЛ-статус).

Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ та охоплені тестуванням на ВН, у 2016 р. був високим (79%), у середньому за 2013–2016 рр. він становив 80,5%. Стовідсотковий рівень охоплення обстеженням на ВН забезпечити неможливо з двох причин: перебої у роботі обладнання/відсутність та затримка поставок тест-систем і віддаленість місця проживання пацієнтів від місця проведення дослідження (м. Ужгород). Питанням до вирішення є організація доставки біоматеріалу з віддалених районів області силами вторинної мережі надання медичної допомоги при неможливості пацієнта самостійно дістатись до обласного центру, безперебійність роботи обладнання та терміни поставок тест-систем.

Відсоток ЛЖВ, які знаходилися під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримували АРТ, мали дані щодо невизначального ВН, у 2016 р. значно знизився порівняно з 2013 р. і становив 54,6% проти 84,9% відповідно. Враховуючи темпи приросту охоплення АРТ (+205% у 2016 р. порівняно з 2013 р.) та високі показники реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції у III–IV клінічних стадіях, не можна говорити про зниження ефективності лікування АРТ у 2016 р. порівняно з 2013 р.

Відсоток осіб із ВІЛ-інфекцією, які отримували АРТ через 12 місяців після її початку, протягом 2013–2015 рр. залишався високим і становив відповідно 91,5%, 82,3% та 87,3%. Протягом 24 місяців отримували АРТ від її початку 80,9% когорти 2013 р. та 75,8% когорти 2014 р.; а 36 місяців – 74,5% пацієнтів когорти 2013 р. За даними у звітних формах неможливо оцінити різницю рівнів утримання пацієнтів на АРТ серед КГН. Слід зазначити, що абсолютна кількість пацієнтів незначна. Так, у 2015 р. отримували АРТ понад 12 місяців 55 осіб, що становило 27,8% усіх, хто отримував АРТ (198 осіб), та 16,8% осіб із підтвердженим ВІЛ-статусом, офіційно

zareєстрованих на кінець 2015 р. та які перебували на обліку понад 12 місяців (328 осіб).

Зрозумілим було зниження у 1,8 разу відсотка в загальній когорті осіб, що отримували АРТ, з 50% у 2013 р. до 27,8% у 2015 р., що пов'язано зі зростанням у 2,3 разу кількості осіб на АРТ (з 86 у 2013 р. до 198 у 2015 р.). Число осіб із підтвердженим ВІЛ-статусом, які перебували на обліку більше року станом на кінець 2015 р. у 1,5 разу, було більшим за кількість таких осіб на кінець 2013 р. При цьому послугами АРТ понад 12 місяців у 2015 р. охоплено лише 16,8% осіб.

За існуючих умов усі заходи здійснювалися правильно, проте були недостатніми.

Фінансування АРТ здійснювалося Державним бюджетом, були випадки затримки термінів поставок препаратів від запланованих, через що відповідно виконання планів змістилося. Так, у 2013 р. фактично профінансовано 81,3%, у 2014 р. – 56,5%, у 2015 р. – 44,9%, 75% – у 2016 р. Слід зазначити, що, незважаючи на вищенаведене, протягом цих років не спостерігалось переривання АРТ через затримку поставок і недофінансування.

Наявні людські ресурси для надання якісної медичної допомоги в середньому по області були достатніми (32 пацієнти на 1 лікаря-інфекціоніста у 2016 р.). Проте слід врахувати, що на кінець 2016 р. дві третини пацієнтів (близько 350 осіб) спостерігалися в Центрі з профілактики та боротьби із СНІДом, де фактично працювало 2 лікарі-інфекціоністи на 1,0 та 0,5 ставки.

Отже, однозначно стверджувати, що заходи в напрямку АРТ у 2013–2016 рр. були релевантними, неможливо. Усі пацієнти з достатньою прихильністю до лікування, які перебували на обліку в Центрі з профілактики та боротьби із СНІДом (м. Ужгород), отримували АРТ. Щодо прихильності інших пацієнтів інформації немає, соціальний супровід неурядовими організаціями в інших регіонах області, крім м. Ужгорода, не здійснюється, пункти видачі АРВ-препаратів не наближені до місця проживання пацієнтів.

Консультація і тестування на ВІЛ

Консультація і тестування на ВІЛ – один із найважливіших напрямків діяльності, який має впливати на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції через профілактичний компонент та своєчасне виявлення і залучення до медичного спостереження з подальшим призначенням АРТ.

В області щороку зростає кількість ВІЛ-інфікованих віком від 15 років, які перебувають під медичним наглядом (з 151 осіб у 2009 р. до 438 у 2016 р.). Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб (15+), узятих під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, зріс з 41,5% у 2013 р. до 54,2% у 2016 р. Така динаміка потребує додаткового вивчення: в закладах якого рівня надання медичної допомоги були виявлені ці пацієнти. З одного боку – це підвищення настороженості медичного

персоналу щодо призначення тестування за клінічними показаннями, з іншого – можливі пропуски у виявленні на первинному і вторинному рівнях.

Отже, слід вважати, що заходи, які здійснюються в напрямку КіТ на ВІЛ в області, на даному етапі не повною мірою забезпечують своєчасне (раннє) виявлення ВІЛ-інфекції, спостерігається зростання реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції, більшість яких у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції.

Доступ до отримання послуг із КіТ на ВІЛ для КГН із боку лікувально-профілактичних закладів в області забезпечений – в усіх районах області працюють кабінети «Довіра», надаються послуги КіТ, здійснюється тестування за допомогою як швидких тестів, так і відбір крові та доставка для тестування методом ІФА. У пілотних районах (6 районів) сімейними лікарями здійснюється тестування швидкими тестами трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів.

Доступ до КіТ на ВІЛ на базі неурядових організацій для ЛВІН, ПКС та ЧСЧ до 2016 р. забезпечувався однією організацією, яка працювала в м. Ужгород, при цьому напрямок ЧСЧ реалізовувався лише протягом одного року. Така ситуація є незадовільною, що підтверджується даними біоповедінкових досліджень: відсоток ЛВІН, охоплених тестуванням на ВІЛ, у 2013 р. становив 25,5%, у 2015 р. – 28,0%; відсоток ПКС, охоплених тестуванням на ВІЛ, у 2013 р. складав 21,0%, у 2015 р. – 26,0%; відсоток ЧСЧ, охоплених тестуванням на ВІЛ, у 2013 р. дорівнював 2,5%.

Охоплення послугами з КіТ на ВІЛ зростає, проте залишається недостатнім.

Протягом 2009–2016 рр. кількість ВІЛ-інфікованих ЛВІН залишається на одному рівні. Залучення до тестування ЛВІН у 2009–2016 рр. здійснювалося силами медичних працівників ЗОЗ області (методом ІФА) та однієї неурядової організації, яка працювала тільки в м. Ужгород, (за допомогою швидких тестів). Отже, більшість ЛВІН, які отримують послуги з КіТ на ВІЛ, є мешканцями м. Ужгорода. Не можна стверджувати, що тестування ЛВІН у ЗОЗ інших районів області відбувається виключно за кодом 102 сероепідмоніторингу (особи, що вживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом), проте звіти із ЗОЗ області, крім м. Ужгород, за формою № 3, щодо послуг консультації на ВІЛ, свідчать про поодинокі випадки консультації осіб із ризиком інфікування внаслідок парентерального вживання наркотиків. Тестування на ВІЛ ПКС, крім того, що надається в неурядовій організації в м. Ужгород, за кодом 105.2 (особи, що надають сексуальні послуги за винагороду) сероепідмоніторингу також відбувається в поодиноких випадках. Послуги з консультації при тестуванні на ВІЛ серед саме цієї КГН за наявними звітними формами відстежити неможливо. Надання послуг із КіТ на ВІЛ для ЧСЧ, за доступними даними з обліково-звітної документації, протягом років здійснюється в поодиноких випадках. Враховуючи особливості даної групи, оцінити реальну картину з наданих послуг з КіТ у ній на даний час неможливо. За наявними даними можна вважати, що найбільш

значущою для області КГН щодо інфікування ВІЛ є трудові мігранти та їхні постійні статеві партнери. Відсоток осіб серед представників групи трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення, які пройшли тестування на наявність антитіл до ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, зріс з 1,3 у 2013 р. до 1,8 у 2016 р.

Послуги з КіТ на ВІЛ реалізуються на всіх рівнях надання медичної допомоги, проте дані проведеного раніше кабінетного дослідження свідчать про те, що лікувально-профілактичні заклади первинного рівня надання медичної допомоги беруть найменшу участь у тестуванні населення на ВІЛ-інфекцію.

Отже, слід вважати, що заходи з КіТ на ВІЛ здійснюються в недостатньому обсязі, охоплення послугами КіТ на ВІЛ серед ЛВІН та ПКС на рівні області, крім м. Ужгорода, є недостатнім, охоплення ЧСЧ неможливо оцінити, найвищим є охоплення послугами КіТ трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів (1,8% – у 2016 р. від оціночної кількості), проте і воно недостатнє.

Протягом 2013–2016 рр. поліпшився стан охоплення диспансерним наглядом серед осіб, виявлених протягом року, з 28,9% у 2013 р. до 55,1% у 2016 р. Також зросло співвідношення кількості осіб із позитивним результатом тестування до кількості осіб, узятих під медичний нагляд, з 51,7% у 2009 р. до 77,6% у 2016 р. Якість послуг тестування і консультування на ВІЛ підвищилась.

Область забезпечувалася тест-системами для проведення тестування на ВІЛ у достатній мірі, суттєвих затримок у тестуванні не відмічалось, усі групи населення були забезпечені безперешкодним доступом до тестування на ВІЛ.

Висновки

За період 2013–2016 рр. усі пацієнти з достатньою прихильністю до лікування, які перебували на обліку в обласному Центрі з профілактики та боротьби із СНІДом, отримували АРТ-терапію. Інформація щодо прихильності інших пацієнтів до прийому АРТ відсутня. Соціальний супровід ЛЖВ неурядовими організаціями в регіонах області, крім м. Ужгород, не здійснюється, при цьому пункти видачі АРВ-препаратів до місця проживання пацієнтів не наближені.

При забезпеченні тест-системами для достатнього проведення тестування на ВІЛ заходи з КіТ на ВІЛ здійснюються в недостатньому обсязі. Охоплення послугами КіТ на ВІЛ серед ЛВІН та ОСБ на рівні області, крім м. Ужгород, є недостатнім, охоплення ЧСЧ оцінити неможливо. Найвищим є охоплення послугами КіТ трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів, проте і воно недостатнє.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на вивчення результативності профілактичної діяльності щодо темпів поширення ВІЛ-інфекції в області.

Література

1. *Буяджи Д.* Вразливі групи в контексті епідемії ВІЛ/СНІДу. Виклик та подолання: ВІЛ/СНІД та права людини в Україні / Д. Буяджи, Т. Семіта. – Київ : ПРООН в Україні, 2008. – С. 24–32.
2. *ВІЛ-інфекція в Україні* : інформаційний бюлетень / ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України». – 2017. – № 47. – 148 с.
3. *ВІЛ-інфекція в Україні* : інформаційний бюлетень / ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України». – 2017. – № 48. – 29 с.
4. *ВІЛ-інфекція в Україні* : інформаційний бюлетень / ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України». – 2016. – № 46. – 38 с.
5. *Глобальное влияние эпидемии ВИЧ-инфекции: социально-демографические и медицинские аспекты* / Л. Георгиева, В. Марциновская, И. Кузин [и др.] // Профілактична медицина. – 2016. – № 1–2 (26). – С. 25–32.
6. *Матеріали національної конференції «За кожне життя разом: прискорення до мети 90-90-90»* листопад 2016 р. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://phc.org.ua/news/show/materiali-nacionalnoji-konferenciji-za-kozhne-zhittya-razom-priskorennya-do-meti-90-90-90-1>. – Назва з екрана.
7. *Стратегія подолання ВІЛ/СНІДу в Україні* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/12442>. – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 13.10.2017 р.

Характеристика впливу антиретровірусної терапії на розвиток епідемії ВІЧ-інфекції в Закарпатській області і забезпечення населення консультуванням і тестуванням на ВІЧ

Г.А. Слабкий¹, І.С. Миронюк¹, В.І. Білак–Лукьянчук²

¹ГВУЗ «Ужгородський національний університет»,
г. Ужгород, Україна

²Закарпатський центр профілактики і боротьби
со СПИДом, г. Ужгород, Україна

Цель – провести оцінку реалізації регіональних цільових соціальних програм по протиподействію ВІЧ-інфекції/СПИДа в Закарпатській області; здійснити аналіз впливу антиретровірусної терапії на розвиток епідемії в області і забезпечення населення послугами консультування і тестування на ВІЧ.

Матеріали і методи. Количесвенная інформація зібрана з таких основних джерел: рутинний епіднадзор, сероепідмоніторинг, дані моніторингу поведінки і розповсющеності ВІЧ-інфекції серед ключових груп по результатам інтегрованих біоповеденських досліджень, дані програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я» (електронна база даних SYREX), дані спеціальних досліджень.

Результати. За період 2013–2016 гг. всі пацієнти, які знаходилися на обліку в обласному Центрі по профілактиці та боротьбі со СПИДом, з достаточною приверженністю отримували антиретровірусну терапію. О приверженності інших пацієнтів к прийому антиретровірусної терапії немає інформації. Соціальне супроводження людей, живущих з ВІЧ, неправительственными організаціями в регіонах області, крім г. Ужгород, не проводиться; при цьому пункти видачі антиретровірусних препаратів не наближені к місцу проживання пацієнтів.

При забезпеченні тест-системами для достаточного тестування на ВІЧ заходи по консультуванню і тестуванню на ВІЧ здійснюються в недостаточному об'ємі. Охват послугами консультування і тестування на ВІЧ людей, використовуючих ін'єкційні наркотики, і лиц секс-бізнесу на рівні області, крім г. Ужгород, є недостаточним. Охват чоловіків, практикуючих секс з чоловіками, оцінити неможливо. Самим високим є рівень охоплення послугами консультування і тестування групи трудових мігрантів і їх постійних партнерів, але також залишається недостаточним.

Ключевые слова: Закарпатська область, ВІЧ, епідемія, розвиток, антиретровірусна терапія, консультування і тестування на ВІЧ, доступність.

Characteristics of ART impact on the development of HIV epidemic in Transcarpathian region and provision of HIV counseling and testing of population

G.O. Slabkiy¹, I.S. Myronyuk¹, V.Y. Bilak–Lukyanchuk²

¹SU «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

²Transcarpathian Center of AIDS Prophylaxis
and Counteraction, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to assess the implementation of regional targeted social programs on HIV/AIDS in Transcarpathian region with analyzing the impact of ART on development of epidemic in the region and providing population with HIV counseling and testing.

Materials and methods. Quantitative information was obtained using the following main sources: routine epidemiological surveillance, serum epidemiological monitoring, data of behaviour monitoring and HIV prevalence among key groups based on integrated bio-behavioural research findings, data of program monitoring from the ICF «Alliance of Public Health», (electronic database SYREX), data of special researches.

Results. From 2013 to 2016, all patients with sufficient adherence to treatment who were registered at the regional Center for Prevention and Control of AIDS received antiretroviral therapy. There is no information on adherence of other patients to antiretroviral therapy. Social support for people living with HIV of non-governmental organizations in the region, except for the city of Uzhhorod, is not provided, while the points of antiretroviral drugs issuance are far from patients' place of residence.

While provision with HIV test-systems is adequate, HIV counseling and testing activities are insufficient. The coverage of HIV counseling and testing among injecting drug users and sex workers in the region, except for the city of Uzhhorod, is insufficient, coverage of men having sex with men is not measurable, the highest rate of coverage of HIV counseling and testing is among migrant workers and their permanent partners, but also remains insufficient.

Key words: Transcarpathian region, HIV, epidemic, development, antiretroviral therapy, HIV counseling and testing, accessibility.

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.

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

Примітка. У статтях збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.



Ніна Олександрівна Галічева (1931–2017)

**Професор кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
Харківського національного медичного університету**

4 липня 2017 року пішла з життя професор, доктор медичних наук, талановитий педагог, вчений, організатор, прекрасна і порядна людина, мудрий керівник і ентузіаст своєї справи, професор кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету Ніна Олександрівна Галічева.

Ніна Олександрівна народилася 22 липня 1931 р. у с. Ядути Борзнянського району Чернігівської області. У 1956 р. закінчила санітарно-гігієнічний факультет Харківського медичного інституту і почала працювати лікарем-епідеміологом санепідстанції Жовтневого району Харкова.

Проте Ніна Олександрівна завжди цікавилася наукою і вся її подальша професійна діяльність була пов'язана з Харківським медичним університетом. З 1960 по 1974 р. вона працювала асистентом кафедри охорони здоров'я, з 1974 по 1978 р. – доцентом кафедри, а з 1978 р. – завідувачем кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, на цій посаді працювала до 2002 р., після чого залишилась працювати професором кафедри.

Ніна Олександрівна була талановитим і допитливим науковцем. У 1965 р. вона захистила кандидатську дисертацію на тему «Матеріали соціально-гігієнічних досліджень інфаркту міокарда (в м. Харків)», у 1987 р. докторську дисертацію на тему «Інфаркт міокарду та його профілактика як соціально-гігієнічна проблема».

З 1960 р. основним напрямком її наукової діяльності було вивчення соціально-гігієнічних проблем серцево-судинних захворювань. Підсумком цього стали кандидатська та докторська дисертації, монографія «Інфаркт міокарда» (1972), що представляла собою комплексне соціально-гігієнічне та клінічне дослідження, виконане соціал-гігієністами (З.А. Гуревичем та Н.О. Галічевою) у співпраці з клініцистами

(В.Г. Почепцовим та А.А. Дубинським), а також численні наукові публікації.

Вагомий внесок в розвиток соціал-гігієнічної медичної науки був зроблений нею як керівником і відповідальним виконавцем кафедральних наукових робіт, зокрема за темами «Артеріальна гіпертензія у підлітків-школярів, учнів технікумів та ПТУ», «Гігієно-екологічні та медико-соціальні аспекти формування саногенезу при нових формах навчання», «Медико-соціальні аспекти здорового способу життя студентів», «Медико-соціальні аспекти якості життя студентів медичного вищого навчального закладу», «Медико-соціальні аспекти моніторингу стану здоров'я студентів вищого медичного навчального закладу».

Ніна Олександрівна підтримувала і сприяла розвитку молодих науковців соціал-гігієністів. Під її керівництвом підготовлені і захищені 1 докторська та 4 кандидатські дисертації. Активно працювала професор Н.О. Галічева і у спеціалізованій вченій раді Харківського національного медичного університету Д 64.600.06 за спеціальностями гігієна та професійна патологія, соціальна медицина.

Ніна Олександрівна була прекрасним педагогом, на високому науково-педагогічному рівні проводила лекційні та практичні заняття, пов'язуючи їх з практикою та вмючи зацікавити студентів у вивченні дисципліни та продовженні наукової та дослідницької діяльності. Вона була вимогливою до себе, колег та учнів, надаючи при цьому всю необхідну допомогу та підтримку у оволодінні та удосконаленні професійних знань.

Ніна Олександрівна проводила важливу роботу з пропаганди досягнень охорони здоров'я, здорового способу життя серед населення.

Наполеглива та завзята праця Ніни Олександрівни, її здобутки в науковій та педагогічній сфері неодноразово відмічалися Почесними грамотами та подяками Міністерства охорони здоров'я України, Харківської

обласної державної адміністрації, Асоціації працівників державної санітарно-епідеміологічної служби та ректорату Харківського медичного університету.

Ніна Олександрівна мала безумовний авторитет серед колег та друзів, заслужила повагу як мудрий керівник та організатор, талановитий науковець та педагог, висококваліфікований, ерудований та вимогливий викладач для студентів. Вона була надзвичайно щирою, чуйною та доброзичливою

людиною, та завжди готова була прийти на допомогу. Оптимістична та енергійна, Ніна Олександрівна до останнього дня свого життя невтомно працювала на науковій та педагогічній ниві соціальної медицини та організації охорони здоров'я, залишивши глибокий слід в науці, серцях та житті колег, учнів і друзів.

Світла пам'ять про Ніну Олександрівну назавжди залишиться у наших серцях.

Лісовий В.М., Вороненко Ю.В., Москаленко В.Ф., Березка Н.І., Васильєв К.К., Воронцов М.П., Гойда Н.Г., Голованова І.А., Грузєва Т.С., Гульчій О.П., Даніленко Г.М., Децик О.З., Жуков В.І., Завгородній І.І., Зюков О.Л., Івахно В.Е., Кардаш О.П., Капустник В.А., Карамішев Д.В., Клименко В.І., Ковалєва О.М., Коробчанський В.О., Короп О.А., Лашкул З.В., Ледоциук Б.О., Летік І.В., Лехан В.М., Любінець О.В., Марковський В.Д., Михальчук В.М., М'ясоєдов В.В., Огнєв В.А., Очередько О.М., Парій В.Д., Резуненко Ю.К., Розгач І.М., Рудень В.В., Сайдакова Н.О., Сердюк О.І., Сокол К.М., Слабкий Г.О., Сміянов В.А., Степаненко А.В., Солоненко І.М., Нагорна А.М., Таралло В.Л., Толстанов О.К., Фера О.В., Чебан В.І., Чепелєвська Л.А., Чумак Л.І., Шатило В.Й., Шульгай А.Г., Щербань М.Г.

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