

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.

Дизайн і верстка – Кривенко Є.М.

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

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Голова редакційної колегії Лехан В.М.

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

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

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

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

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Голова редакційної ради Запорожан В.М. (Одеса)

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

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

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

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

Ситенко О.Р. (Київ)
Станчак Я. (Словаччина)
Степаненко А.В. (Київ)
Толстанов О.К. (Київ)
Ярош Н.П. (Київ)
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).
Видання індексується Google Scholar та «Україніка наукова».

Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
Протокол № 9 від 07.09.2018 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна
Тел./факс: +380 44 576-41-19; 576-41-09

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПР від 24.12.2014 р.
Підписано до друку 10 вересня 2018 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № 5544/18

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.

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.

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.

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

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

EDITORIAL BOARD

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

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

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

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

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

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

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

It is recommended for print by the Academic Council of the PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine".
Protocol № 9 of 07.09.2018.

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

Certificate of State registration KB № 21116-10916PR from 24.12.2014
Signed for publication on September 10, 2018. The total circulation is 100 copies. Order № 5544/18

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

<i>Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І.</i> Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності	5
--	---

Здоров'я населення: тенденції та прогнози

<i>Лаишкул З.В., Курочка В.Л., Курган А.П.</i> Вікові та регіональні особливості смертності дітей від зовнішніх причин	12
--	----

<i>Дудіна О.О., Дудник С.В., Слабкий Г.О.</i> Ретроспективний аналіз стану здоров'я новонароджених в Україні	21
--	----

<i>Медведовська Н.В., Касьяненко І.І.</i> Регіональні особливості захворюваності населення Кіровоградської області на вірусні гепатити	27
--	----

Організація медичної допомоги

<i>Миронюк І.С., Слабкий Г.О.</i> Оцінка динаміки потреби дорослого населення Закарпатської області в паліативній допомозі	32
--	----

<i>Шевчук В.І., Яворовенко О.Б., Беляєва Н.М., Куриленко І.В., Даниленко Ю.А.</i> Потреби учасників антитерористичної операції з інвалідністю внаслідок бойових травм в технічних засобах реабілітації	37
---	----

<i>Парій В.Д., Жила А.В., Таран В.В., Матукова-Ярига Д.Г.</i> Методологічні засади викладання економіки охорони здоров'я серед студентів медичного вузу у світлі сучасних суспільних викликів	46
--	----

<i>Mackinová Monika, Stanciak Jaroslav</i> Psychosocial rehabilitation	50
---	----

<i>Служинська М.Б., Кутинська О.М., Остапюк Л.Р., Сороколін А.Л., Чайка І.В.</i> Оцінка ефективності програм профілактики ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які мають секс з чоловіками у Львівській області	58
---	----

<i>Саксонов С.Г.</i> Наукове обґрунтування заходів з удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби в умовах реформування галузі	63
---	----

<i>Олексюк О.Б.</i> Стан і динаміка організації надання медичної допомоги дітям у денних стаціонарах	71
--	----

<i>Сидоренко О.О.</i> Ступінь мотивованості дорослого населення до проведення стоматологічних профілактичних заходів	76
---	----

<i>Вороненко В.В., Якимець В.М., Печиборщ В.П., Слабкий Г.О., Якимець В.В., Писла М.С.</i> Роль середнього медичного персоналу в процесі ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій	80
---	----

<i>Погоріляк Р.Ю.</i> Стан та перспективи розвитку кадрового забезпечення охорони здоров'я на регіональному рівні	88
--	----

Наука – практиці охорони здоров'я

<i>Тодуров І.М., Перехрестенко О.В., Калашиников О.О., Косохно С.В., Якимець В.М., Плегуща О.І., Потапов О.О.</i> Результати рукавної резекції шлунка з лапароскопічного та лапаротомного доступу у хворих на морбідне ожиріння	93
--	----

<i>Радчук В.Б., Гасюк Н.В., Клітинська О.В., Бородач В.О., Майструк П.О.</i> Аналіз рівня прозапальних цитокінів в ротовій та ясенній рідині залежно від виду одонтопрепарування під металокерамічні конструкції	98
--	----

<i>Hasiuk N.V., Levandovsky R.A., Klitynska O.V., Maistruk P.O., Sorohan M.M.</i> Features of the diagnostic process of the red flap in the practice of a dentist	104
---	-----

<i>Корчинська О.О., Чонко О.Ю.</i> Профілактика плацентарної дисфункції у вагітних з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі	108
--	-----

<i>Фейса С.В.</i> Структурно-функціональні особливості серцево-судинної системи у пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки та супутньою артеріальною гіпертензією в складі метаболічного синдрому	114
---	-----

Історія медицини

<i>Петрова З.П., Огнев В.А.</i> Значение научно-исследовательских кафедр социальной гигиены в становлении и развитии социально-гигиенической науки в Украине	122
---	-----

CONTENT

Actual theme

- Lehan V.M., Kryachkova L.V., Zayarsky M.I.*
**Analysis of health care reforms in Ukraine:
from gaining independence to the present** 5

Health of the population: tendencies and forecasts

- Lashkul Z.V., Kurochka V.L., Kurgan A.P.*
**The age and regional features
of children's mortality from external causes** 12

- Dudina O.O., Dudnyk S.V., Slabkiy G.O.*
**Retrospective analysis of condition
of newborns' health in Ukraine** 21

- Medvedovska N.V., Kasianenko I.I.*
**Regional features of population morbidity
on viral hepatitis in Kirovohrad region** 27

Organization of health care

- Mironyuk I.S., Slabkiy G.O.*
**Estimation of the dynamics of adult population
needs for palliative care in Transcarpathian region** 32

- Shevchuk V.I., Yavorovenko O.B.,
Belyayeva N.M., Kurylenko I.V., Danylenko Yu.A.*
**The needs of participants of antiterrorist operation
with disability due to war traumatic injuries
in technical means of rehabilitation** 37

- Pariy V.D., Zhila A.V.,
Taran V.V., Matukova-Yariga D.G.*
**Methodological principles of teaching economics
of public health among students of medical
university in the light of modern social challenges** 46

- Mackinová Monika, Stanciak Jaroslav*
Psychosocial rehabilitation 50

- Sluzhynska M.B., Kutinsky O.N.,
Ostapiuk L.R., Sorokolit A.L., Chajka I.V.*
**Assessment of the efficiency
of HIV prevention programs for the men
who have sex with men in the Lviv region** 58

- Saksonov S.G.*
**Scientific basis of actions to improve the personal
protection of the ophthalmological service
in the conditions of realization of the field** 63

- Oleksiuk O.B.*
**State and dynamics of the medical care
organization for children at day hospitals** 71

- Sydorenko O.O.*
**The motivation rate of adult population
in case of dental preventive measures** 76

- Voronenko V.V., Yakymets V.M., Pechyborshch V.P.,
Slabkiy G.O., Yakymets V.V., Pysla M.S.*
**The role of medium medical personnel
in the process of liquidation of the consequences
of extraordinary situations** 80

- Pohorilyak R.Yu.*
**Status and prospects of the development of human
resources provision of health care at the regional level** 88

Science for health care practice

- Todurov I.M., Perekhrestenko O.V.,
Kalashnikov O.O., Kosiuchno S.V.,
Yakimets V.M., Plegutsa O.I., Potapov O.A.*
**The results of sleeve gastrectomy
from laparotomy and laparoscopic access
in patients with morbid obesity** 93

- Radchuk V.B., Hasiuk N.V.,
Klitynska O.V., Borodach V.O., Maistruk P.O.*
**Analysis of the level of proinflammatory cytokines
in the oral and gingival fluid, depending on the type
of odontopreparation for cermet structures** 98

- Hasiuk N.V., Levandovsky R.A.,
Klitynska O.V., Maistruk P.O., Sorohan M.M.*
**Features of the diagnostic process
of the red flap in the practice of a dentist** 104

- Korchynska O.O., Chonko O.U.*
**Prevention of placental dysfunction
in pregnancy with prevalent distribution
of normally located placenta in anamnesis** 108

- Feisa S.V.*
**Structural and functional features
of the cardiovascular system in patients
with non-alcoholic fatty liver disease
and concomitant arterial hypertension
as components of metabolic syndrome** 114

History of medicine

- Petrova Z.P., Ogniev V.A.*
**The importance of scientific-and-research departments
of social hygiene in the formation and development
of social hygiene in Ukraine (In Russ.)** 122

УДК 614.2.001.73:616-082(477)

В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський

Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

Мета – проведення аналізу реформування системи охорони здоров'я в Україні протягом 1991-2018 рр. з періодизацією перетворень, виходячи з змістовного наповнення реформ в різні відрізки часу і виявленням факторів, які негативно впливають на темпи і результати трансформацій.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження служили нормативно-правові акти, що стосуються реформування системи охорони здоров'я України на різних етапах. Використано історичний, аналітичний і бібліосемантичний методи.

Результати. Виділено чотири етапи розвитку системи охорони здоров'я України після здобуття країною незалежності. На першому етапі (1991–2000 роки) реформи в галузі охорони здоров'я практично не проводилися. На другому етапі (2000–2010 роки) були визначені основні напрямки та механізми реформи сектора охорони здоров'я. На третьому етапі (2010–2013 роки) була проведена масштабна реформа системи охорони здоров'я в пілотних регіонах. Четвертий (поточний) етап (з 2014 року по теперішній час) – початок комплексної реформи системи охорони здоров'я з акцентом на перетворенні фінансування охорони здоров'я (пулінг ресурсів, контрактні взаємовідносини між платником і провайдером, використання ефективних методів оплати медичних послуг).

Висновки. Реальні реформи системи охорони здоров'я в Україні почалися з великим запізненням порівняно з іншими пострадянськими країнами – майже через два десятиліття після проголошення незалежності. Розпочаті реформи системи охорони здоров'я характеризуються недостатньою системністю і наступністю і мають фрагментарний характер, що значною мірою пов'язано з політичним контекстом; відсутністю затвердженої стратегії реформування, яка враховує існуючі та потенційні ризики при здійсненні перетворень; наявністю суттєвих прогалин у нормативно-правовому забезпеченні реформ, перш за все в частині їх узгодження з конституційними нормами, а також нестачею підготовлених фахівців в сфері управління змінами.

Ключові слова: охорона здоров'я, реформа, Україна

Вступ

Після розпаду Радянського Союзу у 1991 році стало остаточно зрозуміло, що Семашківська модель охорони здоров'я, яка була успішною в СРСР до 70-х років XX століття, не відповідає реаліям ні ринкової економіки, ні сформованому типу неепідемічної патології [7]. В усіх пострадянських країнах, включаючи й Україну, в системах охорони здоров'я розпочалися перетворення, які стосувалися реорганізації організації, фінансування та надання медичних послуг. В дослідженні Європейського регіонального бюро ВООЗ та Європейської обсерваторії по системах і політиці охорони здоров'я було проаналізовано процеси перетворень, які відбувалися протягом двох десятиліть в системах охорони здоров'я 12 пострадянських країн (Вірменії, Азербайджані, Білорусі, Грузії, Казахстані, Киргизстані, Республіці Молдова, Російській Федерації, Таджикистані, Туркменістані, Україні та Узбекистані), і встановлено, що трансформації відбувалися в усіх країнах, однак темпи, змістовне наповнення і результативність змін в охороні здоров'я різних країн істотно відрізнялися [41]. Автори дослідження зазначають, що вивчення історії перетворень в системах охорони здоров'я з виявленням факторів, що сповільнюють або спотворюють заплановані результати, є

важливою складовою при формуванні ефективної політики розвитку охорони здоров'я в країні.

Мета дослідження – проведення аналізу реформування системи охорони здоров'я в Україні за період 1991–2018 рр. з періодизацією перетворень, виходячи зі змістовного наповнення реформ в різні відрізки часу, та виявленням чинників, які негативно впливають на темпи та результати трансформацій.

Матеріали і методи

Матеріалами дослідження слугували нормативно-правові акти, які стосувалися реформування системи охорони здоров'я України, за 1991-2018 р. Використано історичний, аналітичний та бібліосемантичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення

Розвиток системи охорони здоров'я (СОЗ) в Україні після здобуття країною незалежності можна розділити на чотири періоди: 1) 1991–2000 рр., 2000–2010 рр.; 3) 2010–2013 рр. 4) з 2014 р. і до теперішнього часу.

Характеристика першого періоду. В перше десятиріччя після проголошення незалежності реформи в системі охорони практично не проводилися. Головні

зусилля уряду України і Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), як центрального виконавчого органу влади в сфері охорони здоров'я були спрямовані на запобігання розвалу сформованої системи охорони здоров'я і збереження мінімального рівня соціальних гарантій забезпечення населення медичною допомогою.

Другий період – визначення основних напрямків та механізмів реформування СОЗ. На рубежі століть вітчизняними та міжнародними експертами за підтримки міжнародних організацій проводилася робота з визначення основних напрямків та апробації ключових механізмів реформування СОЗ. У 2001 р. за підтримки фонду «Відродження» були обґрунтовані провідні напрямки розвитку української охорони здоров'я [36], з їх подальшим відпрацюванням та розробкою відповідних рекомендацій Уряду під егідою Світового банку та Європейської комісії в 2004–2005 рр. [16]. Конкретизації розвитку окремих видів та інструментів надання медичної допомоги, розробці та запровадженню нових механізмів фінансування була присвячена низка міжнародних проектів за підтримки Європейської комісії: «Профілактичні та первинні заходи охорони здоров'я України, Києва та ряду областей» (2002–2004 рр.), «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» (2003–2006 рр.), «Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні» (2004–2006 рр.), «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» (2007–2009 рр.).

Матеріали зазначених досліджень широко використовувалися при прийнятті нормативних актів, спрямованих на реформування СОЗ в Україні. Першим таким документом стала Концепція розвитку охорони здоров'я населення України (затверджена Указом Президента України від 7.12.2000 р. №1313/2000), яка досі є чинною, хоча більшість її положень вже застаріли. Ідеї щодо подальшого розвитку перетворень СОЗ отримали у низці постанов уряду.

Однак широкомасштабних реформ у сфері охорони здоров'я в Україні, на відміну від більшості інших постсоціалістичних країн [38], до 2010 р. не проводилося. Разом з тим часткові реформи в окремих секторах охорони здоров'я здійснювалися. Вони переважно були локальними і мали фрагментарний характер. Найбільш вагомими з них були: *пошук додаткових джерел фінансування охорони здоров'я* (запровадження добровільного медичного страхування, створення лікарняних кас – громадських неурядових об'єднань громадян для добровільної солідарної участі населення у додатковому фінансуванні охорони здоров'я), *запровадження нових методів фінансування на рівні первинної ланки* (експеримент у м. Комсомольську Полтавської області щодо укладання контрактів між міською адміністрацією і підготовленими сімейними лікарями про надання первинної допомоги населенню з подушного оплатою їх послуг) [13], *автономізація постачальників медичних послуг* (експеримент – в рамках проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» у 2-х районах Харківської та Житомирської областей щодо зміни закладами охорони

здоров'я господарського статусу бюджетних установ на некомерційні державні/комунальні підприємства) [10, 35], *структурно-функціональні перетворення в системі медичної допомоги, в т.ч. реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, розвиток стаціонарозамінюючих форм надання медичної допомоги, регіоналізація родопомічної допомоги*, а також комплекс підходів, спрямованих на *поліпшення якості медичного обслуговування* (стандартизація медичної допомоги, ліцензування та акредитація закладів охорони здоров'я тощо).

Третій період – проведення масштабної реформи СОЗ в пілотних регіонах. В політичних та експертних колах мусується теза про те, що за весь період незалежності реформи СОЗ в Україні не проводилися взагалі або проводилися неефективно [14]. Проте в 2010 р. в рамках президентської Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [32] були розпочаті масштабні перетворення в українській здоров'я охороні. Змістовне наповнення реформ базувалося на ретельно проаналізованих та узагальнених вітчизняними та закордонними експертами з урахуванням національної специфіки даних доказового менеджменту, передового досвіду країн з найбільш успішними системами охорони здоров'я, матеріалах проектів ЄС та Єврокомісії в сфері охорони здоров'я, які реалізовувалися в Україні в період 2003–2009 рр. [8, 16].

Виходячи з того, що в Україні не було досвіду проведення широкомасштабних багатоаспектних перетворень в секторі охорони здоров'я, для відпрацювання форм і механізмів реформи та мінімізації можливих її негативних наслідків попередня апробація основних складових згідно з прийнятим спеціальним законом [29] здійснювалася на експериментальних майданчиках – пілотних областях. В якості пілотів було обрано 4 регіони: аграрний (Вінницька область), два індустріальних (Дніпропетровська, Донецька області) та столичний (м. Київ). Чисельність осіб, що мешкали на території пілотних регіонів складала 26,7% населення України, що дозволило забезпечити репрезентативність отриманих результатів. Урядом та МОЗ у 2011–2012 рр. була розроблена нормативно-правова база щодо проведення перетворень, яка корегувалася на основі даних моніторингу з врахуванням думки органів місцевої влади, медичної спільноти та населення.

В процесі реалізації пілотних проектів було доведено [9] доцільність та ефективність:

1) розмежування первинної та вторинної медичної допомоги, пріоритетного розвитку ПМД на засадах загальної практики – сімейної медицини, створення центрів ПМСД з розвинутою мережею амбулаторій в містах і сільській місцевості;

2) об'єднання (пулінгу) фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні;

3) запровадження системи маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що відповідають важкості і складності захворювання, та створення лікарень

інтенсивного лікування як провідних закладів госпітальних округів;

4) впровадження (за умов методичного удосконалення) оплати праці за обсяги та якість роботи;

5) запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою з використанням порівняльних (референтних) цін і реімбурсації.

Широке запровадження інших елементів реформи, зокрема підходів до структурно-функціональних перетворень в сфері вторинної та третинної медичної допомоги, автономізації ЗОЗ, контрактних відносин, методів оплати медичних послуг в закладах різних рівнів медичної допомоги потребувало попереднього ретельного їх відпрацювання в пілотному режимі, навчання фахівців та підтримки влади всіх рівнів.

Четвертий (сучасний) період – комплексне реформування системи охорони здоров'я – розпочався після певної паузи, яка була обумовлена необхідністю вироблення новим урядом підходів до реформування галузі. Вже перші кроки були спрямовані на зменшення впливу адміністративних методів та збільшення гнучкості управління. Так, вперше в історії країни у 2015 р. було запроваджено цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції [22], дозволено урядом фінансування ЗОЗ одночасно з державного та місцевого бюджетів та/або одночасно з різних бюджетів [4], МОЗ України було скасовано наказ, згідно з яким штати ЗОЗ повинні формуватися в залежності від ресурсного забезпечення (розміру ліжкового фонду тощо) [21].

Бачення реформи, розрахованої на 2016–2020 рр., було сформовано і схвалено урядом у формі Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я [30], якою фактично було продовжено з істотними корективами курсу реформ попереднього періоду з зосередженням на фінансово-економічній компоненті. Ключова ідея реформи полягає в остаточному переході від Семашківської моделі фінансування інфраструктури до фінансування за результатами діяльності. До числа основних змін, передбачених реформою належать: впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги; пулінг бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні зі створенням центрального органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного закупівельника медичних послуг; перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах; автономізація постачальників медичної допомоги з набуттям більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств та запровадження електронної системи охорони здоров'я (e-Health).

Також було удосконалено систему державного регулювання цін на лікарські засоби та розширено спектр захворювань з включенням серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми та цукрового діабету другого типу, на які поширюється механізм реімбурсації – повного або часткового відшкодування вартості ліків [2].

В 2017 р. було прийнято пакет законодавчих та нормативних актів, які повинні забезпечити реалізацію реформи, зокрема: закон про «автономізацію ЗОЗ» [18] та методичні рекомендації щодо перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства [12]; закон про державні фінансові гарантії [23], який визначає фінансові зобов'язання надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, паралельно внесено необхідні зміни до Бюджетного кодексу [3], ухвалено створення Національної служби здоров'я України = НСЗУ [31], визначені вимоги до надавачів медичних послуг та порядок укладення договорів про медичне обслуговування [5, 24, 26], затверджено методику розрахунку вартості медичних послуг [11]. Зважаючи на існуючі проблеми з доступністю медичної допомоги сільському населенню було прийнято спеціальний закон [28], який передбачає поряд з розвитком мережі ЗОЗ, транспортної інфраструктури в сільській місцевості також і широке впровадження телекомунікаційної інфраструктури.

Крім того, планується продовжити реформування стаціонарного сектору без кардинальних ідеологічних змін попереднього періоду, але з певними поправками, для чого урядом затверджено оновлений порядок формування госпітальних округів [27], перелік та склад госпітальних округів в кожній області країни [25], МОЗом прийнято положення про госпітальний округ [17], розроблені рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, в яких в т.ч. оговорено вимоги до *людських ресурсів, інфраструктури та обладнання, транспорту і комунікацій, вимоги до навантаження тощо* [33].

Старт реформи був призначений на 1 січня 2018 р. і охоплює 3 річний період – 2018–2020 рр.

Попередній аналіз змісту та процесів реалізації запланованих масштабних перетворень системи охорони здоров'я України дозволяє їх оцінити як курс на формування нової сучасної та ефективної моделі охорони здоров'я.

Водночас слід відзначити низку недоліків, наявність яких може спотворити очікувані результати.

Так, досягнення ефективного балансу між державними гарантіями щодо безоплатності медичної допомоги і спроможністю держави покриття витрат на їх надання є наріжним каменем реформи в будь-якій країні і перш за все в Україні [39, 40]. Тому законодавче визначення реального, а не декларативного обсягу державних гарантій безоплатної медичної допомоги є надзвичайно актуальним завданням, на вирішення якого й спрямовано прийняття відповідного закону [23], згідно з яким «держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій ...». Однак легітимність закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування ...» не є безспірною, оскільки він порушує як мінімум три статті Конституції України [6]: ст. 49, в якій задекларовано, що в Україні

«Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. ...У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно...», ст. 22, яка містить норму «При прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод», та частини другої ст. 64, в якій прописано, що конституційні права не можуть бути обмежені інакше як «в умовах воєнного або надзвичайного стану».

Безпосередньо сама програма державних гарантій, визначена Законом, не підкріплена чіткою методологією її формування та наповнення. Вона охоплює всі види медичної допомоги, включно з їх медикаментозним забезпеченням, без пріоритизації медичних послуг за соціальними та медичними ознаками, не передбачає співоплати медичних послуг пацієнтами, що пов'язано з побоюваннями порушення Конституції у трактуванні Конституційного суду 2002 р. [34], у зв'язку з чим вона набуває критично декларативного вигляду [1]. Крім того, нова структура НСЗУ перебирає на себе істотну частину повноважень щодо формування політики в сфері охорони здоров'я. Адаже на неї покладено функції і *розробника* програми державних гарантій та тарифів, і *замовника* медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, і *забезпечення функціонування електронної системи* охорони здоров'я, функції якої не обмежуються обслуговуванням фінансово-економічної діяльності в охороні здоров'я (ст. 7 Закону [23]).

Також слід зазначити, що в підзаконних актах стосовно запровадження договірних відносин увага концентрується на процесі укладання договорів, а не на забезпеченні підвищення результативності медичного обслуговування [5]. Також в документах уряду та МОЗ України імпліцитно проявляється тренд переходу до надання ПМД фізичними особами-підприємцями, що (особливо коли мова йде про соло-практики) є архаїчною і неефективною формою обслуговування [37]. Крім того виникають сумніви щодо можливостей НСЗУ кваліфіковано працювати з такою значною кількістю постачальників ПМД в умовах договірних відносин.

Слід зазначити, що передача визначення штатного розпису на розсуд керівника ЗОЗ [21] в рамках автономізації медичних закладів [18] не підкріплена *методичними рекомендаціями щодо порядку формування штатного розпису в змінених умовах. Це істотно утруднює роботу управлінців, оскільки вони звикли до нормативного підходу (жорсткої директиви «зверху»), і може провокувати конфлікти між керівним персоналом та працівниками.*

Зміни в підходах до стандартизації, затверджені у 2016 р. наказом МОЗ [20], який скасовує поняття «уніфіковані клінічні протоколи» і дозволяє лікарю за його рішенням обрати клінічний протокол з визначених в наказі електронних ресурсів різних країн та застосовувати без адаптації так звані «нові клінічні протоколи», *створюють загрози для наступності та інтегрованості медичного*

обслуговування населення України. Певні загрози створює і новий порядок акредитації, який законодавчо (стаття 16 Основ законодавства про охорону здоров'я [15]) переводить її з 30 січня 2018 р. з державної і обов'язкової для ЗОЗ процедури в добровільну. Такий підхід є характерним для більшості європейських країн, але в Україні він не підкріплений мотиваційними механізмами, до числа яких належить укладання контрактів на фінансування лише з акредитованими установами.

В цілому спостерігається певна поспішність, фрагментарність і непослідовність реформ. Наприклад, скасування МОЗ України низки облікових документів [19] до впровадження електронної системи документообігу може призвести до втрати керованості процесами медичного обслуговування, перш за все у первинній ланці.

Наявність зазначених та інших прогалин скоріше всього пов'язані з відсутністю прийнятих на основі консенсусу між стейкхолдерами (заінтересованими сторонами) стратегії реформ, що провокує недостатню системність реформування, та обмеженість застосування проектного підходу в практиці перетворень системи охорони здоров'я.

Висновки

1. Реальні реформи системи охорони здоров'я в Україні розпочалися з великим запізненням порівняно з іншими пострадянськими країнами – майже через два десятиліття після проголошення незалежності.

2. Розпочаті реформи характеризуються недостатньою системністю та наступністю і мають фрагментарний характер, що значною мірою пов'язано з політичним контекстом; відсутністю затвердженої стратегії реформування, яка враховує існуючі та потенційні ризики при здійсненні перетворень; наявністю істотних прогалин в нормативно-правовому забезпеченні реформ, перш за все недостатнє їх погодження з конституційними нормами, а також нестачею підготовлених фахівців у сфері управління змінами охорони здоров'я.

Перспективи подальшого розвитку

Для успішної реалізації трансформацій системи медичного обслуговування в Україні нагально необхідним є формування політики, яка базується на цілісній, вваженій, прийнятій консенсусом стратегії реформи охорони здоров'я; розробка адекватного нормативно-правового забезпечення, збалансованого з конституційними нормами; застосування сучасних управлінських підходів: управління змінами та проектного підходу; постійний моніторинг та оцінка для швидкого реагування на виклики і ризики, які виникають в процесі реформування, а також ретельна підготовка керівників та працівників фінансово-економічних підрозділів органів та закладів охорони здоров'я щодо роботи в нових фінансово-економічних умовах.

Література

1. *Акимова И., Максимчук М. Медицинская реформа: шаг к успеху или разочарованию. Еженедельник Аптека. 2017. 30 октября (№42 (1113)). URL: <https://www.apteka.ua/article/431996>. (дата звернення: 22.06.2018).*
2. *Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2017 році». К.: НІСД, 2017. С. 388–392.*
3. *Бюджетний кодекс : Закон України від 8 липня 2010 р. № 2456-VI. Редакція від 01.01.2018. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/en/2456-17>. (дата звернення: 22.06.2018).*
4. *Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам: Постанова Кабінету Міністрів України від 23 січня 2015 р. № 11. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-%D0%BF>.*
5. *Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/ru/410-2018-%D0%BF>. (дата звернення: 22.06.2018).*
6. *Конституція України : Закон від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. Редакція від 30.09.2016 р. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80/page4>. (дата звернення: 22.06.2018).*
7. *Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Борвінко Е. В. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. Медицина сьогодні і завтра. 2013. № 4. С. 99-105. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Msiz_2013_4_19. (дата звернення: 22.06.2018).*
8. *Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Україна. Здоров'я нації. 2010. №1. С. 5-23. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2010_1_3.*
9. *Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2015. №3 (спецвипуск). С. 67-86. <http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Ukraine.Zdorovja%20nacii/2015-3-si.pdf>.*
10. *Малагардіс А., Рудий В. Автономізація, закупівля медичних послуг та глобальний бюджет у лікарнях. Проект Європейського Союзу «Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні». Посібник №7. Київ, 2007. 61 с.*
11. *Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF>.*
12. *Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Оновлена версія. Схвалено робочою групою з питань реформування сфери охорони здоров'я України від 14 лютого 2018 р. 84 с. URL: http://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf.*
13. *Надута Г. Н., Надутий К. А., Жаліло Л. І. Порівняння економічної ефективності двох організаційних моделей первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Підвищення ефективності державного управління охороною здоров'я на регіональному рівні та на рівні місцевого самоврядування на основі принципів громадянського суспільства : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (6 – 7 листопада 2003 р., м. Комсомольськ, Полтавська область). Кременчук: Вид-во «Християнська зоря», 2004. С. 61-66.*
14. *Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні. 2015. 41 с. URL: <http://healthsag.org.ua/strategiya>. (дата звернення: 22.06.2018).*
15. *Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. №2801-XII в редакції від 10.03.2018 р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>. (дата звернення: 22.06.2018).*
16. *Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: [спільний звіт] / під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. К.: Вид-во Раєвського, 2016. 168 с.*
17. *Примірне положення про госпітальний округ : Наказ МОЗ України від 20.02.2017 р. №165. У редакції наказу МОЗ від 18.12.2017 р. №1621. http://moz.gov.ua/uploads/0/2663-dn_20171218_1621_dod.pdf.*
18. *Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 6 квітня 2017 р. № 2002-VIII. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>. (дата звернення: 22.06.2018).*
19. *Про внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України : Наказ МОЗ України від 26.01.2018 р. №157. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0182-18>. (дата звернення: 22.06.2018).*
20. *Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 р. № 751 : Наказ МОЗ України від 29.12.2016 р. № 1422. URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20161229_1422.html.*
21. *Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 р. №33. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 11.05.2016 р. № 427. URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160511_0427.html. (дата звернення: 22.06.2018).*
22. *Про Державний бюджет України на 2015 рік : Закон України від 28 грудня 2014 р. № 80-VIII. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/80-19>. (дата звернення: 22.06.2018).*

23. *Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення* : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>. (дата звернення: 22.06.2018).
24. *Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення* : Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF>. (дата звернення: 22.06.2018).
25. *Про затвердження переліку та складу госпітальних округів в областях* : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.03.2017 р. № 201-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249845141>. (дата звернення: 22.06.2018).
26. *Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік* : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 407. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/407-2018-%D0%BF>.
27. *Про затвердження Порядку створення госпітальних округів* : Постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. №932. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249582611>. (дата звернення: 22.06.2018).
28. *Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості* : Закон України від 14 листопада 2017 р. № 2206-VIII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>.
29. *Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві* : Закон України від 7 липня 2011 р. №3612-VI. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>.
30. *Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я* : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. №1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249626689>.
31. *Про утворення Національної служби здоров'я України* : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. №1101. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>. (дата звернення: 22.06.2018).
32. *Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»*. Комітет з економічних реформ при Президентові України 2010. 87 с. URL: <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. (дата звернення: 22.06.2018).
33. *Рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого та другого рівнів*. URL: <https://www.apteka.ua/article/410502>. (дата звернення: 22.06.2018).
34. *Рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 р. Справа № 1-13 / 2002 №10-рп / 2002 у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу)* : Рішення Конституційного суду України від 29 травня 2002 року Справа № 1-13/2002. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02>.
35. *Рудий В. М. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні* : автореф. дис... канд. наук з держ. управління : 25.00.02. Київ: Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, 2006. 20 с.
36. *Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / під заг.ред. В. М. Лехан, Н. М. Лакізи-Сачук, В. М. Войцехінського. К.: Сфера, 2001. 176 с.*
37. *Building primary care in a changing Europe: case studies / ed. by D. S. Kringos, W. G. W. Voerma, A. Hutchinson, R. V. Saltman. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. 315 p.* URL: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/building-primary-care-in-a-changing-europe-case-studies-2015>.
38. *Health systems in transition: learning from experience / ed. by J. Figueras, M. McKee, J. Cain, S. Lessof. Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. 263 p.* URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98395/E83108.pdf. (дата звернення: 22.06.2018).
39. *Ukraine: Health System Review / V.N. Lekhan et. al. Health Systems in Transition. 2015. № 17 (2). 153 p.* URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/280701/UkraineHiT.pdf?ua=1. (дата звернення: 22.06.2018).
40. *Lekhan V., Rudiy V., Shishkin S. The Ukrainian Health Financing System and Options for reform. A thorough Analysis of the Health Care Financing System in the Ukraine and Suggestions for feasible Changes. 2007. 33 p.* URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/97423/E90754.pdf. (дата звернення: 22.06.2018).
41. *Trends in health systems in the former. Soviet countries / ed. by B. Rechel, E. Richardson, M. McKee. Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies. 2014. 238 p.* URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/261271/Trends-in-health-systems-in-the-former-Soviet-countries.pdf?ua=1.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.06.2018 р.

**Анализ реформ здравоохранения в Украине:
от получения независимости до современности**

В.Н. Лехан, Л.В. Крячкова, Н.И. Заярский
ГУ «Днепропетровская медицинская академия
Министерства здравоохранения Украины»,
г. Днепр, Украина

Цель – проведение анализа реформирования системы здравоохранения в Украине в течение 1991–2018 гг. с периодизацией преобразований, исходя из содержательного наполнения реформ в разные отрезки времени и выявлением факторов, которые негативно влияют на темпы и результаты трансформаций.

Материалы и методы. Материалами исследования служили нормативно-правовые акты, касающиеся реформирования системы здравоохранения Украины на различных этапах. Используются исторический, аналитический и библиосемантический методы.

Результаты. Выделены четыре этапа развития системы здравоохранения Украины после обретения страной независимости. На первом этапе (1991–2000 гг.) реформы в области здравоохранения практически не проводились. На втором этапе (2000–2010 гг.) были определены основные направления и механизмы реформы сектора здравоохранения. На третьем этапе (2010–2013 гг.) в пилотных регионах была проведена масштабная реформа системы здравоохранения. Четвертый (текущий) этап (начиная с 2014 г. по настоящее время) – начало комплексной реформы системы здравоохранения с акцентом на преобразовании финансирования здравоохранения (пулинг ресурсов, контрактные взаимоотношения между плательщиком и провайдером, использование эффективных методов оплаты медицинских услуг).

Выводы. Реальные реформы системы здравоохранения в Украине начались с большим опозданием по сравнению с другими постсоветскими странами – почти через два десятилетия после провозглашения независимости. Начавшиеся реформы системы здравоохранения характеризуются недостаточной системностью и преемственностью и носят фрагментарный характер, что в значительной степени связано с политическим контекстом; отсутствием утвержденной стратегии реформирования, которая учитывает существующие и потенциальные риски при осуществлении преобразований; наличием существенных пробелов в нормативно-правовом обеспечении реформ, прежде всего их согласования с конституционными нормами, а также нехваткой подготовленных специалистов в области управления изменениями.

Ключевые слова: здравоохранение, реформа, Украина.

**Analysis of health care reforms in Ukraine:
from gaining independence to the present**

V.M. Lehan, L.V. Kryachkova, M.I. Zayarsky
SE “Dnepropetrovsk Medical Academy
of the Ministry of Health of Ukraine”, Dnipro, Ukraine

Purpose. Analysis of health system reform in Ukraine during 1991–2018 years with the periodization of transformations, depending on the content of the reforms at different times and identifying factors that adversely affect the pace and results of the transformation.

Materials and methods. Normative legal acts related to the reform of the health care system of Ukraine at various stages used as the materials of the research. The historical, analytical and bibliosemantic methods were used in the course of study.

Results. Four stages of development of the health care system in Ukraine are highlighted after the country became independent. The first stage (1991–2000) – there were hardly any reforms in the field of the healthcare. At the second stage (2000–2010), major lines and mechanisms of the healthcare sector reform have been identified. At the third stage (2010–2013), a large-scale reform of the healthcare system was implemented in pilot regions. The fourth (current) phase (starting from 2014 to the present) is the beginning of a comprehensive health care system reform, focusing on the transformation of health financing (pooling of funds, contractual relationship between the payer and the provider, the use of effective methods of paying for health services).

Conclusions. Real reforms of the health care system in Ukraine began with a great delay compared to other post-Soviet countries – almost two decades after the proclamation of independence. The reforms that have begun are characterized by inadequate consistency and continuity, and are fragmented, largely due to the political context; the lack of an approved reform strategy that takes into account existing and potential risks in the implementation of changes; the existence of significant gaps in the legal and regulatory support for reforms, especially their harmonization with constitutional norms, as well as the lack of trained specialists in the management of health care changes.

Keywords: health care, reform, Ukraine.

Відомості про авторів

Лехан Валерія Микитівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; просп. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Крячкова Лілія Вікторівна – д.мед.н., професор кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; просп. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Заярський Микола Іванович – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; просп. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

УДК:616.001-099-053.2:314.48(477.64-25)

З.В. Лашкоул, В.Л. Курочка, А.П. Курган

Вікові та регіональні особливості смертності дітей від зовнішніх причин

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Мета дослідження – вивчення причин смертності дитячого населення від зовнішніх причин в залежності від вікових та регіональних чинників та розробка і впровадження моделі удосконалення її профілактики.

Матеріали та методи. Відповідно до поставлених задач та для досягнення мети дослідження використано комплекс загально наукових і спеціальних методів, взаємопов'язаних та послідовно застосованих у ході дослідження: системний аналіз бібліосемантичний, статистичний.

Результати та обговорення. З метою вивчення смертності дітей та підлітків від травм та отруєнь проведено її аналіз в різних вікових групах в залежності від міста проживання та причин смерті.

Встановлено, що в структурі смертності дітей 0–17 років по Запорізькій області, травми та отруєння знаходяться на другому місці. В віковій категорії дітей від 1–14 та 15–17 років травми та отруєння займають перше місце. В структурі смертності від травм та отруєнь серед підлітків 15–17 років залишається високий показник суїцидів, так за період 2011–2017 років в структурі причин по класу «Травми та отруєння» підвищення складає 40%. Встановлено вищі показники смертності дітей від 0–17 років в сільській місцевості. При показнику смертності від травм і отруєнь по області 1,29 на 10 тис. відповідного населення, в містах цей показник 1,0, в сільській місцевості 1,6.

Висновки. Одержані дані потребують більш детального вивчення причин смертності серед різних вікових груп дітей від травм та отруєнь в залежності від місця проживання, побутових, соціальних факторів ризику, які впливають на формування у дітей та підлітків життєзберігаючої поведінки. Розробити та запровадити програму профілактики дитячого травматизму та формування життєзберігаючої поведінки в залежності від регіональних особливостей.

Ключові слова: смертність дітей від травм та отруєнь, тенденція, заходи профілактики.

Вступ

В структурі загальної смертності населення України смертність від зовнішніх причин займає третє місце і складає в 2017 році, 5,5% [1, 2].

Зовнішні причини смертності вносять значний вклад в смертність дітей та підлітків. По оцінках різних фахівців, рівень дитячої та підліткової смертності від цих причин є один із самих високих в світі і відповідно є резервом її зниження і підвищення очікуваної тривалості життя населення України [3–5]. Основними причинами смерті дітей та підлітків від «Травм та отруєнь» є ДТП, побутові травми та самогубства. Як стверджує статистика, Україна займає одне з провідних місць в Європі за кількістю самогубств. За даними Державного комітету статистики, на 100 тис. осіб припадає 22 самогубства. Смерть від суїциду займає друге місце в Україні після природної смерті і смерті від зовнішніх причин. Більшість які вчинили самогубство – підлітки у віці до 14 років [6, 7].

Здебільшого, відповідальні підлітки, стикаючись з неувагою, різким словом або низькою оцінкою, емоційно вибухають. Все це супроводжується відчуттям безвиході. Якщо це повторюється кілька разів, то недалеко і до самогубства [8, 9].

Мета дослідження – вивчення причин смертності дитячого населення від зовнішніх причин в залежності від вікових та регіональних чинників та розробка і впровадження моделі удосконалення її профілактики.

Матеріали та методи

Відповідно до поставлених задач та для досягнення мети дослідження використано комплекс загально наукових і спеціальних методів, взаємопов'язаних та послідовно застосованих у ході дослідження: системний аналіз бібліосемантичний, статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз чисельності дитячого населення за період 2011/2017 рр., показав, що чисельність дитячого населення в області зменшилась на 14 тисяч. Зменшення відбулося за рахунок дітей до року (з 18248 до 15565 осіб) та підлітків 15–17 років (з 54507 до 40255 осіб). В вікових групах дітей від 0–14 років зареєстроване незначне збільшення їх чисельності (табл. 1).

Тренд зменшення кількості дітей першого року за період 2011/2017 рр. становить -14,70%, у віковій групі 15–17 рр. -26,14%.

Зменшення чисельності дітей у віковій групі до року, відбулося в основному за рахунок народжуваності. Так загальний коефіцієнт народжуваності в області за останні три роки зменшився на 12,8% (з 9,4 на 1000 середньо-наявного населення до 8,2 в 2017 р.) та є меншим ніж по Україні (2016 р. – 9,3).

Загальна смертність серед дітей та підлітків в віці 0–17 років за 2011–2017 рр. по Запорізькій обл. має

тенденцію до зниження і становить в 2017 р. 6,15 на 10 тис. відповідного населення (в 2011 р. 9,53). Тренд становить -35,46%. Значно вищий показник загальної смертності дітей в віці 0–17 рр. в районах області був зареєстрований в 2011 р. і становив 11,95. Тренд зменшення загальної смертності в районах області за 2011/2017 рр. склав -41,5%, а показник за 2017 р. приблизився до середнього по області і в 2017 р. становив 6,98 (табл. 2).

Структура смертності дітей 0–17 років виглядає наступним чином:

- на першому місці – окремі стани, які виникли в перинатальному періоді – 38,3% від усіх померлих дітей 0-17 років, що складає 2,23 на 10 тис. населення;

- на другому – травми та отруєння – 17,4% з показником 1,81;

- на третьому – вроджені аномалії – 17,4%, або 1,80;

- на четвертому – новоутворення та хвороби нервової системи – 6,4%, або 0,58 (рис. 1).

Незважаючи на зменшення показника смертності дітей в віці 0-17 років від травм та отруєнь, в структурі дитячої смертності він традиційно займає друге місце. Тренд за період 2011/2017 років по області склав -33,16%. При вищому показнику смертності з цієї причини в районах області, тенденція до її зниження вища і становить – 44,25 (табл. 3).

Таблиця 1

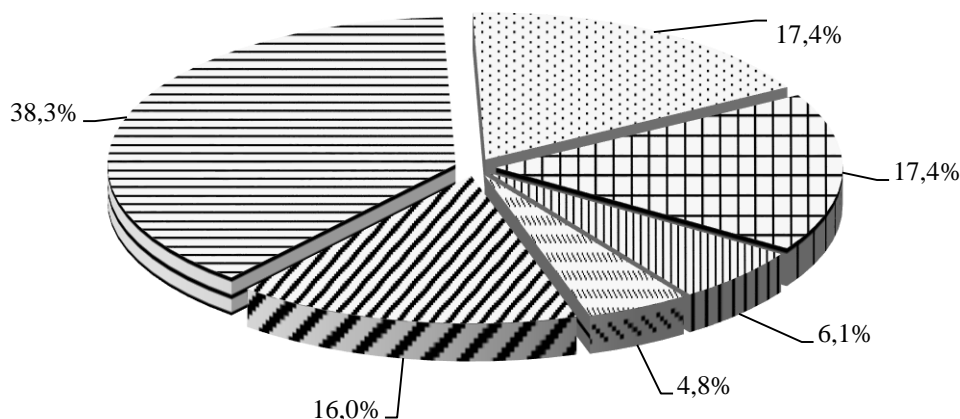
Чисельність дитячого населення Запорізької області за 2011-2017 рр.

Показник	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Тренд 2011/2017 ±
До 1 року	18248	18 044	18 728	17 979	18 595	16474	15 565	-14,70
0-17 років	290535	288 511	289 247	289 866	292 047	293007	294 190	+1,25
0-14 років	236028	237 648	240 898	244 564	249 599	252181	253 935	+7,58
15-17 років	54507	50863	48349	45 302	42 448	40826	40 255	-26,14

Таблиця 2

Загальна смертність дітей від 0-17 по Запорізькій обл. (на 10 тис. нас. 0-17 років)

Регіон	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Тренд 2011/2017 ±
Запорізька обл.	9,53	8,63	7,95	6,93	7,74	6,25	6,15	-35,46
Міста	7,70	6,94	6,35	5,96	6,37	4,97	5,31	-31,03
Райони	11,95	10,63	9,92	8,24	9,43	7,50	6,98	-41,58



— Окремі стани, які вин. в перинат. періоді

— Травми та отруєння

~ Новоутворення

· Вроджені аномалії

|| Хвороби нервової системи

⊙ Інші

Рис. 1. Структура смертності дітей 0–17 років за 2017 рік по Запорізькій області

Таблиця 3

Смертність дітей від 0–17 по Запорізькій обл. від травм та отруєнь
(на 10 тис. дітей відповідного віку)

Регіон	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Тренд 2011/2017 ±
Запорізька обл.	1,93	1,66	1,38	1,17	1,81	1,57	1,29	-33,16
Міста	1,21	1,22	0,73	0,72	1,01	0,95	1,00	-17,35
Райони	2,87	2,25	2,26	1,78	2,90	2,18	1,60	-44,25

При вищому показнику смертності з цієї причини в районах області, тенденція до її зниження вища і становить -44,25. По містах області -17,35 (рис. 2).

Місце та питома вага в структурі дитячої смертності від травм та отруєнь серед дітей різного віку за 2011/2017 роки по Запорізькій обл. відображена в (табл. 4).

Якщо в віковій групі від 0–17 років смертність від травм та отруєнь за період 2011/2017 років займала друге

місце, то в вікових категоріях з 1–14 років і 15–17 років, смертність з цих причин на протязі цього періоду займає перші місця з тенденцією до збільшення показника., особливо в віковій групі 15–17 років (+16,76%).

На рис. 3 показана тенденція до зростання смертності від травм та отруєнь в вікових групах 1–14 років з 36,8% до 37,1%, а в віці 15–17 років від 51,9 до 60,6%.

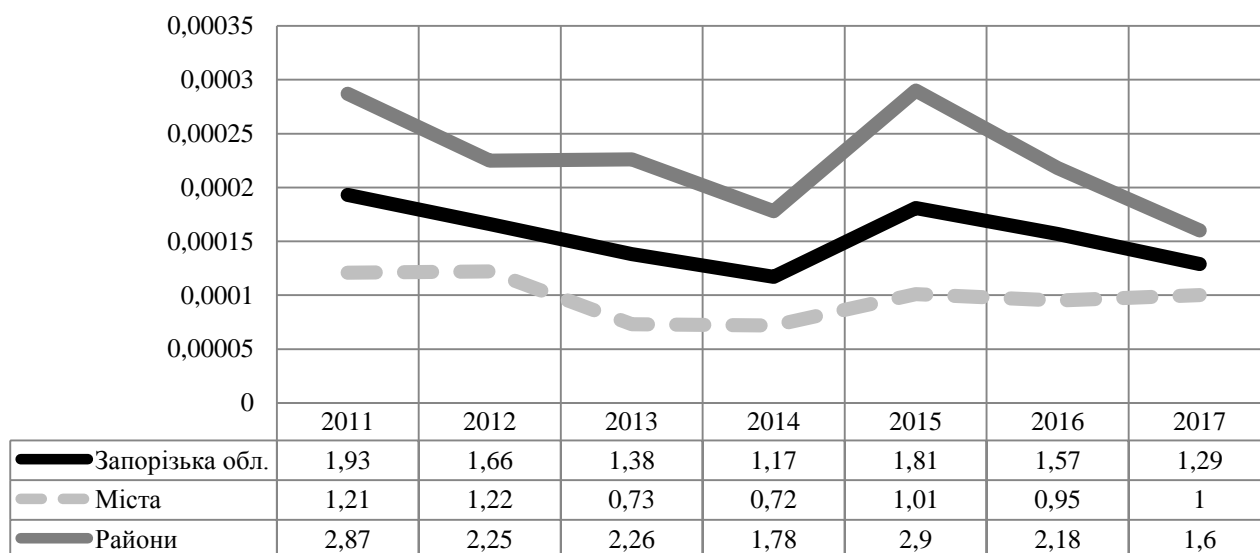


Рис. 2. Тренд дитячої смертності від травм і отруєнь серед дітей 0–17 років за 2011–2017рр. в Запорізькій області

Таблиця 4

Місце та питома вага в структурі дитячої смертності від травм та отруєнь серед дітей різного віку за 2011/2017 роки по Запорізькій обл.

Структура смертності	2011		2013		2015		2017		2011/2017 ±
	Місце	Питома вага	Місце	Питома вага	Місце	Питома вага	Місце	Питома вага	
Малюкова смертність	IV	5,9	VI	2,7	III	6,8	V	2,1	-64,40
Смертність 0-17	II	20,2	II	17,4	II	23,5	II	20,9	+3,46
Смертність 1-14	I	36,8	I	33,3	I	35,5	I	37,1	+0,81
Смертність 15-17	I	51,9	I	63,2	I	68,8	I	60,6	+16,76

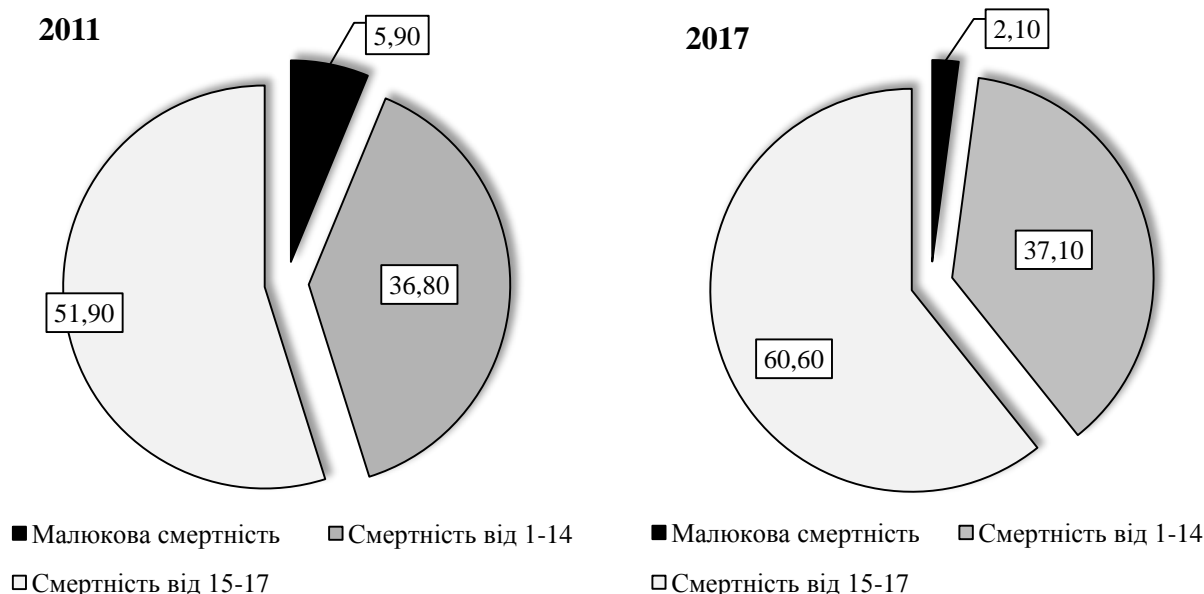


Рис.3. Тенденція смертності від травм та отруєнь в різних вікових категоріях за 2011–2017 роки по Запорізькій обл.

З метою вивчення тенденції смертності дітей в різних вікових групах проведено її аналіз за період 2011–2017 рр. серед жителів міст та районів Запорізької області.

Для проведення аналізу смертності дітей від травм та отруєнь першого року народження вивчено тенденцію малюкової смертності за 2011–2017 рр. на 1000 народжених. Встановлено, що як в області, так і по Україні зареєстровано значне зниження малюкової смертності: по області тренд за 2011/2017 рр. становить -30,04% (в 2011 р. 9,32, в 2017 р. 6,52 на 1000 народжених). По Україні – 29,98 (в 2011 р. 9,32, в 2017 р. 7,11 на 1000 народжених) (табл. 5).

Зменшення малюкової смертності відбулося за рахунок пренатальних причин та зменшення смертності від травм та отруєнь. В цілому по області малюкова смертність від травм і отруєнь за період 2011–2017 рр. зменшилась більше, як в 2 рази і тренд за цей період склав -64,76% (табл. 6).

В містах, на фоні значного зменшення малюкової смертності від зовнішніх причин за досліджуваний період, в 2017 р. не зареєстровано жодного випадку смерті від травм та отруєнь.

В районах області тренд за 2011/2017рр. склав -40,81%, але показники залишаються високими (в 2011 р. 5,61, в 2017 р. 3,32 на 10 тис. народжених живими) (рис. 4).

Таблиця 5
Малюкова смертність за 2011–2017 роки по Запорізькій обл. (на 1000 народжених)

Регіон	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Тренд 2011/2017 ±
Запорізька обл.	9,32	8,26	8,11	6,64	7,62	6,51	6,52	-30,04
Міста	7,54	6,47	6,69	5,56	6,29	5,08	5,98	-20,68
Райони	12,06	10,88	10,19	8,42	9,81	8,70	7,31	-39,38
Україна	9,10	8,26	8,06	6,64	7,72	7,22	7,11	-29,98

Таблиця 6
Малюкова смертність від травм та отруєнь по Запорізькій обл. за 2011–2017рр.(на 10 тис. народжених живими)

Регіон	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Тренд 2011/2017 ±
Запорізька обл.	3,86	3,22	2,18	2,16	5,21	3,13	1,36	-64,76
Міста	2,72	0,89	0,00	0,87	2,73	1,04	0,00	-61,76
Райони	5,61	6,80	5,58	4,28	9,49	6,33	3,32	-40,81

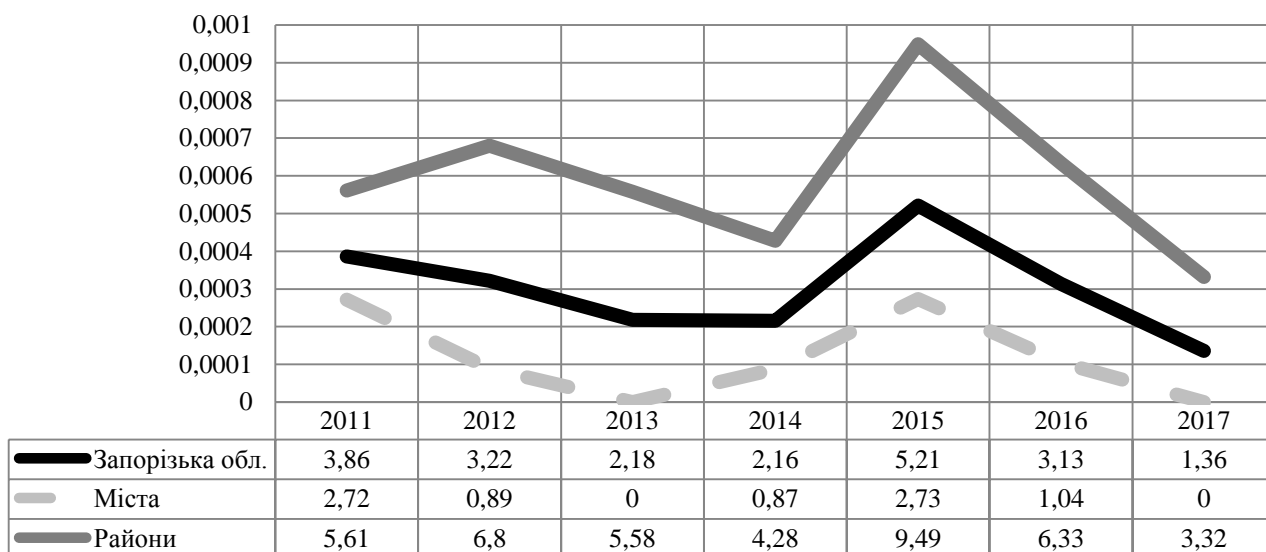


Рис. 4. Тенденція малюкової смертності від травм та отруєнь в міських та сільських регіонах Запорізької обл. за 2011–2017 рр.

Необхідно відзначити, що за досліджуваний період по Запорізькій області зменшилась смертність від травм та отруєнь серед вікової категорії від 0 до 14 років з 1,78 до 1,10 на 10 тис. дітей відповідного віку. Тренд за 2011/2017 рр. становить -38% (табл. 7).

Практично в 2 рази зменшилась смертність від травм та отруєнь в районах Запорізької області. Тренд за 2011–2017 рр. становить -50,87%. В містах, як і серед дітей

до року, смертність від травм та отруєнь низька. В 2011 р. була 0,97, в 2017 р. 0,82 на 10 тис. відповідного населення, тренд склав -15,46% (рис. 5).

В структурі смертності підлітків 15–17 років перше місце за період 2011–2017 рр. займає смертність від травм та отруєнь і складала за період дослідження більше 60% (рис. 6).

Таблиця 7
Смертність дітей віком 0–14 років по Запорізькій обл. за 2011–2017 роки від травм та отруєнь (на 10 тис. відповідного населення)

Регіон	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Тренд 2011/2017 ±
Запорізька обл.	1,78	1,22	1,16	1,17	1,24	1,27	1,10	-38,20
Міста	0,97	0,81	0,51	0,72	0,56	0,41	0,82	-15,46
Райони	2,85	1,77	2,04	1,78	2,17	2,16	1,40	-50,87

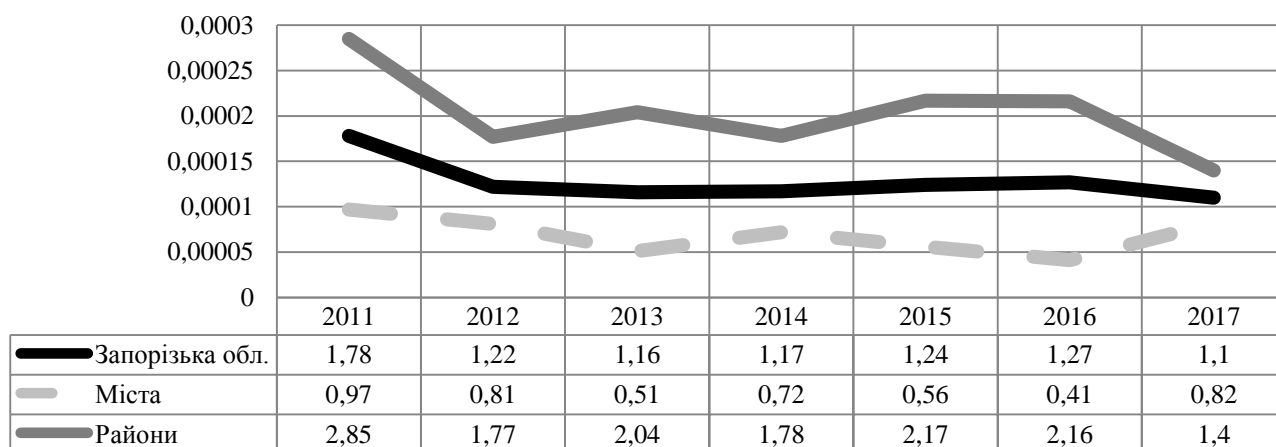


Рис. 5. Тенденція смертності дітей 0–14 років від травм та отруєнь в залежності від місця проживання за 2011–2017 рр.

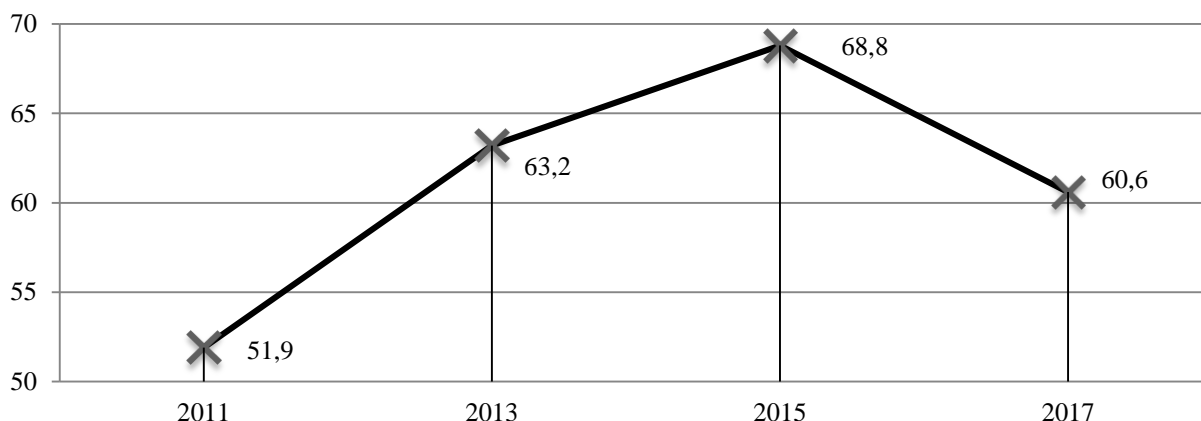


Рис. 6. Питома вага в структурі смертності «Травми та отруєння» серед підлітків 15-17 років по Запорізькій області за 2011–2017 рр.

Аналізуючи показники смертності цієї вікової категорії необхідно відзначити, що смертність від травм і отруєнь серед підлітків 15–17 років на протязі досліджуваного періоду займає перше місце і коливається від 5,0 до 2,2 на 10 тис. дітей 15–17 років, як в міській так і сільській місцевості.

В 2017 р. намітилась незначна тенденція до зниження. Тренд за 2011/2017 рр. склав -3,50% (табл. 8).

Найвищі показники смертності від травм та отруєнь реєструвались в 2015 р., що перевищували показники 2017 р. в 2 рази (рис. 7).

Таблиця 8

Смертність дітей віком 15–17 років по Запорізькій обл. за 2011–2017 роки від травм та отруєнь (на 10 тис. дітей 15–17 років)

Регіон	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Тренд 2011/2017 ±
Запорізька обл.	2,57	3,74	2,48	2,65	5,18	3,43	2,48	-3,50
Міста	2,29	3,14	1,83	1,95	3,74	4,30	2,21	-3,49
Райони	2,93	4,50	3,32	3,56	7,08	2,28	2,83	-3,41

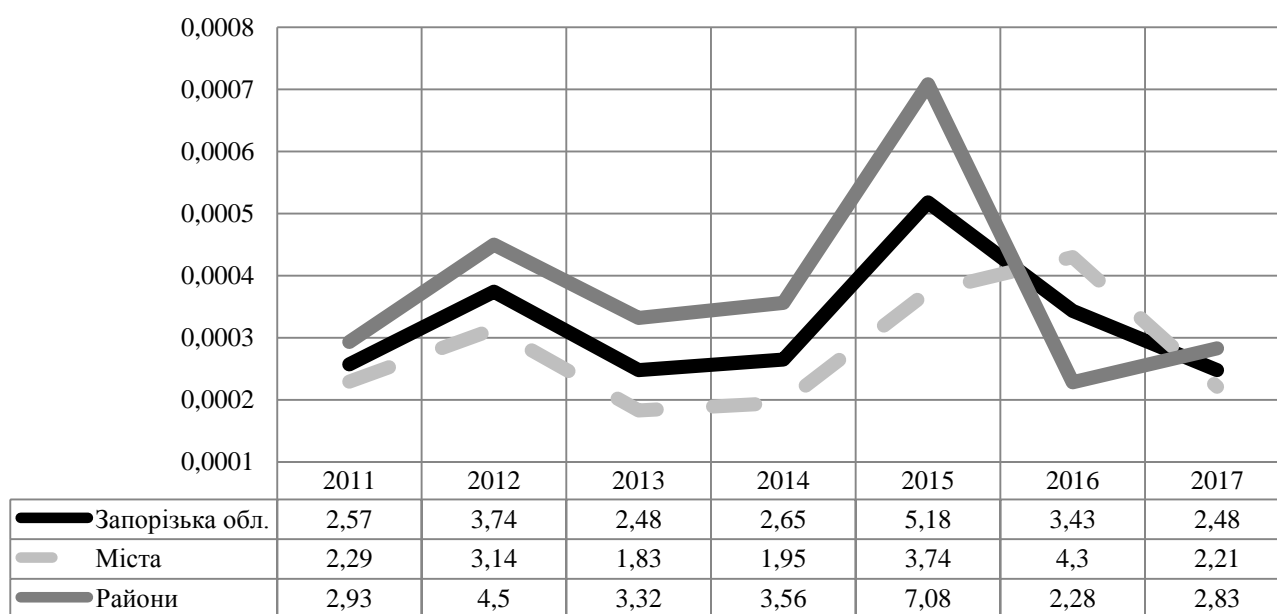


Рис. 7. Показники смертності серед підлітків 15–17 років за 2011–2017 рр. по Запорізькій області в залежності від місця проживання

У структурі причин смертності підлітків 15-17 років в 2017 р. травми та отруєння складають 66,7%, новоутворення 6,7%, хвороби нервової системи 6,7% (рис. 8).

У 2011 р. серед причин смерті травм та отруєнь у дітей 15-17 років: повішання 4 дитини – 40%; травми – 3 дитини – 30%; отруєння 2 дитини – 20%; утоплення 1 дитина – 10%.

У 2017 р. серед причин смерті травм та отруєнь у дітей 15-17 років: повішання 4 дитини – 40%; травми – 3 дитини – 30%; отруєння 2 дитини – 20%; утоплення 1 дитина – 10%.

В структурі причин смертності підлітків від зовнішніх причин на першому місці підвищення, на другому травми, на третьому отруєння і на четвертому – утоплення (рис. 9).

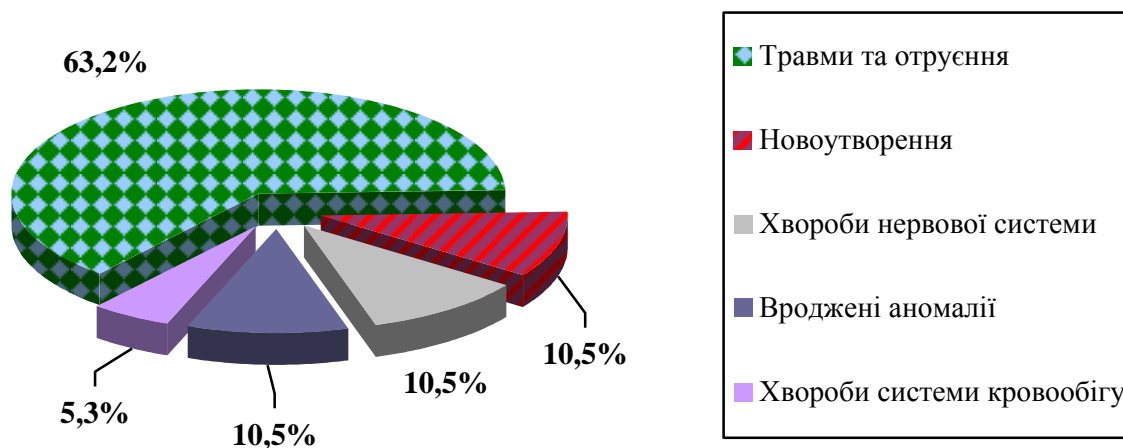


Рис. 8. Основні причини смертності підлітків 15–17 років по Запорізькій області за 2017 рік

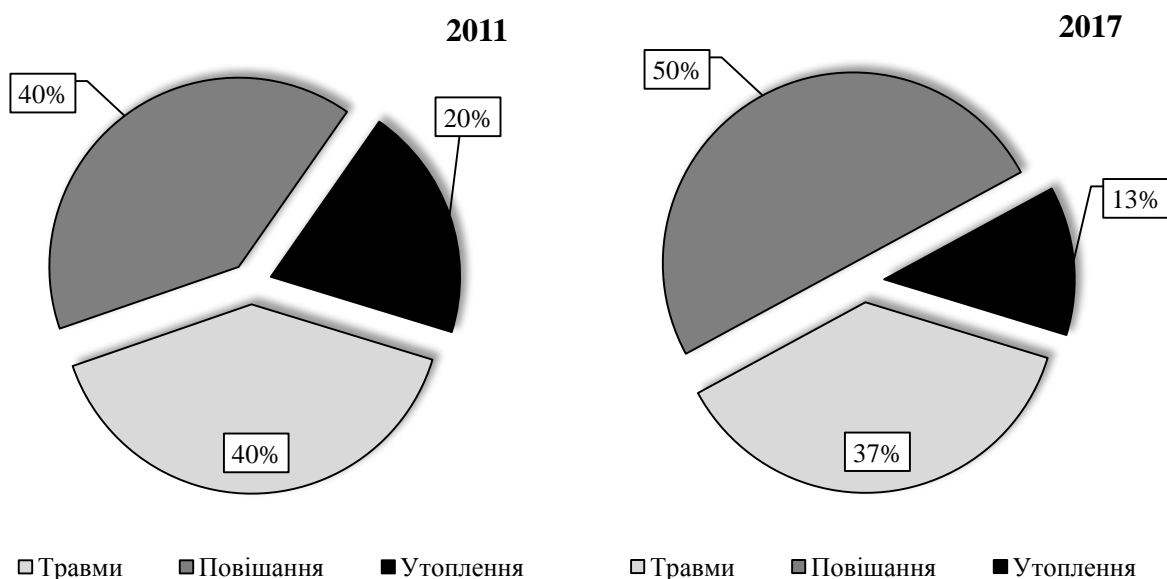


Рис. 9. Питома вага основних причин смертності по класу «Травми та отруєння» (S00–T98) серед підлітків 15–17 років по Запорізькій області

Висновки

1. Встановлено, що в структурі смертності дітей 0-17 років по Запорізькій області, травми та отруєння знаходяться на другому місці. В віковій категорії дітей від 1-14 та 15-17 років травми та отруєння займають I місце.

2. Встановлена позитивна динаміка, щодо зменшення в цілому смертності в віковій категорії

0-17 років від травм та отруєнь. Тренд за 2011/2017 рр. становить -33,16%.

3. В структурі смертності від травм та отруєнь серед підлітків 15-17 років залишається високий показник суїцидів, так за період 2011–2017 рр. в структурі причин по класу «Травми та отруєння» повішання складає 40%.

4. Підтверджені дані щодо росту на регіональному рівні випадків самогубств серед підлітків, в структурі смертності від травм та отруєнь, вони складають 40%.

5. Встановлено вищі показники смертності дітей від 0-17 років в сільській місцевості. При показнику смертності від травм і отруєнь по області 1,29 на 10 тис. відповідного населення, в містах цей показник 1,0, в сільській місцевості 1,6.

6. Одержані дані потребують більш детального вивчення причин смертності серед різних вікових груп дітей від травм та отруєнь в залежності від місця проживання, побутових, соціальних факторів ризику, які впливають на формування у дітей та підлітків житевезберігаючої поведінки.

Література

1. *Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int>.*
2. *Стан та чинники здоров'я українських підлітків / Балакірева О.М., Рингач Н. О., Левін Р.Я., Сакович О. – Київ : Український інститут соціальних досліджень, 2011. – 171 с.*
3. *Стан здоров'я дітей 0–17 років включно за 2017 рік: аналітично-статистичний довідник. – Київ, Центр медичної статистики МОЗ України, 2018.*
4. *Слабкий Г.О. До питання смертності населення в результаті саморуйнівної поведінки / Г.О. Слабкий, Н.С. Зашик // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2016. – № 3 (69). – С. 27–30.*
5. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2011–2017 роки. – Київ : ЦМС МОЗ України, 2017. – 328 с.*
6. *Вороненко Ю. В. Сучасні аспекти розвитку системи медико-соціальних послуг для уразливих груп дітей в Україні [Електронний ресурс] / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, Р. О. Моїсеєнко // Укр. мед. часопис. – 2015. – № 1. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/writer/voronenko-yu-v>.*
7. *Травматизм – глобальна проблема сьогодення // Здоров'я України 21 сторіччя. – 2017. – № 19 (416).*
8. *Trends in childhood trauma mortality in the fast economically developing State of Qatar / A. Bener, S. J. Hussain, A. Ghaffar [et al.] // World journal of pediatrics: WJP. – 2011. – Vol. 7, No. 1. – P. 41–44.*
9. *Bruner C. From child health coverage to healthy child development: federal health reform opportunities to improve the health of america's youngest children / C. Bruner // The Journal of Pediatrics. – 2010. – Vol. 157, No. 1. – P. 1–2.*

Дата надходження рукопису до редакції: 20.08. 2018 р.

Возрастные и региональные особенности смертности детей от внешних причин

*З.В. Лашкул, В.Л. Курочка, А.П. Курган
ГУ «Запорожская медицинская академия
последипломного образования МЗ Украины»*

Цель исследования: изучение причин смертности детского населения от внешних причин в зависимости от возрастных и региональных факторов и разработка и внедрение модели совершенствования ее профилактики.

Материалы и методы. Соответствие с поставленными задачами для достижения цели исследования использован комплекс общих научных и специальных методов, взаимосвязанных и последовательно применяемых в ходе исследования: системный анализ библиосемантический, статистический.

Результаты и обсуждение. С целью изучения смертности детей и подростков от травм и отравлений проведен ее анализ в различных возрастных группах в зависимости от города проживания и причин смерти.

Установлено, что в структуре смертности детей 0-17 лет Запорожской области, травмы и отравления находятся на 2-м месте. В возрастной категории детей от

1-14 и 15-17 лет травмы и отравления занимают 1 место. В структуре смертности от травм и отравлений среди подростков 15-17 лет остается высокий показатель суицидов, так за период 2011-2017 годов в структуре причин по классу «Травмы и отравления» суициды через повешение составляет 40%. Установлены более высокие показатели смертности детей от 0-17 лет в сельской местности. При показателе смертности от травм и отравлений по области 1,29 на 10 тыс. соответствующего населения, в городах этот показатель 1,0, в сельской местности 1,6.

Выводы. Полученные данные требуют более детального изучения причин смертности среди различных возрастных групп детей от травм и отравлений в зависимости от места проживания, бытовых, социальных факторов риска, влияющих на формирование у детей и подростков житевезберігаючого поведіння. Разработать и внедрить программу профилактики детского травматизма и формирования житевезберігаючого поведіння в зависимости от региональных особенностей.

Ключевые слова: смертность детей от травм и отравлений, тенденция, меры профилактики.

The age and regional features of children's mortality from external causes

Z.V. Lashkul, V.L. Kurochka, A.P. Kurgan
DZ "Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate
Education Ministry of Health of Ukraine"

The purpose of the study is to study the causes of mortality of the child population from external causes, depending on age and regional factors, and the development and implementation of a model for improving its prevention.

Materials and methods. In accordance with the set tasks and in order to achieve the purpose of the study, a complex of general scientific and special methods, interrelated and consistently applied in the course of the study, was used: systemic analysis of the bibliosemantic, statistical.

Results and discussion. In order to study the mortality of children and adolescents from trauma and poisoning, its analysis was conducted in different age groups depending on the city of residence and the causes of death. It was established that in the structure of mortality of children 0-17 years old in the Zaporozhye region, injuries and poisonings are in second

place. In the age group of children from 1–14 and 15–17 years, traumas and poisoning take the first place. In the structure of mortality from trauma and poisoning among adolescents aged 15–17 there is a high suicide rate, so for the period 2011–2017, in the structure of the causes of the "Injury and poisoning" class, suicide by hanging is 40%. Higher mortality rates for children aged 0–17 in rural areas have been established. At the rate of mortality from traumas and poisonings in the region 1.29 per 10 thousand of the population, in cities this indicator is 1.0, in rural areas 1.6.

Conclusions. The obtained data require a more detailed study of the causes of mortality among different age groups of children from trauma and poisoning, depending on the place of residence, domestic, everyday problems, social risk factors that affect the formation of life-saving behavior in children and adolescents. To develop and implement a program for the prevention of child injuries and the formation of life-saving behavior, depending on regional features.

Key words: mortality of children from traumas and poisonings, tendency, preventive measures.

Відомості про авторів

Лашкул Зінаїда Василівна – д.мед.н., доцент, завідувача кафедрою соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та МСЕ, ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». 69000 м. Запоріжжя, бул. Вінтера 20.

Курочка Віктор Леонтійович – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та МСЕ, ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». 69000 м. Запоріжжя, бул. Вінтера 20.

Курган Анастасія Петрівна – аспірант кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та МСЕ, ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». 69000 м. Запоріжжя, бул. Вінтера 20.

УДК 312.6:616-053.31:001.8(477)

О.О. Дудіна, С.В. Дудник, Г.О. Слабкий

Ретроспективний аналіз стану здоров'я новонароджених в Україні

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета роботи – провести ретроспективний аналіз стану здоров'я новонароджених в Україні та визначити тенденції стану здоров'я новонароджених.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України» за період 2000-2016 рр., власні розрахунки та статистичне оброблення результатів проведено із використанням статистичних модулів Statistica 10 for Windows та статистичного і епідеміологічного методів.

Результати дослідження та висновки. Встановлено тенденції зниження частоти хворих новонароджених в цілому та захворюваності новонароджених за окремими хворобами, що підтверджується зниженням рівня смертності новонароджених. Визначено збільшення індексу здоров'я новонароджених, спостерігається негативна тенденція динаміки маси тіла новонароджених, як об'єктивного критерію здоров'я покоління, що народжується. Відмічається негативна динаміка тяжких перинатальних станів в основному за рахунок інтенсивного зростання серед недоношених, що впливає на якість подальшого життя дітей і спричиняє їх інвалідизацію, а саме: сепсису новонароджених, інфекцій, специфічних для перинатального періоду, уроджених пневмоній.

Ключові слова: здоров'я новонароджених, захворюваність новонароджених, індекс здоров'я новонароджених.

Вступ

В умовах низького рівня народжуваності особливого значення набуває якість здоров'я нових народжених поколінь дітей. Кожна дитина від народження має рівне невід'ємне право на здоровий розвиток з самого початку свого життя, на освіту та безпечне і забезпечене дитинство, тобто на те, щоб мати всі основні можливості для продуктивного і процвітаючого дорослого життя [1–3]. За даними ВООЗ, на долю новонароджених припадає 45% всіх випадків смерті дітей у віці до п'яти років. Основними причинами смерті новонароджених служать передчасні пологи, ускладнення, що розвиваються в результаті передчасних пологів, низька маса тіла при народженні, інфекції новонароджених, асфіксія (нестача кисню при народженні) і родові травми, на частку цих причин припадає майже 80% випадків смерті в цій віковій групі. Новонароджена дитина, що народилася передчасно або має проблему, що представляє потенційну загрозу для життя, перебуває у надзвичайній ситуації, що вимагає негайного діагностування і ведення, затримка у виявленні проблеми або в забезпеченні її належного ведення може бути фатальною. Двом третинам випадків смерті новонароджених можна запобігти за допомогою ефективних заходів із охорони здоров'я при пологах і протягом першого тижня життя, що мають виконуватись кваліфікованими працівниками охорони здоров'я. Експерти ВООЗ свідчать, що для підвищення якості здоров'я, діти грудного віку, що передчасно народилися і/або мають низьку масу тіла, потребують особливого догляду, при якому необхідно приділяти підвищену увагу грудному вигодовуванню або годуванню грудним молоком, а також утриманню дітей у теплі; дітям, у яких

розвилися ускладнення в результаті передчасних пологів, включаючи респіраторні проблеми, необхідне відповідне лікування в лікарнях; належна медична допомога під час переймів і пологів в поєднанні з неонатальною реанімацією, при необхідності, може значно знизити смертність в результаті асфіксії при народженні (новонародженим дітям з важкою асфіксією необхідний постреанімаційний догляд в лікарнях), тощо. В зв'язку з тим, що 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, яка повинна мати за мету максимальне сприяння створенню умов щодо народження і становлення здорової дитини, дослідження тенденцій стану здоров'я новонароджених, як одного з індикаторів благополуччя країни, набуває особливої актуальності [1–7].

Мета роботи – провести ретроспективний аналіз стану здоров'я новонароджених в Україні та визначити тенденції здоров'я новонароджених.

Матеріали та методи

Проаналізовано дані ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України» за період 2000-2016 рр., власні розрахунки та статистичне оброблення результатів проведено із використанням статистичних модулів Statistica 10 for Windows та статистичного і епідеміологічного методів.

Результати дослідження та їх обговорення

Вагомим критерієм стану здоров'я новонароджених є динаміка частоти народжених хворими і захворівших

новонароджених та захворюваність за класами хвороб і окремими захворюваннями. Слід відмітити, що на відміну від параметрів фізичного розвитку новонароджених, які повною мірою характеризують здоров'я потомства, що народжується, показники частоти народжених хворими і захворілих новонароджених та захворюваність за класами хвороб і окремими захворюваннями, більш суб'єктивні за своєю природою і залежні від діагностичних критеріїв і, певною мірою «кон'юнктурні». При цьому ці показники характеризують не лише якість здоров'я дітей, що народилися, але і рівень акушерської і неонатальної допомоги [2, 3, 5, 6].

Специфіка національної статистики дозволяє оцінити як частоту хворих новонароджених (кількість новонароджених, які народилися хворими або захворіли в період новонародженості на 1000 народжених живими) і індекс здоров'я новонароджених (кількість новонароджених, які народилися здоровими і не мали захворювань в період новонародженості на 100 народжених живими), так і захворюваність за класами хвороб і окремими захворюваннями. Слід відмітити, що за визначенням спеціалістів – захворюваність новонароджених в більшій мірі відображає рівень акушерської, і неонатальної допомоги [2, 6]. Дані кореляційного аналізу засвідчили прямий сильний зв'язок між частотою нормальних пологів і індексом здоров'я новонароджених – $r=+0,91$, $p<0,05$. Враховуючи відсутність даних офіційної статистики стосовно частоти хворих новонароджених з масою тіла при народженні 500 г і більше до 2007 року, нами здійснено аналіз цього показника для новонароджених, які мали масу тіла при народженні 1000 г і більше за 2000–2006 рр., а для новонароджених, які мали масу тіла при народженні 500 г і більше – лише починаючи з 2007 р., коли Україна перейшла на критерії перинатального періоду, живонародженості і мертвонародженості.

В цілому в Україні динаміка частоти хворих новонароджених, які мали масу тіла при народженні 1000 г і більше мала хвилеподібний характер – тенденцію до збільшення з 272,14 на 1000 народжених живими у 2000 р. до 279,4 у 2001 р. з подальшим зменшенням до 201,97 у 2006 р., а частоти народжених хворими і захворілих новонароджених, які мали масу тіла при народженні 500 г і більше – з 185,48 у 2007 р. до 156,4 у 2015 р. і 157,7 у 2016 р. Відповідно індекс здоров'я новонароджених становив 72,8%, 72,1%, 79,85% та 81,4%, 84,4% і 84,2%.

Нелінійний характер при сталій позитивній динаміці мали і зміни показників частоти хворих доношених новонароджених – тенденцію до збільшення з 246,01 на 1000 доношених новонароджених у 2000 р. до 254,18 у 2001 р. з подальшим зменшенням до 119,4 у 2014 р. і тенденцією до збільшення до 123,5 у 2015 р. і 123,8 у 2016 р.

Динаміка частоти хворих недоношених новонароджених, які мали масу тіла при народженні 1000 г і більше також мінчалася по різному і мала хвилеподібний характер – тенденція до збільшення з 846,3

на 1000 недоношених новонароджених у 2000 р. до 864,86 у 2002 р. з подальшим зменшенням до 799,54 у 2006 р. Нерівномірний характер мала і динаміка частоти хворих недоношених новонароджених, які мали масу тіла при народженні 500 г і більше – зменшення з 812,21 у 2007 р. до 752,47 у 2013 р., тенденцію до збільшення до 769,32 у 2014 р., 795,32 у 2015 р. з подальшою тенденцією до зменшення до 793,1 у 2016 р. (рис. 1).

При цьому частота хворих недоношених новонароджених, які мали масу тіла при народженні 1000 г і більше у 2000 р була у 3,1 разу вища, ніж доношених, у 2006 р. – у 4 рази, а новонароджених, які мали масу тіла при народженні 500 г і більше, у 2007 р. – у 4,4, у 2012 – у 5,1 разу, у 2016 р. – у 5 раз.

При цьому індекс здоров'я новонароджених в цілому збільшився з 72,8% у 2000 р. до 84,2% у 2016 р., ВШ з 95% ДІ 2,0 (1,99-2,04), доношених новонароджених – з 75,35 до 87,6%, а недоношених – з 15,3% до 20,7% відповідно.

Дані статистичних звітів ДУ «Центр медичної статистики» МОЗ України дозволяють здійснити аналіз захворюваності за класами та окремими захворюваннями новонароджених, які мали масу тіла при народженні 1000 г і більше за 2000–2006 роки, а новонароджених, які мали масу тіла при народженні 500 г і більше за 2007–2016 роки.

За період 2000–2006 рр. зниження рівнів захворюваності новонароджених, які мали масу тіла при народженні 1000 г і більше відбулося за переважною більшістю хвороб, за виключенням уроджених пневмоній (збільшення на 24,2%, у т.ч. серед доношених новонароджених на 22,0%, а серед недоношених – на 44,26%) і сепсису новонароджених (стабілізація показника серед усіх новонароджених і збільшення на 16,67% серед доношених новонароджених). За темпами зниження захворюваності новонароджених за цей період (2006/2000рр.,%) на першому місці гемолітичні порушення – 43,13%, на другому інфекції, специфічні для перинатального періоду – 55,16%, на третьому внутрішньоутробна гіпоксія і асфіксія – 56,97%, на четвертому внутрішньошлункові і субарахноїдальні крововиливи – 69,06% і на п'ятому родова травма – 69,56%. Слід 0,02‰), синдромом респіраторного розладу та іншими респіраторними станами – з 15,89% до 12,2%, або у 1,3 разу, гемолітичними порушеннями – з 1,48% до 1,33% відповідно. Слід відмітити, що суттєве зменшення частоти внутрішньоутробної гіпоксії і асфіксії новонароджених відбулося на тлі позитивної тенденції частоти анемії вагітних (28,8 відмітити, що прогресивне зниження рівнів захворюваності різними хворобами за цей період співпало з впровадженням в діяльність закладів акушерсько-гінекологічної і неонатологічної допомоги сучасних перинатальних технологій з доведеною ефективністю.

При загальній тенденції до зниження частоти хворих новонароджених, які мали масу тіла при народженні 500 г і більше, динаміка рівнів захворюваності їх різними хворобами за 2007–2016 рр. була неоднозначною.

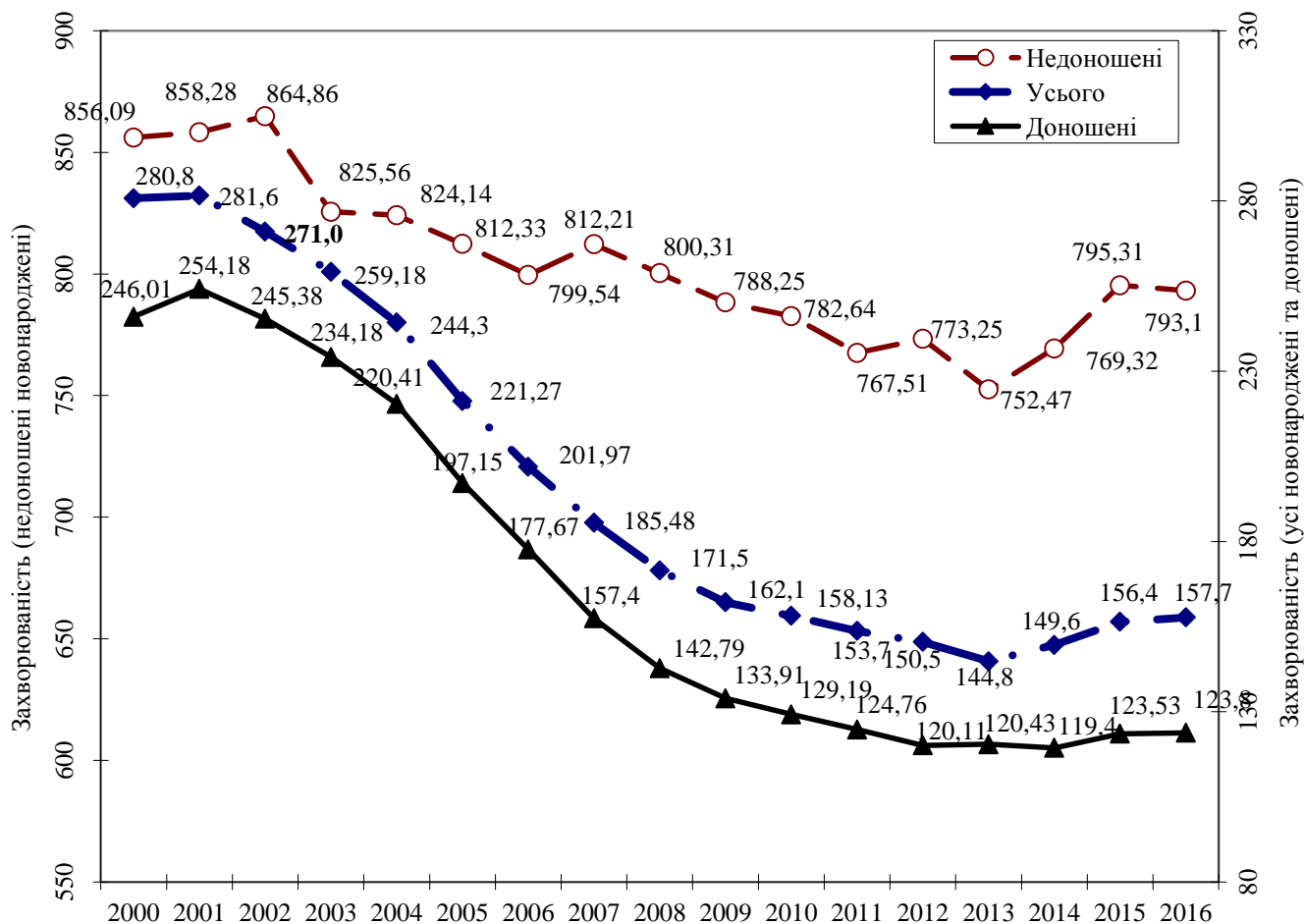


Рис. 1. Динаміка частоти хворих новонароджених, Україна, на 1000 народжених живими з масою тіла при народженні 1000 г і більше (2000–2006 рр.), масою тіла при народженні 500 г і більше (2007–2016 рр.)
Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України»

В цілому зниження частоти хворих новонароджених у 2007–2016 рр. відбулося за рахунок зниження захворюваності внутрішньоутробною гіпоксією і асфіксією з 51,78% у 2007 р. до 17,77% у 2016 р., або у 2,9 разу, сповільненим ростом та недостатністю живлення плода – з 50,41% до 20,41% або у 2,5 разу, родовими травмами – з 23,17% до 17,57%, або у 1,3 разу в основному за рахунок внутрішньочерепних родових травм (з 0,11% до 0% у 2007 р. і 25,8% у 2016 р.), яка сприяє розвитку комплексу гіпоксичних розладів в організмі матері, так і плода. За даними наших досліджень коефіцієнт кореляції між частотою анемії у вагітних і частотою внутрішньоутробної гіпоксії і асфіксії новонароджених мав прямий сильний зв'язок і склав $r=+0,9$, $p<0,05$. Дані про зменшення частоти сповільненого росту та недостатності живлення плода не узгоджуються з наведеними вище даними щодо збільшення маловагових новонароджених упродовж аналізованого періоду. Позитивні тенденції частоти внутрішньочерепних родових травм, синдрому респіраторного розладу та інших респіраторних станів можуть бути зумовлені переорієнтацією перинатальної допомоги на науково обґрунтовану практику.

Характерно що зниження рівнів захворюваності внутрішньоутробною гіпоксією і асфіксією, синдромом респіраторного розладу та іншими респіраторними станами у 2007–2016 рр. більш інтенсивними темпами відбувалося серед доношених новонароджених, ніж серед недоношених – у 3,1 і 2,6 та у 2,1 і 1,3 разу відповідно, а рівнів сповільненого росту та недостатнього живлення плода, родовими травмами – серед недоношених – у 5,0 раз і у 2,2 разу та у 5,5 і 1,2 разу відповідно.

При цьому тривожною є негативна динаміка тяжких, що суттєво впливають на якість подальшого життя і спричиняють інвалідизацію дітей, перинатальних станів – сепсису новонароджених (з 0,18% до 0,46% – у 2,6 разу), в основному за рахунок інтенсивного зростання його серед недоношених (з 1,19% до 6,26%, або у 3,5 разу), інфекцій, специфічних для перинатального періоду (з 4,06% до 7,64%, або у 1,9 разу), також за рахунок інтенсивного зростання його серед недоношених (з 26,25% до 60,98%, або у 2,3 разу), уроджених пневмоній (з 4,07% до 4,62%) за рахунок більш інтенсивного зростання його серед недоношених (з 26,4% до 31,98%, або у 1,2 разу).

Слід відмітити, що зростання захворюваності новонароджених інфекціями, специфічними для перинатального періоду та сепсисом новонароджених не узгоджується з тенденцією зменшення рівня родового сепсису і розлитой післяродової інфекції, що частково може бути зумовлено поліпшенням діагностики цієї патології у новонароджених.

Несприятливим є зростання частоти неонатальної жовтяниці – з 26,3% у 2011 році (з якого почалася їх реєстрація) до 33,46% у 2016 році або у 1,3 разу за шість років. Дана патологія частіше розвивається у недоношених дітей (149,5% у 2011 р. і 153,7% у 2016 р.), і динаміка рівня її узгоджується з даними високого рівня недоношеності (4,51% і 5,06%). Значимість зростання неонатальної жовтяниці зумовлена високим рівнем розумової відсталості дітей і патології нервової системи, оскільки білірубінова енцефалопатія в результаті важких форм неонатальної жовтяниці супроводжується значними неврологічними розладами. Спричинити збільшення частоти білірубінової енцефалопатії новонароджених може і зростання гемолітичної хвороби новонароджених (з 6,56% у 2011 р. до 7,76% у 2016 р.). Викликає занепокоєння і негативна динаміка частоти інших порушень церебрального статусу новонародженого, які мають безпосередній вплив на розвиток таких захворювань, як дитячий церебральний параліч, епілепсія, мінімальна мозкова дисфункція – 18,52% у 2008 р. і 23,8% у 2016 р. Ця патологія значно частіше зустрічається у недоношених новонароджених – 143,43% і 172,92% відповідно. Суттєве значення має і зростання внутрішньошлункових і субарахноїдальних крововиливів новонароджених тяжкі форми яких спричиняють формування гіпо- або нормотензивного гідроцефального синдрому, лікування якого традиційними методами є малоефективним і є однією з причин їх нежиттєздатності і ранньої смерті [7, 8]. За даними статистики МОЗ України частота внутрішньошлункових і субарахноїдальних крововиливів новонароджених у 2007 р. становила 1,95%, а у 2016 р. – 2,41%. Характерно, що дана патологія частіше зустрічається у недоношених новонароджених (27,19% і 25,30%), а збільшення захворюваності нею – лише за рахунок збільшення у доношених новонароджених – з 0,81% до 1,19%, або у 1,5 разу).

Особливої уваги в зв'язку з очевидною необхідністю зниження «генетичного вантажу популяції» при несприятливій демографічній ситуації в Україні заслуговують вроджені вади розвитку та спадкові захворювання у новонароджених. При сучасному рівні пренатальної діагностики та можливості запобігти народженню дітей з некорегуємою важкою спадковою і вродженою патологією, в т.ч. хромосомними порушеннями, ця патологія є, по суті умовно запобіжною. Наразі доведено, що при хорошій організації пренатальної діагностики можна зменшити народження дітей з грубою вродженою патологією на 30% [9]. Збільшення захворюваності уродженими аномаліями, деформаціями

та хромосомними порушеннями при все ще високому їх рівні відбувалося повільніше – з 22,33% до 24,38%, в основному за рахунок недоношених (з 22,33% у 2007 р. до 47,05% у 2016 р.).

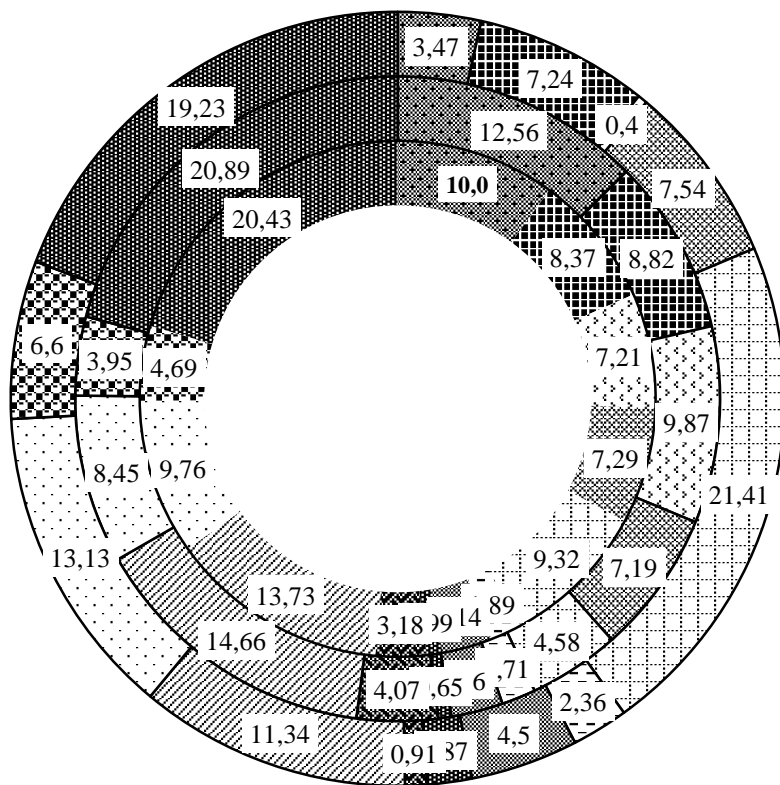
Наслідком збільшення захворюваності новонароджених може бути зростання числа хронічної патології у дітей, аж до виражених порушень в стані здоров'я, з обмеженням життєдіяльності. Роль перинатальної патології як причини дитячої інвалідності визначається різними авторами в 60–80%. Серед причин, що сприяють інвалідизації дітей, значну питому вагу займає вроджена і спадкова патологія, недоношеність, надзвичайно мала маса тіла при народженні.

У 2016 році структура захворюваності новонароджених в Україні представляється таким чином: на 1 місці – неонатальна жовтяниця (13,73%), на 2-му – уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення (10,0%), на третьому – інші порушення церебрального статусу новонароджених (9,76%), на четвертому – розлади дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді (9,32%), на п'ятому – сповільнений ріст, недостатність живлення плода (8,37%) (рис. 2).

У структурі захворюваності доношених новонароджених упродовж останніх років провідні місця посідали неонатальна жовтяниця (14,66%) уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення (12,56%), родові травми (9,87%), сповільнення росту та недостатність харчування плода (8,82%), інші порушення церебрального статусу новонароджених (8,45%).

Враховуючи, що органи та системи недоношеного новонародженого відрізняються морфофункціонально незрілістю, у структурі їх захворюваності переважають розлади дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді (21,44%), інші порушення церебрального статусу новонароджених (13,13%), неонатальна жовтяниця (11,34%), внутрішньо маткова гіпоксія та асфіксія в родах (7,54%), сповільнення росту та недостатність харчування плода (7,24%).

Зменшення частоти хворих новонароджених в цілому та захворюваності новонароджених за окремими хворобами підтверджується позитивною тенденцією смертності новонароджених, а саме в цілому в пологових стаціонарах закладів охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України, смертність новонароджених з масою тіла при народженні 1000 г і більше зменшилася з 2,97 на 1000 народжених живими у 2000 році до 2,5 у 2006 році, а новонароджених з масою тіла при народженні 500 г і більше – з 3,44 у 2007 р. до 2,34 у 2016 році. Зменшення смертності новонароджених як з масою тіла при народженні 1000 г і більше, так і новонароджених з масою тіла при народженні 500 г і більше за період дослідження характерно як для доношених – з 1,63 до 1,35 і з 1,24 до 0,74, так і для недоношених новонароджених – з 32,5 до 30,8 і з 52,6 до 32,34 відповідно.



- ⊗ Уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення
- ⊠ Сповільнений ріст, недостатність живлення плоду та розлади, пов'язані із скороченою вагітністю та малою масою тіла при народженні
- ⊙ Родова травма
- ⊗ Внутрішньоматкова гіпоксія і асфіксія у родах
- ⊠ Розлади дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді
- Уроджені пневмонії
- ⊗ Інфекції специфічні для перинатального періоду
- ⊠ Внутрішньоплодові і субарахноїдальні крововиливи
- ⊗ Гемолітична хвороба, обумовлена ізоімунізацією
- ⊠ Неонатальна жовтяниця, обумовлена надмірним гемолізом, іншими причинами
- ⊙ Інші порушення церебрального статусу новонародженого
- ⊗ Інші стани перинатального періоду
- ⊠ Інші хвороби новонароджених

Рис. 2. Структура захворюваності новонароджених за основними хворобами, Україна, 2016 р., %

Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України». Особисті розрахунки авторів

Висновки

В ході дослідження визначено тенденції щодо зниження частоти хворих новонароджених в цілому та захворюваності новонароджених за окремими хворобами, що підтверджується зниженням рівня смертності новонароджених. Визначається збільшення індексу здоров'я новонароджених при негативній тенденції динаміки маси тіла новонароджених, як узагальненого об'єктивного критерію здоров'я покоління, що народжується. Спостерігається негативна динаміка тяжких перинатальних станів в основному за рахунок їх інтенсивного зростання серед недоношених, що

впливають на якість подальшого життя і спричиняють інвалідизацію дітей, а саме: сепсису новонароджених, інфекцій, специфічних для перинатального періоду, уроджених пневмоній.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні детермінант дитячої захворюваності та смертності, кадрового та ресурсного забезпечення служби охорони здоров'я матері і дитини та її організаційних аспектів з метою оптимізації медичної допомоги дітям, що має сприяти зниженню та попередженню смертності, захворюваності та інвалідності дитячого населення в Україні.

Література

1. *Положение детей в мире, 2016 год. Справедливые возможности для каждого ребенка.* ВООЗ.
2. *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.
3. *Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework.* The Lancet 2014; 383: 1333-54.
4. *Global Vaccine Action Plan 2011-2020.* Geneva: WHO, 2013.
5. *Ведение болезней и осложнений у новорожденных детей.* – Режим доступа: www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/management_illness_complications/ru.

6. *State of inequality—reproductive, maternal, newborn and child health.* Geneva: WHO, 2015.
7. *Новорожденные: снижение смертности / Информационный бюллетень № 333, Январь 2016 г.* – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/ru>.
8. *Траверсе Г.М.* Внутрішньошлункові крововиливи у новонароджених: сучасний погляд на діагностику, лікування, профілактику / Г.М. Траверсе, Н.С. Артьомова, С.М. Цвіренко.
9. *Куртяну А.* Результаты неврологического развития у недоношенных новорожденных, які перенесли внутрішньошлункові крововиливи і перивентрикулярну лейкомаляцію / А. Куртяну // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – Т. 6, № 3 (21). – 2016. – С. 5–12.

Дата надходження рукопису до редакції: 28.06.2018 р.

Ретроспективний аналіз стану здоров'я новонароджених в Україні

Е.А. Дудина, С.В. Дудник, Г.А. Слабкий
ГУ «Український інститут стратегічних досліджень МЗ України»
ГВУЗ «Ужгородський національний університет»,
г. Ужгород, Україна

Цель работы – провести ретроспективний аналіз стану здоров'я новонароджених в Україні, визначити тенденції стану здоров'я новонароджених.

Матеріали і методи. Проаналізовані дані ГУ «Центр медичної статистики МЗ України» за період 2000–2016 гг., власні розрахунки і статистична обробка результатів проведені з використанням статистичних модулів Statistica 10 for Windows, статистичного і епідеміологічного методів.

Результати дослідження і висновки. Встановлено тенденції зниження частоти хворих новонароджених в цілому і захворюваності новонароджених по окремих нозологіям, що підтверджується зниженням рівня смертності новонароджених. Визначено збільшення індексу здоров'я новонароджених, при цьому спостерігається негативна тенденція динаміки маси тіла новонароджених, як об'єктивного критерія здоров'я покоління, що народжується. Відзначається негативна динаміка важких перинатальних станів в основному за рахунок інтенсивного росту серед недоношених, що впливає на якість подальшої життя дітей і викликає їх інвалідизацію, а саме: сепсис новонароджених, інфекцій, специфічних для перинатального періоду, вроджених пневмоній.

Ключевые слова: здоров'я новонароджених, захворюваність новонароджених, індекс здоров'я новонароджених.

Retrospective analysis of condition of newborns' health in Ukraine

O.O. Dudina, S.V. Dudnyk, G.O. Slabkiy
SE “Ukrainian institute of strategic researches of Ministry of Health of Ukraine”
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to conduct a retrospective analysis of the health status of newborns in Ukraine, to determine tendencies of the health status of newborns.

Materials and methods. The data of the State Institution «Center for Medical Statistics of the Ministry of Healthcare of Ukraine» for the period 2000–2016 are analyzed, own the statistical calculations of the results were carried out using statistical modules Statistica 10 for Windows, statistical and epidemiological methods.

Results and conclusions. Tendencies in decreasing the frequency of sick newborns in general and the morbidity of newborns for several nosological classes of diseases have been established, which is confirmed by a decrease of infants' mortality level. An increase of the index of newborns' health is determined, while a negative tendency in the dynamics of the body weight of newborns is observed, which is an objective criterion of this generation's health. Negative dynamics of severe perinatal conditions is noted, mainly due to intensive growth among preterm infants, which affects the quality of further life of children and causes their disability, such as: sepsis of newborns, infections specific for the perinatal period, congenital pneumonia.

Key words: health of newborns, morbidity of newborns, neonatal health index.

Відомості про авторів

Дудина Олена Олександрівна – к.мед.н., завідувач відділенням ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, провулок Волго-Донський, 3.

Дудник Світлана Валеріївна – к.мед.н., учений секретар ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, провулок Волго-Донський, 3.

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

УДК 312.6:616.36–002(477.65)

Н.В. Медведовська, І.І. Касьяненко

Регіональні особливості захворюваності населення Кіровоградської області на вірусні гепатити

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика,
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Метою дослідження став аналіз сучасних регіональних особливостей захворюваності населення Кіровоградської області на вірусні гепатити, зокрема парентеральні.

Матеріалами для дослідження слугували дані офіційної статистичної звітності Центру медичної статистики МОЗ України (форма №1 та №2) по реєстрації випадків захворюваності на вірусні гепатити по Кіровоградській області за 2007–2016 рр. Для досягнення поставленої мети використано класичні **методи** наукового дослідження на основі системного підходу, аналітико-синтетичний, медико-статистичний аналіз та графічного моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення. За період дослідження виявлено зростання захворюваності на вірусні гепатити серед населення Кіровоградської області, в результаті чого її показник в 1,2 разу ($p < 0,01$) перевищує середнє по Україні значення в 2016 р. Регіональні особливості Кіровоградської області проявилися також надзвичайно високим відсотком хронічних вірусних гепатитів в загальній структурі захворюваності населення на вірусні гепатити ($80,35 \pm 2,14\%$ проти $58,79 \pm 0,44\%$ в Україні). При суттєвому зменшенні захворюваності на гострі вірусні гепатити А (з 16,2 в 2007 р. до 3,0 в 2016 р.), В (з 10,89 до 2,36) та С (з 3,63 до 1,44), в Кіровоградській області зростає захворюваність на хронічні вірусні гепатити (28,54 проти 17,44 по Україні), зокрема хронічний вірусний гепатит С (21,87 проти 13,69 на 100 тис. населення по Україні). Найвищі рівні захворюваності на вірусний гепатит в 2016 р. виявлені в м. Кіровоград (71,13) та м. Олександрія (58,24) при середньому по області 35,52 на 100 тис. населення.

Висновки. Виявлені регіональні особливості в динаміці можуть стати науковим підґрунтям для удосконалення надання медичної допомоги населенню області, зокрема щодо своєчасного виявлення гострих форм парентеральних вірусних гепатитів задля попередження встановлення діагнозу вперше в хронічній формі вірусного гепатиту.

Ключові слова: вірусні гепатити, Кіровоградська область, динаміка захворюваності.

Вступ

Проблема зростання захворюваності на парентеральні вірусні гепатити набула світових масштабів, при що переконливо свідчить зростаюча кількість хворих на них, за оцінками ВООЗ, – це 3,5% від всього населення на планеті, з них 257 млн. мають хронічний вірусний гепатит. Зокрема у 2015 р. вірусні гепатити (В і С) стали причиною 1,34 млн. смертей (що на 140 тис. більше, ніж від туберкульозу, і на 340 тис. більше, ніж жертв ВІЛ-інфекції/СНІДу). Смертність від парентеральних вірусних гепатитів, яка в основному зумовлена цирозом печінки (ЦП) та гепатоцелюлярною карциномою (ГЦК), за період з 2000 р. по 2015 р. зросла на 22%. Якщо HBV- і HCV-інфікованих осіб залишити без лікування, наслідком може стати 720 тис. випадків смерті на рік від ЦП та 470 тис. – від ГЦК, що становить 96% від усіх смертельних наслідків вірусних гепатитів [1, 2].

Якщо в розвинених країнах світу активно відбувається вакцинація від гепатиту В, то в Україні ситуація з вакцинопрофілактикою керованих інфекцій взагалі катастрофічна. Охоплення вакцинопрофілактикою гепатиту В дітей до року, розпочате в 2000 р., в 2002 р. становило 48,5%, в 2006 – 96,5%, з коливаннями в наступні роки від 80,0% до 50,0%, особливо зменшилося за останні п'ять років, що призвело до оприлюднених МОЗ України

в 2016 р. критичних 28,8% [3]. Згідно з оцінками експертів ВООЗ, Україна за показниками 2016 р. увійшла у топ-8 країн з найменшим охопленням вакцинацією дітей, поряд із Нігерією, Сомалі, Південним Суданом, Екваторіальною Гвінеєю, Центральноафриканською Республікою та Сирією [4].

На виправлення ситуації направлений наказ МОЗ України № 276 від 11.08.2014 р. № 551 «Про удосконалення проведення профілактичних щеплень в Україні», яким передбачено обов'язкове щеплення проти гепатиту В новонароджених, та визначено рекомендованим щеплення особам з високим поведінковим і медичним ризиком гемоконтактного інфікування (медичні працівники; військовослужбовці; співробітники МВС України; пожежні; персонал служб соціального призначення; персонал і пацієнти закритих закладів; персонал та особи, які перебувають у закладах виконання покарань; персонал сфери послуг, який за специфікою своєї професійної діяльності може мати контакт з біологічними рідинками людини (перукарі, персонал салонів краси, масажисти та ін.); спортсмени; особи, які вживають наркотичні речовини внутрішньовенно; ВІЛ-позитивні особи; люди з венеричними захворюваннями; жінки, котрі надають сексуальні послуги за винагороду; чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками; особи, які подорожують до

регіонів з високою ендемічністю гепатиту В. За показаннями щеплення передбачено також для: реципієнтів донорської крові та її препаратів; дітей в дитячих будинках та будинках дитини; членів родин, у яких є хворі на ГВ та носії HBsAg; пацієнтів з хронічними захворюваннями печінки; пацієнтів, які підлягають плановому оперативному втручання.

Для зниження захворюваності на парентеральні вірусні гепатити, зокрема гепатит В, в усіх розвинених країнах світу запроваджено універсальну вакцинопрофілактику в першу чергу серед новонароджених [5, 6]. Особливо ретельно її дотримуються через зростаючий потік мігрантів з високоендемічних за HBV-інфекцією країн. Нещодавно були прийняті оновлені рекомендації Американської академії педіатрії (AAP, American Academy of Pediatrics), відповідно до яких здоровим новонародженим дітям (з масою тіла тіла >2000 г) перша доза вакцини проти гепатиту В повинна бути введена впродовж перших 24 год життя; новонародженим від матерів з позитивною серологією щодо HBsAg рекомендується введення вакцини та специфічного імуноглобуліну впродовж перших 12 год життя, незалежно від маси тіла дитини. Окремо розглядають питання щеплення проти гепатиту В дітей, народжених матерями з наявністю оболонкового HBeAg та невідомим серологічним статусом щодо маркерів інфікування HBV.

Окремі вітчизняні дослідники переконують, що дійсна кількість випадків парентеральних вірусних гепатитів щонайменше в 5 разів перевищує результати

офіційної статистики через значну кількість пацієнтів із хронічним вірусним гепатитом, так званих «носіїв вірусу», у яких відсутні або мінімізовані ознаки хронічного запального процесу в печінці [7].

Метою нашого дослідження став аналіз сучасних регіональних особливостей захворюваності населення Кіровоградської області на вірусні гепатити, зокрема парентеральні.

Матеріали та методи

Матеріалом для дослідження слугували дані офіційної статистичної звітності Центру медичної статистики МОЗ України (форма №1 та №2) по реєстрації випадків захворюваності на вірусні гепатити по Кіровоградській області за 2007-2016 рр. Для досягнення поставленої мети використано класичні методи наукового дослідження на основі системного підходу, аналітико-синтетичний, медико-статистичний аналіз та графічного моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення

За обраний нами період дослідження (2007–2016 рр.) зростання захворюваності на вірусні гепатити в Кіровоградській області відбувалося дещо меншими темпами, порівняно із даними в цілому по Україні (з 33,76 до 35,52 на 100 тис. населення, або $+4,95 \pm 0,57\%$ проти зростання показника по Україні з 25,8 до 29,67 на 100 тис. населення, або $+13,1 \pm 0,26\%$) (рис. 1).

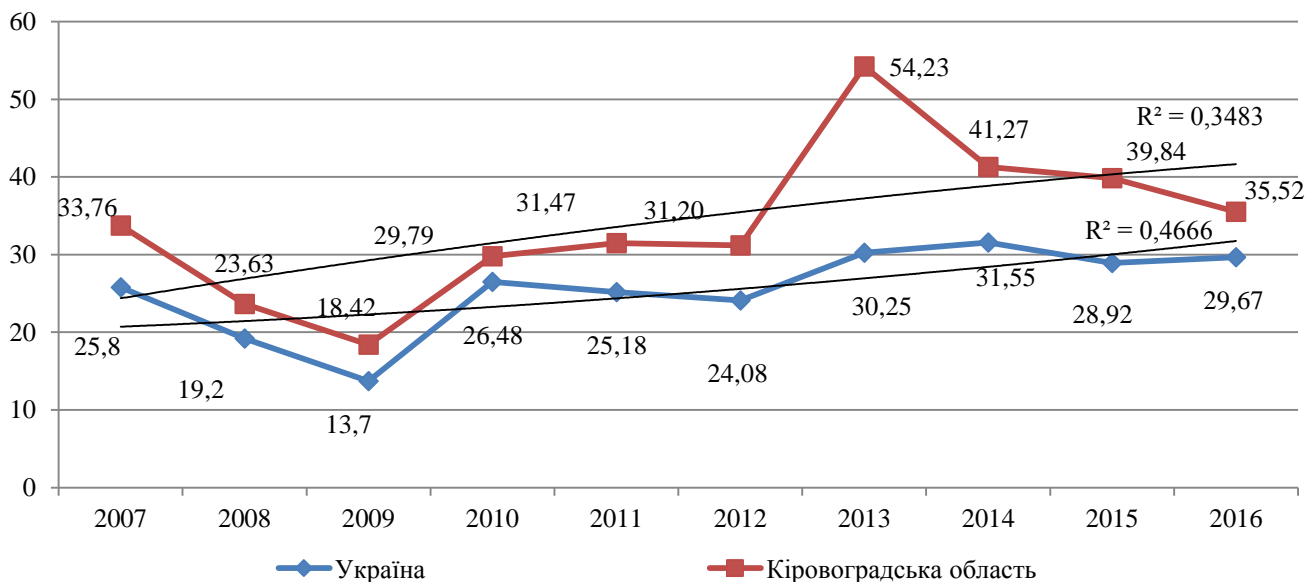


Рис. 1. Динаміка захворюваності на вірусні гепатити в Україні та Кіровоградській області за період 2007-2016 рр. (на 100 тис. населення)

В структурі захворюваності на вірусні гепатити в Кіровоградській області переважають хронічні вірусні гепатити ($80,35 \pm 2,14\%$), проте порівняно із структурою захворюваності по Україні їх питома вага є значно вищою (по Україні $58,79 \pm 0,44\%$). Відповідно меншою виявилася

питома вага гострих вірусних гепатитів А ($8,4 \pm 1,49\%$ в Кіровоградській області проти $23,85 \pm 0,38\%$ по Україні), В ($6,7 \pm 1,34\%$ проти $11,56 \pm 0,28\%$) та С ($4,05 \pm 1,06\%$ проти $4,44 \pm 0,18\%$). За період дослідження в структурі захворюваності на вірусні гепатити в Кіровоградській

області відбулося зменшення питомої ваги гострих вірусних гепатитів (гепатиту А з $21,56 \pm 2,3\%$ в 2007 р. до $8,38 \pm 1,49\%$ в 2016 р.; гепатиту В з $18,75 \pm 2,18\%$ до $6,65 \pm 1,34\%$; гепатиту С з $9,69 \pm 1,65\%$ до $4,05 \pm 1,06\%$), на користь хронічний вірусних гепатитів, питома вага яких зросла майже вдвічі з $45,0 \pm 2,78\%$ в 2007 р. до $80,35 \pm 2,14\%$ в 2016 р. В Кіровоградській області, як і в цілому по Україні ($78,48 \pm 0,48\%$) в 2016 р. в структурі захворюваності на хронічні вірусні гепатити переважають хронічні вірусні гепатити С ($76,62 \pm 2,54\%$). Захворюваність на гострий вірусний гепатит А зменшилася (Україна з 16,7 до 7,08 (в 2,36 разу, $p < 0,001$) проти з 16,2 до 3,0 (в 5,4 разу, $p < 0,001$) на 100 тис. населення в Кіровоградській області). Аналогічна динаміка виявлена із захворюваністю на гострий вірусний гепатит В (з 10,89 до 2,36 (в 4,61 разу, $p < 0,001$) та гострий вірусний гепатит С (з 3,63 до 1,44 на 100 тис. населення (в 2,52 разу, $p < 0,001$), темпи зниження яких значно переважають загальноукраїнські (в 1,83 разу та 1,5 разу відповідно) (рис. 2, 3). Іншою виявилася динаміка захворюваності на хронічний вірусний гепатит в Кіровоградській області, значення показника виявилися суттєвими (28,54) в порівнянні з середньоукраїнськими

(17,44 на 100 тис. населення) при інтенсивніших темпах зростання і перевищення показників захворюваності як на хронічний гепатит В, так і на хронічний гепатит С (рис. 4).

При більш детальному вивченні динаміки захворюваності в розрізі районів та міст Кіровоградської області виявилося, що в 2016 р. найвищі рівні захворюваності на вірусний гепатит виявлені в Знам'янському (104,35) районі, м. Кіровоград (71,13) та м. Олександрія (58,24) при середньому по області 35,52 на 100 тис. населення. Якщо в Знам'янському районі високий рівень захворюваності на вірусні гепатити в 2016 р. був зумовлений високою захворюваністю на гострий вірусний гепатит А (73,91 проти середнього по області показника 3,0 на 100 тис. населення), то в мм. Кіровоград та Олександрія рівні захворюваності на вірусні гепатити з року в рік, з невеликими коливаннями, залишаються одними із найвищих в області. В той час, як в 2016 р. не було виявлено жодного випадку гострого вірусного гепатиту В в 17 із 25 основних адміністративних територій Кіровоградської області, в м. Кіровоград (12,55) та м. Олександрія (13,19) їх рівні були одними із найвищих при середньому по області значенні 5,95 на 100 тис. населення.

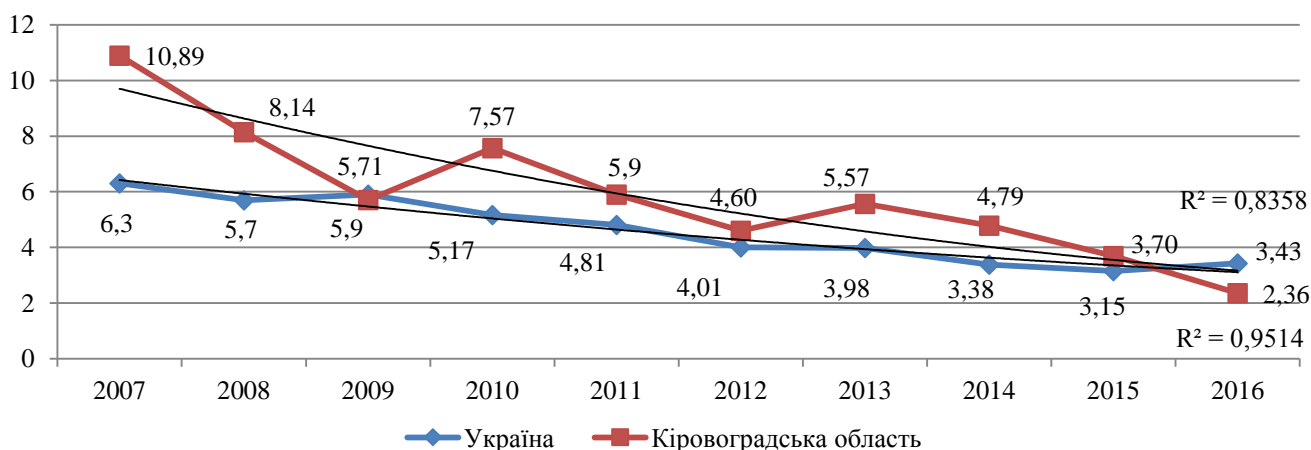


Рис. 2. Динаміка захворюваності на гострий вірусний гепатит В в Україні та Кіровоградській області за 2007-2016 рр. (на 100 тис. населення)

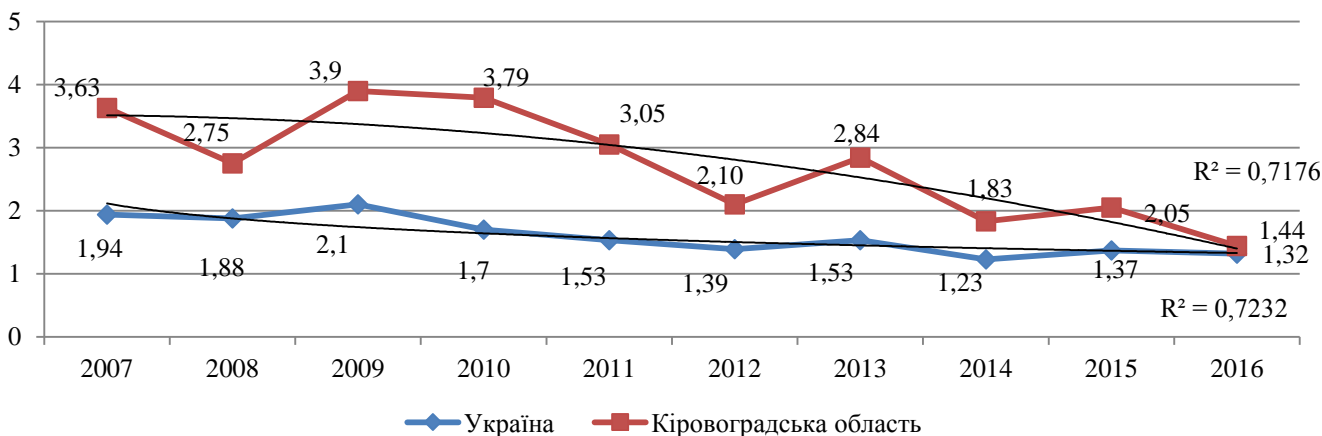


Рис. 3. Динаміка захворюваності на гострий вірусний гепатит С в Україні та Кіровоградській області за 2007-2016 рр. (на 100 тис. населення)

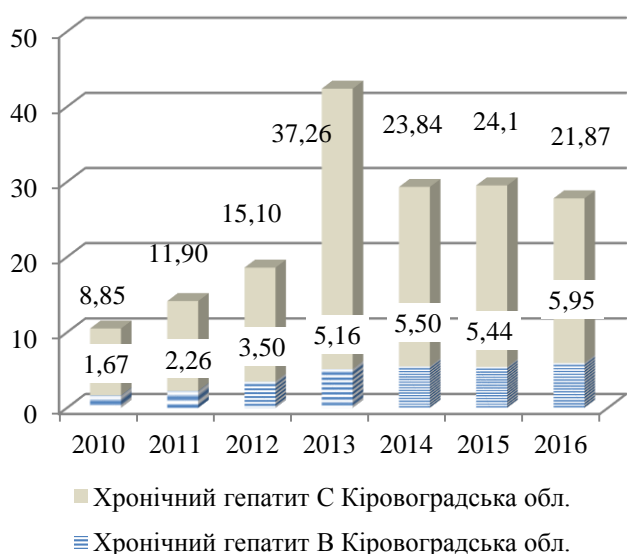


Рис. 4. Динаміка захворюваності на хронічний вірусний гепатит В та С в Кіровоградській області (на 100 тис. населення)

Суттєвим є переважання більше ніж в 2 рази значень захворюваності на хронічний вірусний гепатит В та С в м. Кіровоград (68,62) та м. Олександрія (53,85) при середньому по області в 2016 р. значенні 28,54 на 100 тис. населення. Особливо це стосується захворюваності на хронічний вірусний гепатит С, яка в м. Кіровоград (53,14) та Олександрія (40,66) в 2 рази перевищувала середній по області показник 21,87 на 100 тис. населення.

Література

1. ВОЗ. Гепатит В. Информационный бюллетень. Апрель 2017. – Электронный ресурс. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/ru>.
2. Global Hepatitis Report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017. – Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng.pdf>.
3. Показники рівня вакцинації в Україні – інформація від МОЗ. – Электронный ресурс. – Режим доступа: <http://zdorov-info.com.ua/novosti/medicina-segodnja/17262-pokazniki-rivnja-vakcinacii-v-ukraini--informacija-vid-moz.html>.
4. МОЗ оприлюднило статистику щеплень та інфекційних захворювань у дітей. – Электронный ресурс. – Режим доступа: https://zaxid.net/moz_oprilyudnilo_statistiku_shheplen_ta_infektsiynih_zahvoryuvan_u_ditey_n1435783.
5. Hepatitis B. Fact sheet N 204. Updated July 2015. – Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>.
6. Van Herck K. Schedules for hepatitis B vaccination of risk groups: balancing immunogenicity and compliance // Sex Transm. Infect. – 2007. – Vol. 83 (6). – P. 426-432.
7. Влияние социальных факторов на развитие эпидемического процесса в современных условиях (на модели гепатита В) / А.Л. Гураль, В.Ф. Мариевский, Т.А. Сергеева [и др.] // Вчення Л.В. Громашевського на сучасному етапі розвитку епідемічного процесу. – Київ, 2007. – С. 29-36.

Захворюваність на хронічний вірусний гепатит С в м. Кіровограді складала 12,55, в м. Олександрія 13,19 при середньому по області 5,95 на 100 тис. населення.

Висновки

Таким чином, в Кіровоградській області, як і в Україні зростає захворюваність на вірусні гепатити, проте її значення за підсумками 2016 р. в 1,2 разу перевищують показники по Україні (35,52 проти 29,67 на 100 тис. населення в Україні). При суттєвому зменшенні захворюваності на гострі вірусні гепатити А (з 16,2 в 2007 р. до 3,0 в 2016 р.), В (з 10,89 до 2,36) та С (з 3,63 до 1,44), в Кіровоградській області зростає захворюваність на хронічні вірусні гепатити (28,54 проти 17,44 по Україні), зокрема хронічний вірусний гепатит С (21,87 проти 13,69 на 100 тис. населення по Україні). Найвищі рівні захворюваності на вірусний гепатит в 2016 р. виявлені в м. Кіровоград (71,13) та м. Олександрія (58,24) при середньому по області 35,52 на 100 тис. населення, з невеликими коливаннями протягом всього періоду дослідження вони залишалися одними із найвищих в області. Виявлені регіональні особливості в динаміці можуть стати науковим підґрунтям для удосконалення надання медичної допомоги населенню області, зокрема щодо своєчасного виявлення гострих форм парентеральних вірусних гепатитів задля попередження встановлення діагнозу вперше в хронічній формі вірусного гепатиту.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням системи діагностики вірусних гепатитів.

Дата надходження рукопису до редакції: 18.08.2018 р.

Региональные особенности заболеваемости населения Кировоградской области вирусными гепатитами*Н.В. Медведевская, И.И. Касьяненко*

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л.Шупика
ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины»

Целью исследования стал анализ современных региональных особенностей заболеваемости населения Кировоградской области вирусными гепатитами, в частности парентеральными.

Материалами для исследования послужили данные официальной статистической отчетности Центра медицинской статистики МОЗ Украины (форма №1 и №2) по регистрации случаев заболеваемости вирусными гепатитами по Кировоградской области за 2007-2016 гг.

Для достижения поставленной цели использовались классические **методы** научного исследования на основе системного подхода: аналитико-синтетический, медико-статистический анализ и графического моделирования.

Результаты исследования и их обсуждение. За период исследования выявлен рост заболеваемости вирусными гепатитами среди населения Кировоградской области, в результате чего её показатель в 1,2 раза ($p < 0,01$) превышает среднее по Украине значение в 2016 г. Региональные особенности Кировоградской области проявились также чрезвычайно высоким процентом хронических вирусных гепатитов в общей структуре заболеваемости населения вирусными гепатитами ($80,35 \pm 2,14\%$ против $58,79 \pm 0,44\%$ в Украине). При существенном снижении заболеваемости острыми вирусными гепатитами А (с 16,2 в 2007 г. до 3,0 в 2016 г.), В (с 10,89 до 2,36) и С (с 3,63 до 1,44), в Кировоградской области касет заболеваемость хроническими вирусными гепатитами (28,54 против 17,44 по Украине), в частности хронический вирусный гепатит С (21,87 против 13,69 на 100 тыс. населения по Украине). Самые высокие уровни заболеваемости вирусными гепатитами в 2016 г. выявлены в г. Кировоград (71,13) и г. Александрия (58,24) при среднем по области 35,52 на 100 тыс. населения.

Выводы. Выявленные региональные особенности в динамике могут стать научной основой для совершенствования оказания медицинской помощи населению области, в частности своевременного выявления острых форм парентеральных вирусных гепатитов для предупреждения установления диагноза впервые в хронической форме вирусного гепатита.

Ключевые слова: вирусные гепатиты, Кировоградская область, динамика заболеваемости.

Regional features of population morbidity on viral hepatitis in Kirovohrad region*N.V. Medvedovska, I.I. Kasianenko*

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk
Ukrainian Institute of Strategic Researches of the Ministry of Health of Ukraine

The analysis of modern regional features of incidence of the population of the Kirovograd region on viral hepatitis's, in particular parenteral became a **research objective**.

As **materials** for a research served data of the official statistical reporting of the Center of medical statistics of Ministry of health in Ukraine (form No. 1 and No. 2) on registration of cases of incidence for viral hepatitis's on the Kirovograd region for 2007-2016. For achievement of a goal classical methods of scientific research on the basis of system approach, analitico-synthetic, medico-statistic analysis and graphic modeling are used.

Results of a research and their discussion. During a research growth of incidence on viral hepatitis's among the population of the Kirovograd region therefore her indicator at 1,2 times ($p < 0,01$) exceeds an average across Ukraine value in 2016 is revealed. Regional features of the Kirovograd region were shown by also extremely high percent of chronic viral hepatitises in the general structure of incidence of the population on viral hepatitises ($80,35 \pm 2,14\%$ against $58,79 \pm 0,44\%$ in Ukraine). At essential reduction of incidence by acute viral hepatitises A, (with 10,89 to 2,36) and B (with 3,63 to 1,44), the incidence on chronic viral hepatitises (28,54 against 17,44 across Ukraine), in particular chronic viral hepatitis C grows in the Kirovograd region (21,87 against 13,69 on 100 thousand population across Ukraine). The highest incidences on viral hepatitis in 2016 are revealed to Kirovograd (71,13) and Alexandria (58,24) at an average on area 35,52 on 100 thousand population.

Conclusions. The revealed regional features in dynamics can become scientific ground for improvement of providing medical care to the population of the area, in particular rather timely identification of sharp forms of parenteral viral hepatitises for the sake of prevention of establishment of the diagnosis for the first time in a chronic form of viral hepatitis.

Keywords: viral hepatitis's, Kirovograd region, dynamics of incidence.

Відомості про авторів

Медведевська Наталія Володимирівна – д.мед.н., проф., НМАПО імені П.Л. Шупика, професор кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Касьяненко Іван Іванович – Державна установа «Кіровоградський обласний лабораторний центр МОЗ України», директор, 25006, Кіровоградська область, м. Кіровоград, вул. Тобілевича, 24.

Оцінка динаміки потреби дорослого населення Закарпатської області в паліативній допомозі

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

Мета – провести оцінку потреби дорослого населення Закарпатської області у паліативній допомозі в динаміці протягом 2013-2016 років.

Матеріали і методи. Оцінка потреби в паліативній допомозі проводилася з використанням загальноприйнятої методики, що рекомендована МОЗ України, з використанням абсолютних даних смертності дорослих жителів Закарпатської області за визначеним переліком причин смерті з застосуванням коефіцієнтів, рекомендованих «Глобальним атласом з паліативної допомоги».

Результати. Виявлено значне зниження смертності від аналізованого переліку причин смерті дорослих жителів Закарпатської області у 2015 р. у порівнянні з 2013 та 2014 роками: на 34,9% та 35,3%, відповідно. Таке значне зниження смертності у 2015 р. в досліджуваній групі причин смерті відбулось в основному завдяки зниженню смертності саме від серцево-судинних та онкологічних захворювань. Відповідно, констатовано, що потреба в паліативній допомозі для дорослого населення області у 2015 р. знизилася у порівнянні з 2014 роком на 33,1%, а з 2013 р. – на 32,7% відповідно. Розрахункова потреба 2015 та 2016 років суттєво не відрізнялася. Так, у 2016 р. потребувало паліативну допомогу 8374 дорослих жителів Закарпатської області.

Висновки. Потреба дорослого населення Закарпатської області в паліативній допомозі протягом 2013-2016 років знизилася і станом на 2016 р. складала 8374 особи. Основну частку (близько 75%) потребуючих паліативної допомоги складають дорослі пацієнти з серцево-судинними захворюваннями. Питання оцінки потреб в паліативній допомозі для дорослого населення регіону потребує більш глибокого та детального вивчення.

Ключові слова: паліативна допомога, потреба населення в медичній допомозі, Закарпатська область.

Вступ

Протягом останніх 50–60 років у світі спостерігається невідпинне зростання кількості паліативних пацієнтів – інкурабельних хворих як похилого, так і працездатного віку, а також дітей, які помирають від онкологічних захворювань і тяжких ускладнень інших хронічних соматичних та інфекційних хвороб, а також вроджених вад розвитку, спадкових та генетичних захворювань, тяжких травм тощо [1]. За даними ВООЗ, щорічно у світі надання паліативної допомоги потребують близько 40 млн осіб, з яких 2,1 млн дітей. Найбільшу чисельність потребуючих паліативної допомоги складають хворі на ВІЛ/СНІД, серцево-судинні захворювання, онкологічні захворювання, деменцію. В той же час, фахівцями ВООЗ констатовано, що лише 14% хворих у світі отримують адекватну паліативну допомогу [2].

За даними вітчизняних науковців щорічно в Україні майже 600 тисяч хворих потребують якісної паліативної допомоги, з урахуванням найближчого оточення хворих, цей показник сягає 1 млн 200 тис. осіб щорічно. При цьому у наступні 10–15 років очікується зростання потреби у паліативній допомозі у середньому на 20% [3].

За характеристикою демографічної ситуації Україна належить до демографічно старих країн світу. Частка населення віком 60 років і старших становить

понад 11 мільйонів осіб (або 23,9%), кількість людей, старших за 75 років, дорівнює близько 3,5 млн осіб, і їх кількість буде невідпинно зростати. Постаріння населення в Україні, як і в інших країнах Європи, призводить до збільшення кількості людей, які помирають у старечому віці від хронічних соматичних хвороб, що супроводжуються важкими фізичними та психічними розладами, і потребують паліативної та хоспісної допомоги [4].

Мета роботи – провести оцінку потреби дорослого населення Закарпатської області у паліативній допомозі в динаміці протягом 2013-2016 років.

Матеріали і методи дослідження

Оцінка потреби в паліативній допомозі проводилася з використанням загальноприйнятої методики, що рекомендована МОЗ України для проведення оцінки потреби в медичній допомозі для населення [5]. Розрахунок проводився з використанням абсолютних даних смертності дорослих жителів Закарпатської області за визначеним переліком причин смерті (табл. 1) з застосуванням коефіцієнтів, рекомендованих «Глобальним атласом з паліативної допомоги» (WPCA, WHO, 2014).

Таблиця 1

Причини смерті згідно шифрів Міжнародного класифікатора хвороб (десятого перегляду), за якими проводиться оцінка потреби в паліативній допомозі для дорослого населення

Причина смерті	Шифр за МКХ-10
Онкологічні захворювання	C00-C97, D00-D48
ВІЛ/СНІД	B20-B24
Туберкульоз	A15-A19
Серцево-судинні захворювання	I00-I99
Цироз печінки	K74
Хвороба Альцгеймера	G30
Хвороба Паркінсона та вторинний паркінсонізм	G20-G21
Розсіяний множинний склероз	G35
Хронічні обструктивні захворювання легенів	J43-J47
Цукровий діабет	E10-E14
Захворювання нирок	N00-N15, N20-N23
Ревматоїдний артрит	M05-M06

Абсолютні дані щодо кількості померлих дорослих жителів Закарпатської області у 2013-2015 роках за причинами смерті отримано із офіційних статистичних даних Державної служби статистики України [6]. Розрахункові дані щодо потреби дорослих жителів Закарпатської області у паліативній допомозі у 2016 р. отримано з використанням електронного інструменту «Моделювання потреби в паліативній допомозі в Україні

(дорослі), 2016», розробленого і оприлюдненого Українським центром суспільних даних [7].

Результати дослідження та їх обговорення

Результати аналізу даних офіційної статистики щодо померлих дорослих жителів Закарпатської області за причинами смерті у 2013–2015 роках наведено в табл. 2.

Таблиця 2

Показники смертності дорослого населення за причинами смерті Закарпатської області у 2013-2015 роках, осіб

Причина смерті (шифр МКХ-10)	2013	2014	2015
Онкологічні захворювання (C00-C97, D00-D48)	2449	2364	1855
ВІЛ/СНІД (B20-B24)	20	15	15
Туберкульоз (A15-A19)	162	246	133
Серцево-судинні захворювання (I00-I99)	14496	14638	9326
Цироз печінки (K74)	272	305	298
Хвороба Альцгеймера (G30)	50	69	26
Хвороба Паркінсона та вторинний паркінсонізм (G20-G21)	39	49	26
Розсіяний множинний склероз (G35)	14	10	4
Хронічні обструктивні захворювання легенів (J43-J47)	538	452	450
Цукровий діабет (E10-E14)	123	123	78
Захворювання нирок (N00-N15, N20-N23)	42	47	44
Ревматоїдний артрит (M05-M06)	7	10	7
Всього	18212	18328	11852

Як представлено в табл. 2, переважну більшість серед померлих за проаналізований період складають померлі від серцево-судинних захворювань. Так, частка померлих від серцево-судинних захворювань протягом 2013-2015 рр. серед померлих від усіх аналізованих причин смерті коливалася від 78,7% у 2015 р. до 79,9% у 2014 р. На другому місці за частотою реєстрації серед причин смерті є онкологічні захворювання. Так, частка серед аналізованих

причин смерті померлих від онкологічних захворювань коливалася від 12,9% у 2014 р. до 15,7% у 2015 р. Звертає на себе увагу значне зниження смертності від аналізованого переліку причин смерті дорослих жителів Закарпатської області у 2015 р. у порівнянні з 2013 та 2014 роками: на 34,9% та 35,3%, відповідно. Таке значне зниження смертності у 2015 р. в досліджуваній групі причин смерті відбулось в основному завдяки зниженню смертності саме

від серцево-судинних та онкологічних захворювань (див. табл. 2).

Зважаючи на використану методологію розрахунку потреби в паліативній допомозі, рекомендовану Методичними рекомендаціями щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі МОЗ України, яка

заснована на використанні абсолютних даних смертності дорослого населення за визначеним переліком причин смерті, очікувано отримано значне зниження потреби в паліативній допомозі для дорослого населення Закарпатської області у 2015 р. у порівнянні з 2013 та 2014 роками, що представлено в табл. 3.

Таблиця 3

Показники потреби в паліативній допомозі для дорослого населення за захворюваннями в Закарпатській області у 2013-2016 роках

Захворювання (шифр МКХ-10)	Потреба за роками (осіб)			
	2013	2014	2015	2016
Онкологічні захворювання (C00-C97, D00-D48)	1959	1891	1484	1569
ВІЛ/СНІД (B20-B24)	16	12	12	14
Туберкульоз (A15-A19)	146	221	120	118
Серцево-судинні захворювання (I00-I99)	9712	9807	6248	6302
Цироз печінки (K74)	92	104	101	95
Хвороба Альцгеймера (G30)	24	32	12	14
Хвороба Паркінсона та вторинний паркінсонізм (G20-G21)	32	40	21	25
Розсіяний множинний склероз (G35)	6	4	2	3
Хронічні обструктивні захворювання легенів (J43-J47)	360	303	302	169
Цукровий діабет (E10-E14)	79	79	50	49
Захворювання нирок (N00-N15, N20-N23)	21	23	22	13
Ревматоїдний артрит (M05-M06)	6	9	6	3
Всього	12453	12525	8380	8374

Так, потреба в паліативній допомозі у 2015 р. знизилася у порівнянні з 2014 р. на 4145 випадків (осіб), а з 2013 р. – на 4073 випадки, що склало зменшення потреби на 33,1% та 32,7% відповідно. Цікавим є той факт, що отримані нами розрахункові дані потреби в паліативній допомозі для дорослого населення Закарпатської області у 2015 р. практично не відрізняються від даних, наведених дослідниками Українського центру суспільних даних [7] як результат дослідження потреби в паліативній допомозі дорослого населення за регіонами України у 2016 р. – 8380 та 8374 особи, відповідно (див. табл. 3).

Як видно з табл. 3, значне зниження потреби в паліативній допомозі дорослого населення Закарпатської області у 2015-2016 рр. у порівнянні з 2013-2014 рр. відбулося за рахунок суттєвого падіння такої потреби для пацієнтів з серцево-судинними та онкологічними захворюваннями (рис.).

Такі ж тенденції до зниження потреби в паліативній допомозі дорослим пацієнтам-жителям Закарпатської області спостерігається і по більшості іншим захворюванням, які підлягали аналізу.

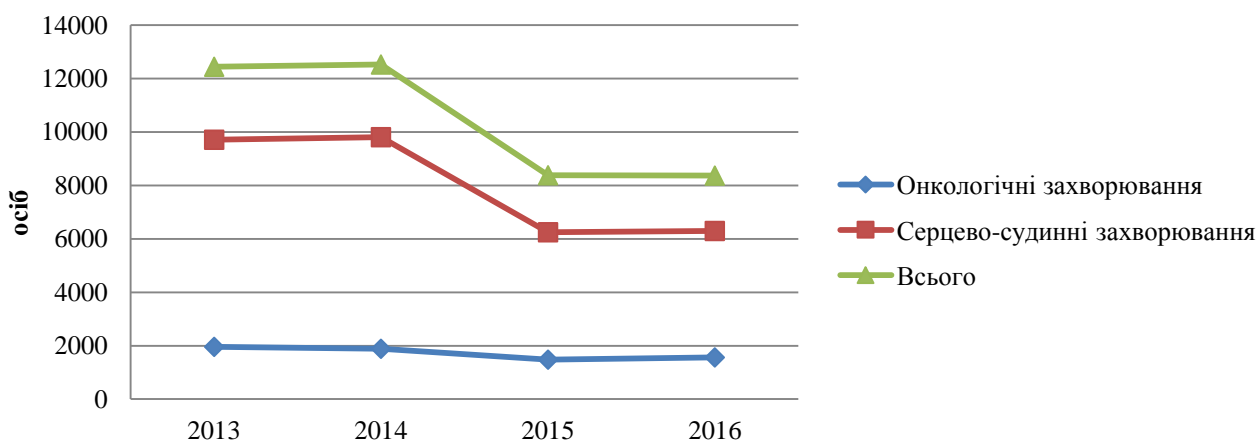


Рис. Динаміка потреби в паліативній допомозі дорослих пацієнтів з окремим захворюваннями Закарпатської області у 2013-2016 роках

Висновки

За отриманими результатами проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Потреба дорослого населення Закарпатської області в паліативній допомозі, розрахунок якої проводився згідно рекомендованої МОЗ України методики, протягом 2013-2016 років знизилась і станом на 2016 р. складала 8374 особи.

2. Основну частку (близько 75%) потребуючих паліативної допомоги складають дорослі пацієнти з серцево-судинними захворюваннями, на другому місці пацієнти з онкологічною патологією.

3. Питання оцінки потреб в паліативній допомозі для дорослого населення регіону потребує більш глибокого та детального вивчення як з точки зору визначення доцільності використання окремих інструментів оцінки в сучасних умовах, так і з метою визначення імовірних причин отримання неоднозначних результатів дослідження, які ідуть в розріз з світовими тенденціями зростання потреби населення в паліативній допомозі.

Перспективи подальших досліджень. Існує нагальна необхідність продовження вивчення динаміки змін потреб дорослого населення регіону в паліативній допомозі з використанням різних інструментів та методик з метою валідації даних, отриманих різними методами оцінки.

Література

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516 с.
2. *Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment with in the continuum of care* [Electronic resource]. – The Resolution of the 67-th World Health Assembly. WHO. World Health Assembly, 2014. – Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R7-en.pdf.
3. Князевич В.М. Стан, проблеми і перспективи впровадження «Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року» [Текст]: мат. наук.-пр. конф. / В. М. Князевич, А. В. Царенко, І. В. Яковенко // Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку. – Х., 2014. – С. 5–13.
4. Звіт представників Інституту демографії і соціальних досліджень НАН України. Доповідь на конференції «Демографічний розвиток України і пріоритетні задачі демографічної політики». – Київ, 20-21 жовтня 2005 р. – с. 34.
5. Наказ МОЗ України від 15 липня 2011 року №420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі». [Електронний документ]. – Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110715_420.html.
6. Державна служба статистики України: офіційний сайт. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
7. Скільки людей в Україні потребують паліативної допомоги? / Український центр суспільних даних. [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://socialdata.org.ua/skilki-lyudey-v-ukraini-potrebuyut-pa>.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.09.2018 р.

Estimation of the dynamics of adult population needs for palliative care in Transcarpathian region

I.S. Mironyuk., G.O. Slabkiy
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to assess the adult population need for palliative care in Transcarpathian region during 2013-2016.

Materials and methods. Assessment of the need for palliative care was carried out with the application of conventional technique recommended by Ministry of Health of Ukraine, with the use of the absolute data of adult population mortality in Transcarpathian region for a defined list of causes of death and with the application of coefficients recommended by “Global Atlas of palliative care.”

Results. A significant reduction of mortality from the analyzed list of causes of death of adult residents of Transcarpathian region was found in 2015, compared with the years 2013 and 2014: 34.9% and 35.3% respectively. Such a

significant reduction of mortality in 2015 in the studied group of causes of death became possible mostly owing to the reduction of mortality from cardio-vascular and oncologic diseases. Correspondingly, it was stated that the need for palliative care for adult population in 2015 decreased compared to 2014 by 33.1%, and to 2013 by 32.7%. The estimated need for the years 2015 and 2016 did not show substantial difference. 8374 adult residents of Transcarpathian region required palliative care in 2016.

Conclusions. The need of adult population of Transcarpathian region for palliative care in the years 2013–2016 decreased and in 2016 comprised 8374 persons. The major share (about 75%) of persons requiring palliative care consists of adult patients with cardio-vascular diseases. The issues of the assessment of need for palliative care for adult population of the region require more profound and detailed study.

Key words: palliative care, population need for medical care, Transcarpathian region.

Оценка динамики потребности взрослого населения Закарпатской области в паллиативной помощи

И.С.Миронюк, Г.А. Слабкий

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

Цель – провести оценку потребности взрослого населения Закарпатской области в паллиативной помощи в динамике в течение 2013-2016 годов.

Материалы и методы. Оценка потребности в паллиативной помощи проводилась с применением общепринятой методики, рекомендованной МОЗ Украины, с использованием абсолютных данных смертности взрослых жителей Закарпатской области по определенному перечню причин смерти с применением коэффициентов, рекомендованных «Глобальным атласом паллиативной помощи».

Результаты. Выявлено значительное снижение смертности от проанализированного перечня причин смерти взрослых жителей Закарпатской области в 2015 году в сравнении с 2013 и 2014 годами: на 34,9% и 35,3%, соответственно. Такое значительное снижение смертности

в 2015 году в исследуемой группе причин смерти имело место в основном благодаря снижению смертности именно от сердечнососудистых и онкологических заболеваний. Соответственно, констатировано, что потребность в паллиативной помощи для взрослого населения области в 2015 году снизилась в сравнении с 2014 годом на 33,1%, а с 2013 годом – на 32,7%. Расчетная потребность 2015 и 2016 годов существенно не отличалась. Так, в 2016 году в паллиативной помощи нуждалось 8374 взрослых жителей Закарпатской области.

Выводы. Потребность взрослого населения Закарпатской области в паллиативной помощи на протяжении 2013-2016 годов снизилась и в 2016 году составила 8374 человека. Основную часть (около 75%) нуждающихся в паллиативной помощи составляют взрослые пациенты с сердечнососудистыми заболеваниями. Вопрос оценки потребности в паллиативной помощи для взрослого населения региона требует более глубокого и детального изучения.

Ключевые слова: паллиативная помощь, потребность населения в медицинской помощи, Закарпатская область.

Відомості про авторів

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

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

УДК 617.3/7-77:355.292.4(477)

В.І. Шевчук¹, О.Б. Яворовенко¹, Н.М. Беляєва¹, І.В. Куриленко¹, Ю.А. Даниленко²

Потреби учасників антитерористичної операції з інвалідністю внаслідок бойових травм в технічних засобах реабілітації

¹Науково-дослідний інститут реабілітації осіб з інвалідністю
Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна
²Вінницький обласний центр медико-соціальної експертизи, м. Вінниця, Україна

Мета: визначити потреби учасників антитерористичної операції з інвалідністю внаслідок бойових травм в технічних засобах реабілітації.

Матеріали та методи: досліджена діяльність медико-соціальних експертних комісій по формуванню індивідуальних програм реабілітації учасникам антитерористичної операції з інвалідністю внаслідок бойових травм в 19 областях України за 2016 рік, розраховані показники потреб в технічних засобах реабілітації в залежності від віку, важкості інвалідності, регіональної належності.

Результати: Виявлено, що в структурі призначень заходів медико-соціальної реабілітації учасникам антитерористичної операції з інвалідністю внаслідок бойових травм рекомендації щодо забезпечення технічними засобами реабілітації склали 3,8%. Загалом було призначено 752 засоби, в середньому на 1 особу припадало 0,35. Найбільшою була потреба у засобах пересування та протезних виробах, за віком та важкістю інвалідності – у осіб молодого віку та представників I групи інвалідності, за регіонами – у Львівській, Івано-Франківській та Тернопільській областях, а також при наслідках політравми та травм кінцівок.

Висновки: Оцінка потреб учасників антитерористичної операції з інвалідністю внаслідок бойових травм в технічних засобах реабілітації може служити організаційно-методичною основою для удосконалення системи медико-соціальної реабілітації таких осіб як в цілому, так і на регіональному рівні.

Ключові слова: особи з інвалідністю, учасники антитерористичної операції, наслідки бойових травм, технічні засоби реабілітації, потреби.

Вступ

Чотири роки на сході України триває антитерористична операція (АТО), формат якої нещодавно був змінений на Операцію Об'єднаних Сил. За даними Генштабу ЗСУ, станом на жовтень 2017 р. бойові втрати Збройних Сил України становлять 10 710 військовослужбовців, з них безповоротні – 2 333 осіб, санітарні – поранені та травмовані внаслідок бойових дій (БД) – 8 377 осіб [2]. В структурі санітарних втрат хірургічного профілю в ході БД під час АТО переважають осколкові поранення (62,5%) та мінно-вибухові травми (МВТ) (25,6%) [7]. Найчастіше внаслідок МВТ пошкоджуються кінцівки (55%), переважно нижні (86%) [4]. Типовими пораненнями є руйнування і відриви нижньої кінцівки, які призводять до інвалідності воїнів молодого віку [6]. Відриви кінцівок на рівні стегна складають 0,8% випадків, гомілки – 0,9%, плеча – 0,5%, передпліччя – 0,3% [9]. Відносно невелика кількість поранень у груди (12%) та живіт (7%) пояснюється застосуванням засобів індивідуального захисту [7]. Проте серед проникаючих поранень найбільша частка припадає саме на поранення живота, друге місце посідають поранення грудної клітки, третє – пошкодження тазу [4]. У структурі уражень нервової системи 28% складають проникаючі, 17% – непроникаючі поранення черепа і ГМ [10].

Військові, що отримали стійкі розлади здоров'я, потребують ефективної реабілітації. Значну роль в соціальній адаптації та інтеграції їх в суспільство відіграють технічні та інші засоби реабілітації (далі – ТЗР). Україна як держава-підписант Конвенції про права осіб з інвалідністю, взяла на себе зобов'язання здійснювати ефективні міри по спрощенню доступу осіб з інвалідністю до якісних засобів, що полегшують мобільність, до обладнання та допоміжних технологій [8].

Механізм забезпечення ТЗР учасників АТО визначений відповідним Порядком, затвердженим постановою КМУ від 05.04.2012 № 321 [12], яким передбачено першочергове безоплатне забезпечення учасників АТО ТЗР незалежно від встановлення інвалідності на підставі рішень військово-лікарських комісій. Змінами до Порядку від 12 липня 2017 р. передбачено можливість забезпечення ТЗР учасників АТО, які перебувають на лікуванні у військово-медичних закладах, госпіталах для ветеранів війни, за зверненням керівника відповідного медичного закладу до органів соціального захисту населення [11]. Алгоритм протезування та ортезування учасників АТО виробами підвищеної функціональності за технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, визначений Порядком, затвердженим постановою КМУ від 1 жовтня 2014 р. № 518 та змінами до неї від 2017 року, завдяки чому стало можливим оперативним спрямовувати бюджетні кошти на ті

напрямки протезування (ортезування), які будуть обрані постраждалими самостійно в Україні чи за її межами [5].

Реалізація соціальної політики у сфері реабілітації учасників АТО з інвалідністю здійснюється за допомогою індивідуальної програми реабілітації (ІПР), яка складається медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК) [1, 3]. Згідно з ІПР, ТЗР поділяються на: засоби пересування (крісла колісні, палиці, милиці, допоміжні засоби для ходіння); спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією (далі – засоби для орієнтування), до яких належать мобільні телефони, факси та інші сурдотехнічні засоби, спеціальні магнітофони, диктофони, плеєри, електронні записні книжки з брайлівським і мовним виводом тощо; спеціальні засоби для самообслуговування (далі – засоби для самообслуговування); спеціальні засоби для догляду (далі – засоби для догляду), до яких належать допоміжні засоби для туалету, крісла-стілці із санітарним оснащенням тощо; спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю (далі – засоби для освіти), до яких належать комп'ютерні програми для навчання, спеціальні підручники, література шрифтом Брайля тощо; протезні вироби (ортопедичні вироби та взуття, спеціальний одяг); спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар [13].

Через недосконалість збору статистичної інформації потреби учасників АТО з інвалідністю в різних заходах соціальної підтримки, включаючи забезпечення їх ТЗР, на теперішній час вивчені недостатньо.

Метою дослідження було визначення потреб учасників антитерористичної операції з інвалідністю внаслідок бойових травм в технічних засобах реабілітації.

Основні завдання та методи дослідження

Проведено дослідження діяльності медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) по формуванню індивідуальної програми реабілітації (ІПР) учасникам АТО з інвалідністю в частині надання технічних засобів реабілітації (ТЗР). Дослідження проводилось за даними 2016 року в 19 областях України. Проводилось вивчення 2 049 ІПР та розрахунок показників потреб в ТЗР учасників АТО, що набули інвалідність внаслідок бойових травм: голови, шиї (код S00-S09 за МКХ 10 перегляду), кінцівок (S40-S69 – верхніх, S70-S99 – нижніх), хребта (S12, S22, S32, T08, T09), грудної клітини (S20-S29), черевної порожнини (S30-S31, S36), політравми (T00-T07). Розраховані показники потреб учасників АТО з інвалідністю в різних видах реабілітації в залежності від віку, важкості інвалідності, видів ТЗР, регіональної належності. Використані методи: мета-аналіз за даними ІПР, статистичний, аналітичний, експертних оцінок. Обробка матеріалу проводилась з використанням методів математичної статистики за допомогою програмного пакету СКМ Maple 15.

Результати дослідження та їх обговорення

Виявлено, що в загальній структурі заходів медико-соціальної реабілітації (11 906 медико-соціальних послуг) 2 049 учасникам АТО з наслідками бойових травм (БТ) частка рекомендацій МСЕК щодо забезпечення ТЗР (725 ТЗР) склала 3,8% (рис. 1).

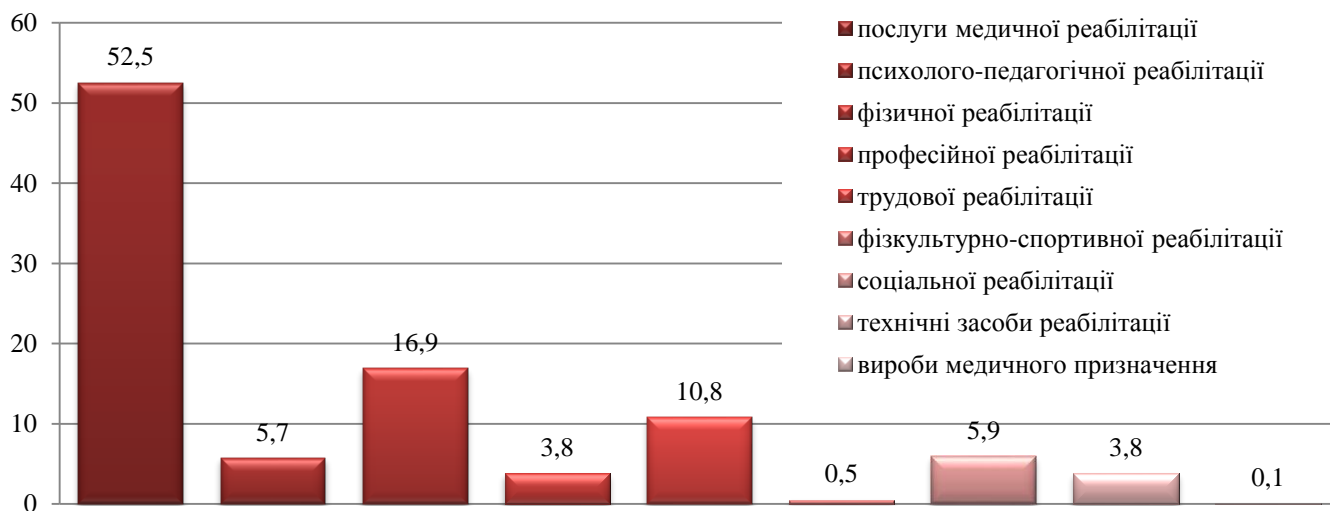


Рис. 1. Структура заходів з медико-соціальної реабілітації при наслідках БТ у учасників АТО з інвалідністю

Потреба в ТЗР учасників АТО з інвалідністю внаслідок усіх БТ склала 35,4 (табл. 1). В середньому на 1 особу припадало 0,35 ТЗР. Найбільшою потреба була у засобах пересування (18,4) та протезних виробах (13,6), набагато менше – в інших видах ТЗР. Найбільшими потреби в ТЗР були у осіб молодого віку та у

представників I групи інвалідності. У регіональному розрізі найбільшою потреба в ТЗР виявилась в Львівській (як у засобах пересування, так і у протезних виробах), Івано-Франківській та Тернопільській областях; найменшою – у Волинській, Закарпатській та Чернігівській областях. Потреба у засобах для

орієнтування була виявлена лише у Вінницькій області, у засобах для самообслуговування – у Вінницькій та Рівненській областях, у засобах для догляду – у Миколаївській, Рівненській, Івано-Франківській, Сумській, Кіровоградській, Харківській, Хмельницькій, Полтавській областях та м. Києві. Засоби для освіти і

занять трудовою діяльністю, а також фізкультурно-спортивне обладнання не призначались в жодному з досліджених регіонів. За видом БТ найбільшою була потреба в ТЗР при наслідках політравми та травм кінцівок, найменшою – при наслідках БТ черевної порожнини.

Таблиця 1

Потреба в ТЗР учасників АТО з наслідками усіх БТ в залежності від віку та важкості інвалідності та у регіональному розрізі (у% до кількості осіб)

	ТЗР усього	Види ТЗР						
		Засоби пересування	Засоби для орієнтування	Засоби для самообслуговування	Засоби для догляду	Засоби для освіти і занять трудовою діяльністю	Протезні вироби	Фізкультурно-спортивне обладнання
I. За віком та групою інвалідності								
18-44 років	40,3	21,0	0,3	0,3	2,9	0,3	15,3	-
45-60 років	27,2	13,9	-	-	2,5	-	10,7	-
61 і > років	30,8	15,4	-	-	-	-	15,4	-
I група	144,4*	65,3	5,6	2,8	30,6	-	40,3	-
II група	70,2	36,5	-	0,4	6,5	-	26,8	-
III група	18,2	9,9	-	-	0,2	0,3	7,8	-
II. У регіональному розрізі								
Вінницька	44,6	9,5	5,4	1,4	-	-	28,4	-
Волинська	8,2	6,9	-	-	-	-	1,4	-
Житомирська	33,3	33,3	-	-	-	-	-	-
Закарпатська	8,7	2,2	-	-	-	-	6,5	-
Івано-Франківська	100,0	33,3	-	-	11,1	-	40,7	-
Київ (місто)	56,4	35,5	-	-	8,2	-	12,7	-
Київська	14,5	6,5	-	-	-	-	7,9	-
Кіровоградська	26,1	21,7	-	-	1,1	-	3,3	-
Львівська	133,0	54,5	-	-	-	-	78,4	-
Миколаївська	39,5	13,2	-	-	16,8	-	9,5	-
Одеська	55,6	16,7	-	-	-	-	38,9	-
Полтавська	42,2	23,4	-	-	0,6	-	18,2	-
Рівненська	64,7	27,5	-	5,9	11,8	-	19,6	-
Сумська	36,7	20,0	-	-	6,7	-	10,0	-
Тернопільська	71,4	16,3	-	-	-	-	55,1	-
Харківська	44,4	20,6	-	-	1,6	-	22,2	-
Херсонська	19,6	3,9	-	-	-	-	15,7	-
Хмельницька	56,3	35,9	-	-	3,1	-	17,2	-
Чернігівська	11,8	4,3	-	-	-	-	7,5	-
Усього	35,4	18,4	0,2	0,2	2,8	-	13,6	-

Примітка: * – тут та далі цифра більша за 100% означає, що один учасник АТО з інвалідністю мав потребу більше, ніж в одному ТЗР

При наслідках БТ голови та шиї найбільшою була потреба у засобах пересування (7,6), протезних виробах (6,1), набагато менше – в інших видах ТЗР (табл. 2).

В залежності від віку суттєві розбіжності в потребах ТЗР спостерігались у осіб середнього віку. В залежності від важкості інвалідності суттєво більшою була потреба в ТЗР

у осіб з інвалідністю I групи. У регіональному розрізі найбільшою потреба в ТЗР виявилась в Львівській області (за рахунок потреби в протезних виробках та засобах пересування), натомість у ряді областей (Волинській,

Закарпатській, Одеській, Полтавській, Харківській, Херсонській, Хмельницькій, Чернігівській) ТЗР взагалі не призначались.

Таблиця 2

Потреба в ТЗР учасників АТО з наслідками БТ голови, шиї в залежності від віку та важкості інвалідності та у регіональному розрізі (у% до кількості осіб)

	ТЗР усього	Види ТЗР						
		Засоби пересування	Засоби для орієнтування	Засоби для самообслуговування	Засоби для догляду	Засоби для освіти і занять трудовою діяльністю	Протезні виробки	Фізкультурно-спортивне обладнання
I. За віком та групою інвалідності								
18-44 років	13,3	4,9	1,0	0,3	2,3	-	4,7	-
45-60 років	23,5	12,8	-	-	2,0	-	8,8	-
61 і > років	-	-	-	-	-	-	-	-
I група	215,8	89,5	21,1	5,3	0,8	-	73,7	-
II група	36,7	14,8	-	-	6,3	-	1,6	-
III група	2,5	2,0	-	-	-	-	0,4	-
II. У регіональному розрізі								
Вінницька	50,0	-	40,0	-	-	-	10,0	-
Волинська	-	-	-	-	-	-	-	-
Житомирська	1,2	1,2	-	-	-	-	-	-
Закарпатська	-	-	-	-	-	-	-	-
Івано-Франківська	14,3	14,3	-	-	-	-	-	-
Київ (місто)	11,4	11,4	-	-	-	-	-	-
Київська	1,6	1,6	-	-	-	-	-	-
Кіровоградська	12,8	12,8	-	-	-	-	-	-
Львівська	78,6	33,9	-	-	-	-	44,6	-
Миколаївська	30,6	10,2	-	-	20,4	-	-	-
Одеська	-	-	-	-	-	-	-	-
Полтавська	-	-	-	-	-	-	-	-
Рівненська	50,0	18,8	-	6,3	18,8	-	6,3	-
Сумська	30,0	10,0	-	-	-	-	20,0	-
Тернопільська	28,6	8,6	-	-	-	-	20,0	-
Харківська	-	-	-	-	-	-	-	-
Херсонська	-	-	-	-	-	-	-	-
Хмельницька	-	-	-	-	-	-	-	-
Чернігівська	-	-	-	-	-	-	-	-
Усього	16,7	7,6	0,7	0,2	2,2	-	6,1	-

При наслідках БТ кінцівок найбільшою була потреба у засобах пересування (43,5), протезних виробках (29,5), набагато менше – в інших видах ТЗР (табл. 3). В залежності від віку суттєві розбіжності потреб в ТЗР спостерігались у осіб молодого віку. В залежності від важкості інвалідності суттєво більшою була потреба в ТЗР у осіб з інвалідністю I групи. У регіональному розрізі

потреба в ТЗР в ряді областей (Хмельницькій, Львівській, Тернопільській, Миколаївській, Харківській та м. Києві) була стовідсотковою, великою вона була також в Івано-Франківській, Житомирській, Кіровоградській областях, натомість в Одеській області ТЗР учасникам АТО з цією локалізацією травми взагалі не призначались. Найбільша потреба майже в усіх областях була в засобах пересування

та протезних виробів, проте засоби пересування в Сумській області – не призначались. Звертає увагу Одеській та Херсонській та протезні вироби в висока потреба у засобах для догляду в Миколаївській Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Одеській та області.

Таблиця 3

Потреба в ТЗР учасників АТО з наслідками БТ кінцівок в залежності від віку та важкості інвалідності та у регіональному розрізі (у% до кількості осіб)

	ТЗР усього	Види ТЗР						
		Засоби пересування	Засоби для орієнтування	Засоби для самообслуговування	Засоби для догляду	Засоби для освіти і занять трудовою діяльністю	Протезні вироби	Фізкультурно-спортивне обладнання
I. За віком та групою інвалідності								
18-44 років	82,9	47,6	-	0,2	3,7	-	31,3	-
45-60 років	63,8	34,0	-	-	4,8	-	25,0	-
61 і > років	200,0	100,0	-	-	-	-	100,0	-
I група	181,8	118,2	-	-	27,2	-	36,4	-
II група	134,6	72,5	-	0,5	11,5	-	50,0	-
III група	48,3	28,3	-	-	-	-	20,0	-
II. У регіональному розрізі								
Вінницька	51,6	19,4	-	-	-	-	32,3	-
Волинська	43,3	35,8	-	-	-	-	7,5	-
Житомирська	83,3	83,3	-	-	-	-	-	-
Закарпатська	28,6	7,1	-	-	-	-	21,4	-
Івано-Франківська	92,9	42,9	-	-	-	-	50,0	-
Київ (місто)	102,6	68,4	-	-	5,3	-	28,9	-
Київська	27,9	27,9	-	-	-	-	-	-
Кіровоградська	73,1	73,1	-	-	-	-	-	-
Львівська	216,1	87,1	-	-	-	-	129,0	-
Миколаївська	172,7	57,6	-	-	60,6	-	11,7	-
Одеська	-	-	-	-	-	-	-	-
Полтавська	42,2	23,4	-	-	0,6	-	18,2	-
Рівненська	69,0	31,0	-	3,4	3,4	-	31,0	-
Сумська	36,4	36,4	-	-	-	-	-	-
Тернопільська	183,3	33,3	-	-	-	-	150,0	-
Харківська	138,5	69,2	-	-	-	-	69,2	-
Херсонська	33,3	-	-	-	-	-	33,3	-
Хмельницька	245,5	154,5	-	-	-	-	90,9	-
Чернігівська	50,0	22,2	-	-	-	-	27,8	-
Усього	77,2	43,5	-	0,2	4,0	-	29,5	-

При наслідках політравми потреба учасників АТО була найбільшою у засобах пересування (47,3) та протезних виробів (43,8) (табл. 4). В залежності від віку найбільша потреба в ТЗР спостерігалась у осіб молодого віку, в залежності від важкості інвалідності – у осіб I групи. У регіональному розрізі в ряді областей (Житомирська, Івано-Франківська, Кіровоградська,

Львівська, Тернопільська, Харківська, Херсонська, м. Київ) потреба в ТЗР була стовідсотковою (переважно за рахунок засобів пересування та протезних виробів). В м. Києві, Івано-Франківській, Харківській та Миколаївській областях актуальним було призначення засобів для догляду, у Вінницькій – засобів для самообслуговування.

Таблиця 4

Потреба в ТЗР учасників АТО з наслідками політравми в залежності від віку та важкості інвалідності та у регіональному розрізі (у% до кількості осіб)

	ТЗР усього	Види ТЗР						
		Засоби пересування	Засоби для орієнтування	Засоби для самообслуговування	Засоби для догляду	Засоби для освіти і занять трудовою діяльністю	Протезні вироби	Фізкультурно-спортивне обладнання
I. За віком та групою інвалідності								
18-44 років	116,7	53,6	-	1,2	9,5	4,8	47,6	-
45-60 років	71,4	28,6	-	-	10,7	-	32,1	-
61 і > років	-	-	-	-	-	-	-	-
I група	250,0	100,0	-	-	50,0	-	100,0	-
II група	117,1	63,4	-	2,4	7,3	-	43,9	-
III група	73,8	27,9	-	-	4,9	6,6	34,4	-
II. У регіональному розрізі								
Вінницька	76,9	7,7	-	7,7	-	-	61,5	-
Волинська	-	-	-	-	-	-	-	-
Житомирська	314,3	314,3	-	-	-	-	-	-
Закарпатська	-	-	-	-	-	-	-	-
Івано-Франківська	260,0	40,0	-	-	60,0	-	80,0	-
Київ (місто)	180,0	40,0	-	-	100,0	-	40,0	-
Київська	57,1	-	-	-	-	-	57,1	-
Кіровоградська	127,3	100,0	-	-	-	-	27,3	-
Львівська	200,0	100,0	-	-	-	-	100,0	-
Миколаївська	33,3	11,1	-	-	22,2	-	-	-
Одеська	-	-	-	-	-	-	-	-
Полтавська	-	-	-	-	-	-	-	-
Рівненська	-	-	-	-	-	-	-	-
Сумська	50,0	25,0	-	-	-	-	25,0	-
Тернопільська	300,0	100,0	-	-	-	-	200,0	-
Харківська	200,0	75,0	-	-	25,0	-	100,0	-
Херсонська	400,0	100,0	-	-	-	-	300,0	-
Хмельницька	66,7	66,7	-	-	-	-	-	-
Чернігівська	12,5	-	-	-	-	-	12,5	-
Усього	105,4	47,3	-	0,9	9,8	-	43,8	-

При наслідках БТ хребта в учасників АТО потреба спостерігалась лише у протезних виробах (16,3), засобах пересування (11,5) та спеціальних засобах для догляду (6,7). В залежності від віку найбільша потреба в ТЗР спостерігалась у осіб молодого віку, в залежності від важкості інвалідності – у осіб з інвалідністю I групи. У регіональному розрізі у Київській та Кіровоградській областях потреба в ТЗР була стовідсотковою (переважно за рахунок засобів пересування та протезних виробів), натомість в 10 регіонах ТЗР при наслідках травм хребта не призначались.

При наслідках БТ грудної клітини потреба учасників АТО в ТЗР була лише у засобах пересування (10,9), протезних виробах та засобах догляду (по 4,3), засобах для самообслуговування (0,2). В залежності від віку найбільша потреба в ТЗР спостерігалась у осіб молодого віку, в залежності від важкості інвалідності – у осіб з інвалідністю I групи. У регіональному розрізі потреба в ТЗР була лише в Кіровоградській, Рівненській областях та м. Києві (в засобах пересування, самообслуговування, догляду та протезних виробах).

При наслідках БТ черевної порожнини в учасників АТО потреба в засобах пересування склала 4,2, у

спеціальних засобах для догляду – 1,4, причому вона була лише у осіб середнього віку з II (3 особи) та III (1 особа) групою інвалідності і лише у м. Києві.

Висновки

1. При наслідках бойових травм учасникам АТО – особам з інвалідністю – було призначено 725 технічних засоби реабілітації (ТЗР), в середньому на 1 особу припадало 0,35 ТЗР, потреба в ТЗР склала 35,4.

2. Найбільшою була потреба у засобах пересування та протезних виробих, за віком та важкістю інвалідності – у осіб молодого віку та у представників I групи, у регіональному розрізі – у Львівській, Івано-Франківській та Тернопільській областях, за видом травми – при наслідках політравми та травм кінцівок.

3. Аналіз формування ІПР на МСЕК показав значну розбіжність в показниках потреб осіб з інвалідністю в технічних засобах реабілітації в регіонах за

наслідками бойових травм, видами реабілітації, що обумовлено відсутністю єдиного методичного підходу, недосконалістю роботи реабілітологів МСЕК з особами з інвалідністю – учасниками АТО.

4. Визначені особливості потреб учасників АТО з інвалідністю внаслідок бойових травм в технічних засобах реабілітації в залежності від віку, важкості інвалідності, регіональної належності, можуть служити організаційно-методичною основою для удосконалення системи медико-соціальної реабілітації таких осіб як в цілому, так і на регіональному рівні.

Перспективи подальших досліджень

На основі визначення структури соціальних потреб осіб з інвалідністю внаслідок бойових дій необхідна розробка науково-обґрунтованих рекомендацій щодо формування комплексних програм реабілітації для них, що потребує подальшого наукового дослідження.

Література

1. *Волянський О. М.* Форма індивідуальної програми реабілітації поранених в ході АТО військовослужбовців в період отримання ними статусу «інваліда війни» / О. М. Волянський, А. Ю. Кіх // Медична гідрологія та реабілітація. – 2015. – Т. 13, № 4. – С. 59–60.
2. *Генеральний штаб ЗСУ / General Staff of the Armed Forces of Ukraine* (28 жовтня 2017 р.) [Ел. ресурс]. – URL: <https://www.facebook.com/GeneralStaff.ua/posts/877172579118667>.
3. *Голованова І. А.* Основні напрями реабілітації інвалідів – учасників антитерористичної операції / І. А. Голованова, С. С. Касинець, Д. В. Паламарчук // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 248.
4. *Гур'єв С. О.* Клініко-нозологічна та клініко-анатомічна характеристика постраждалих із мінно-вибуховою травмою на ранньому госпітальному етапі надання медичної допомоги в умовах сучасних бойових дій на прикладі проведення антитерористичної операції на сході України / С. О. Гур'єв, Д. І. Кравцов, А. В. Ордатій, В. Є. Казачков // Хірургія України. – 2016. – № 1. – С. 7–11.
5. *Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, окремих категорій громадян, які брали участь в антитерористичній операції та/або забезпеченні її проведення і втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок:* Постанова КМУ від 1 жовтня 2014 року № 518 станом на 16 травня 2017 року (підстава 294-2017-п): [Ел. ресурс]. – URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/518-2014-p>.
6. *Дугіна Л. В.* Відновне лікування бійців антитерористичної операції засобами фізичної реабілітації після ампутації нижніх кінцівок / Л. В. Дугіна // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2015. – № 2. – С. 74–77.
7. *Заруцький Я. Л.* Особливості надання хірургічної допомоги під час антитерористичної операції / Я. Л. Заруцький, А. Є. Ткаченко // Військова медицина України. – 2015. – Т. 15, № 1. – С. 35–40.
8. *Конвенція про права осіб з інвалідністю* (Дата підписання: 13.12.2006; дата ратифікації Україною: 16.12.2009; дата набрання чинності для України: 06.03.2010 : [Ел. ресурс]. – URL: http://http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MU06281.html.
9. *Король С. О.* Статистична характеристика вогнепальних та мінно-вибухових поранень стегна, отриманих під час проведення антитерористичної операції / С. О. Король, Б. В. Матвійчук, В. М. Коваленко // Хірургія України. – 2017. – № 1. – С. 18–22.
10. *Педаченко Є. Г.* Організація надання спеціалізованої нейрохірургічної допомоги у військовий час згідно оборонної військової доктрини / Є. Г. Педаченко, О. Г. Данчин, М. Є. Поліщук, В. І. Цимбалюк // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2015. – Т. 19, № 1. – С. 4–8.
11. *Про внесення змін до Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення:* Постанова КМУ від 12 липня 2017 року № 491: [Ел. ресурс]. – URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/491-2017-p>.
12. *Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів:* Постанова КМУ від 5 квітня 2012 року № 321 станом на 27 серпня 2014 року [Ел. ресурс]. – URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-p>.

13. Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання : Наказ МОЗ України від 08.10.2007 № 623: [Електронний ресурс]. – URL: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=7436>.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.08.2018 р.

Потребности участников антитеррористической операции с инвалидностью вследствие боевых травм в технических средствах реабилитации

В. И. Шевчук, О.Б. Яворовенко, Н.Н. Беляева, И.В. Куриленко, Ю.А. Даниленко
Научно-исследовательский институт реабилитации лиц с инвалидностью Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова (г. Винница, Украина);
Винницкий областной центр медико-социальной экспертизы (г. Винница, Украина)

Цель: определить потребности участников антитеррористической операции (АТО) с инвалидностью вследствие боевых травм в технических средствах реабилитации.

Материалы и методы: изучена деятельность медико-социальных экспертных комиссий по формированию индивидуальных программ реабилитации участникам АТО с инвалидностью вследствие боевых травм в 19 областях Украины за 2016 год, рассчитаны показатели потребностей в технических средствах реабилитации в зависимости от возраста, тяжести инвалидности, видов средств, региональной принадлежности.

Результаты. Выявлено, что в структуре назначений мероприятий медико-социальной реабилитации участникам АТО с инвалидностью вследствие боевых травм рекомендации по обеспечению техническими средствами реабилитации составили 3,8%. Всего было назначено 752 средства, в среднем на 1 человека приходилось 0,35. Наибольшей была потребность в средствах передвижения и протезных изделиях, в зависимости от возраста и тяжести инвалидности – у лиц молодого возраста и у представителей I группы инвалидности, по регионам – во Львовской, Ивано-Франковской и Тернопольской областях, а также при последствиях политравмы и травм конечностей.

Выводы. Оценка потребностей участников АТО с инвалидностью вследствие боевых травм в технических средствах реабилитации может служить организационно-методической основой для усовершенствования системы медико-социальной реабилитации таких лиц как в целом, так и на региональном уровне.

Ключевые слова: лица с инвалидностью, участники антитеррористической операции, последствия боевых травм, технические средства реабилитации, потребности.

The needs of participants of antiterrorist operation with disability due to war traumatic injuries in technical means of rehabilitation

V.I. Shevchuk, O.B. Yavorovenko, N.M. Belyayeva, I.V. Kurylenko, Yu.A. Danylenko
Research Institute of the Rehabilitation of Disabled of the VNMU named after M.I. Pirogov (Vinnitsya, Ukraine);
Vinnitsya Regional Center of Medical and Social Expertise (Vinnitsya, Ukraine)

Purpose – to determine the needs of the participants of the antiterrorist operation (ATO) with disability as a result of war traumatic injuries in technical means of rehabilitation.

Materials and methods: the research of the activity of medical and social expert commissions on the formation of individual program of rehabilitation for ATO participants with disabilities due to war traumatic injuries in 19 regions of Ukraine for 2016 was performed, indicators of needs for technical means of rehabilitation are calculated depending on age, severity of disability, types of means of rehabilitation, regional affiliation.

Results: It was revealed that the recommendations on the provision of technical means of rehabilitation in the structure of appointments for medical and social rehabilitation for ATO participants with disabilities due to war traumatic injuries amounted to 3.8%. In general 752 recommendations for means of rehabilitation were assigned, on average one person had 0.35 means. The need was the greatest in the means of locomotion and prosthetic products, by age and severity of disability – in young people and representatives of the 1st group of disability, by the regional affiliation – in the Lviv, Ivano-Frankivsk and Ternopil regions, also in persons with the consequences of polytrauma and trauma of extremities.

Conclusions. Assessment of the needs of ATO participants with disabilities as consequence of war traumatic injuries in the technical means of rehabilitation can to serve the organizational and methodical basis for the improvement of the system of medical and social rehabilitation such persons both in general and at the regional level.

Key words: persons with disabilities, participants of antiterrorist operation, consequences of war traumatic injuries, technical means of rehabilitation, needs.

Відомості про авторів

Шевчук Віктор Іванович – доктор медичних наук, професор, директор НДІ реабілітації осіб з інвалідністю ВНМУ ім. М. І. Пирогова, Хмельницьке шосе, 104, м. Вінниця, 21029, Україна.

Яворовенко Оксана Борисівна – завідувач організаційно-методичного відділу НДІ реабілітації осіб з інвалідністю ВНМУ ім. М. І. Пирогова, Хмельницьке шосе, 104, м. Вінниця, 21029, Україна.

Беляєва Наталія Миколаївна – кандидат медичних наук, завідувач відділу експертних досліджень НДІ реабілітації осіб з інвалідністю ВНМУ ім. М. І. Пирогова, Хмельницьке шосе, 104, м. Вінниця, 21029, Україна.

Куриленко Ірина Володимирівна – кандидат медичних наук, завідувач поліекспертного відділення НДІ реабілітації осіб з інвалідністю ВНМУ ім. М. І. Пирогова, Хмельницьке шосе, 104, м. Вінниця, 21029, Україна.

Даниленко Юлія Анатоліївна – голова обласної МСЕК № 1 Вінницького обласного центру медико-соціальної експертизи, вул. Театральна, 14, м. Вінниця, 21050, Україна.

УДК 303.22+338.242+614.2

В.Д. Парій, А.В. Жила, В.В. Таран, Д.Г. Матукова-Ярига

Методологічні засади викладання економіки охорони здоров'я серед студентів медичного ВУЗу у світлі сучасних суспільних викликів

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця. м. Київ, Україна

Стаття присвячена дослідженню думки студентів-медиків щодо викладання економіки охорони здоров'я серед студентів випускних курсів вищого навчального медичного закладу та визначення шляхів оптимізації навчально-методичного процесу. Згідно матеріалів соціологічного дослідження встановлено, що 78,7% студентів вважають, що запровадження економіки охорони здоров'я в програму до дипломної підготовки лікарів є доцільним та корисним, 74,3% опитаних оцінили якість викладання як належного та високого рівня, 78,2% студентів відзначили, що освоєння економіки охорони здоров'я має для них корисне та надзвичайно корисне значення для їх майбутньої лікарської діяльності. Налагодження зворотного зв'язку дає можливість цілеспрямовано підходити до вибору дидактичних засобів при викладанні окремих тем та формування відповідних компетентностей серед студентів-медиків.

Ключові слова: викладання, економіка охорони здоров'я, студенти-медики, навчальна дисципліна, дидактичні підходи.

Вступ

Започатковані в охороні здоров'я реформи створюють підґрунтя для переходу медичної галузі на ринкові засади, що сприяє формуванню якісно нового типу економічних відносин у даній сфері. В цих умовах особливого значення набувають конкуренція, пропозиція і попит на медичні послуги в залежності від їх виду, якості і технологічної новизни; ділова активність суб'єктів медичної діяльності, їх платоспроможність та фінансова стійкість; гнучке планування, цільовий розподіл і характер використання основних ресурсів в контексті економічного менеджменту [9].

З появою на теренах медичного простору суб'єктів господарювання різноманітних організаційно-правових форм (унітарних, приватних, спільних з іноземними провідними клініками) медичних підприємств значно розширюються можливості для пацієнтів вільно обирати медичні установи і отримувати медичні послуги в залежності від рівня сервісного обслуговування, географічної та економічної доступності, а також клінічної ефективності [3].

Саме в таких доволі складних соціально-економічних і медико-соціальних умовах належить здійснювати свою професійну діяльність молодим спеціалістам. Тому формування відповідних компетентностей серед студентів-медиків в процесі їх навчання у вищих навчальних медичних закладах є одним з пріоритетних напрямків освітньої підготовки майбутніх лікарів у світлі сучасних суспільних викликів, що вимагає переформатування навчальних програм і запровадження якісно нових та більш ефективних методів викладання, орієнтованих як на забезпечення міцної теоретико-клінічної підготовки так і на формування всебічного клініко-економічного світогляду, що створює реальне підґрунтя для використання фармако-економічного аналізу в системі доказової медицини, як важливого

інструменту успішної адаптації молодого спеціаліста до сучасного медичного простору і ринкових відносин [2–4].

У цьому зв'язку вибір найбільш оптимальних форм і методів викладання основ економіки охорони здоров'я є одним із ключових завдань при побудові навчально-методичного процесу в контексті викладання цієї дисципліни, оскільки конструювання тих же самих багатоступневих типових і проблемно-ситуаційних завдань, де мають знайти відображення медико-організаційні аспекти фінансово-господарської діяльності медичних закладів та клініко-економічні підходи щодо аналізу медичних технологій з точки зору їх ресурсного забезпечення та кінцевих результатів за методом витрати-ефективність, витрати-вигода, витрати-корисність та обрання на основі порівняльної оцінки альтернативних способів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації за методом мінімізації витрат [3, 5, 8].

Між тим матеріали доступної літератури, присвячені інноваційно-дидактичним підходам при викладанні означеної навчальної дисципліни, доводять, що дана проблема все ще не знайшла належного висвітлення і оптимального вирішення [7–9].

З огляду на викладене метою проведеного дослідження стало вивчення думки студентів-медиків щодо якості викладання економіки охорони здоров'я серед студентів випускних курсів медичних та стоматологічного факультетів і визначення шляхів оптимізації навчально-методичної роботи.

Матеріали та методи дослідження

Для забезпечення зворотного зв'язку між кафедрою та студентами-медиками випускних курсів з питань вивчення думки останніх щодо рівня організації навчально-методичного процесу та якості викладання економіки охорони здоров'я розроблено спеціальну анкету, яка включала декілька запитань, а саме: дослідити

точку зору студентів відносно доцільності введення курсу «Економіка охорони здоров'я» в програму до дипломної підготовки лікарів; визначити як студенти оцінюють якість викладання даної дисципліни; виявити які з навчальних тем, що розглядаються в рамках затвердженого тематичного плану, викликають найбільший інтерес у студентів та є корисними для них з фундаментально-прикладних позицій.

За характером анкета була анонімної, що давало можливість респондентам більш відверто та незалежно відповідати на поставлені запитання і тим самим принципово висловлювати своє ставлення. В основу оцінки було покладено 10-бальну шкалу, де кожний опитуваний мав змогу обрати одне з числових значень від 0 до 10 балів в залежності від свого власного переконання відносно того чи іншого з досліджуваних процесів.

З метою об'єктивізації варіабельності оціночних суджень та визначення ефективності викладання даної дисципліни, опитування студентів в одних і тих же групах проводилося на початку освоєння означеного курсу та після проведення підсумкового модульного контролю, що давало можливість студентам вільно висловлювати своє ставлення до означеного предмету та характеру його викладання.

Опитуванням охоплено 101 студента медичних і стоматологічного факультетів, результати дослідження після групування за відповідними ознаками і зведення їх у табличні форми, було піддано обробці за допомогою методів варіаційної статистики та визначення помилок і довірчих меж досліджуваних показників, внаслідок чого отримано репрезентативні дані з достатнім рівнем достовірності.

Остаточні матеріали були представлені та розглянуті на засіданні кафедри на основі чого сформовано заключні висновки і окреслено відповідні пропозиції щодо вдосконалення організації та дидактичних підходів до викладання даної навчальної дисципліни.

Логічно вибудована та послідовно реалізована програма дослідження дає підстави розглядати його в якості науково-методичної роботи, спрямованої на пошук і використання в рамках педагогічного процесу диференційованих дидактичних способів викладання при розгляді на практичних заняттях окремих навчальних тем.

Результати дослідження та їх обговорення

Безумовно, що особиста думка студентів відносно доцільності введення «Економіки охорони здоров'я» в якості навчальної дисципліни щодо програми до дипломної підготовки лікарів, має суто суб'єктивний характер, але разом з тим за даною оцінкою криється не тільки особисте ставлення, а також певний установочний інтерес до даного предмету. Тому важливо порівняти в якій мірі змінилося відношення студентів до цього предмету на початку і наприкінці його вивчення. Оскільки зменшення з одного боку числа студентів, які дотримуються точки зору відносно того, що для них введення цього навчального предмету в систему до дипломної підготовки лікарів курс є не доцільним або мало доцільним, а з іншого, – збільшення числа студентів які після завершення курсу вказують на важливість та доцільність введення в загальну програму підготовки спеціалістів означеного предмету можна в певній мірі говорити про якість та ефективність системи викладання.

Як показують матеріали дослідження представлені в таблиці перед вивченням економіки охорони здоров'я 38,1±4,8% осіб дотримувалися точки зору про не доцільність і 25,2±4,3% – не зовсім доцільне запровадження в програму підготовку майбутніх лікарів даної навчальної дисципліни.

Після вивчення даного предмету число тих, хто вказав на не доцільність даної дисципліни суттєво зменшилося до 11,6±3,2%, а тих, що зазначали про не зовсім доцільне введення її в програму навчання відповідно до 9,7±1,8% студентів.

Таблиця

Думка студентів відносно доцільності запровадження курсу «Економіка охорони здоров'я в програму до дипломної підготовки лікарів (P±m%)

Досліджувані ознаки	На початок вивчення дисципліни	Після завершення навчального курсу	P
Не доцільно	38,1±4,8%	11,6±3,2%	p≤0,01
Не зовсім доцільно	25,2±4,3%	9,7±2,9%	p≤0,05
Доцільно	33,3±4,7%	62,5±4,8%	p≤0,01
Конче важливо	3,4±1,8%	16,2±3,7%	p≤0,05
Підсумок	100,0	100,0	

Водночас в 1,9 разу збільшилося число студентів, які з самого початку виявляли інтерес до вивчення економічних аспектів медицини та майже в 4,8 разу зросла кількість тих, котрі вказали на конче важливий характер опанування означеної дисципліни. Помітний характер позитивних зрушень у наведених показниках говорить не тільки про переоцінку цінностей у студентів, але і в певній

мірі про ефективність процесу викладання, коли незважаючи на коротко тривалий період, відведений для освоєння даного предмету, викладачам все ж вдалося викликати інтерес та переконати студентів у важливості його опануванні як для себе особисто так і для своєї майбутньої професійної діяльності.

Якість викладання – це комплексне поняття, яке включає форму представлення матеріалу, характер подання змістовної частини та в значній мірі залежить від моральних, професійних, творчих, інтелектуальних та комунікативних якостей викладача, вміння завоювати довіру і авторитет серед студентів до себе та переконати їх в необхідності засвоєння дисципліни, що і є за своєю сутністю квінтесенцією педагогічної діяльності.

Щодо якості викладання 25,7% опитуваних оцінили її як низького рівня, 50,4% – вказали на належну якість, а решта 23,9% студентів відзначили, що процес викладання проводиться на достатньо високому рівні.

Цілком зрозуміло, що не всі та далеко не завжди студенти можуть вірно визначити якість викладання, оскільки для цього необхідно знати хоча б основні оціночні критерії, за допомогою яких можна було б оцінити це складне в методологічному плані явища, а не обмежуватися лише окремими індикативними характеристиками та опиратися своє особисте суб'єктивне відчуття.

Втім саме студенти – це безпосередні споживачі освітніх послуг, тому навіть їх суб'єктивне враження щодо якості викладання представляє надзвичайно важливе значення, яке необхідно в обов'язковому порядку брати до уваги та якомога своєчасно реагувати на недоліки в організації навчального процесу, на котрі вказують студенти.

З дидактичної точки зору певний інтерес представляє ступінь корисності вивчення економіки охорони здоров'я визначена самими студентами. Згідно матеріалів дослідження 17,8% обстежених оцінили освоєння економічних підходів як мало корисними для себе, 68,3% – як корисні, 9,9% – надзвичайно корисні, в той час як 4,0% так і не змогли остаточно визначитися відносно практичної корисності опанування цієї предметної дисципліни.

Завдяки налагодженому зворотному зв'язку поміж кафедрою та студентами і аналізу отриманої при цьому

інформації визначено перелік відповідних компетентностей, які підлягають формуванню у студентів в процесі засвоєння ними основ економіки охорони здоров'я, де в якості основних властивостей представлено:

- засвоєння, розуміння сутнісних характеристик та вміння використовувати за цільовим призначенням основних економічних термінів, дефініцій, понять і тлумачень в процесі спілкування і самостійної професійної діяльності;

- засвоєння основних етико-моральних та економіко-психологічних принципів в системі економіко-правових відносин з пацієнтами;

- розуміння значення економічних законів, категорій та закономірностей в сфері регулювання ринку медичних послуг;

- формування економічного світогляду як важливої передумови клініко-економічного підходу в медичній практиці з позицій доказової медицини та використання медико-технологічних стандартів.

Висновки

Результати проведеного дослідження стали підґрунтям для вдосконалення дидактичних підходів при викладанні економіки охорони здоров'я, зокрема це дало можливість більш правильно підбирати методичні засоби до кожної теми практичного заняття з врахуванням специфіки теми і особливостей вмінь та навичок, що підлягають засвоєнню студентами медичного вузу в контексті формування серед означених контингентів відповідних компетентностей якостей та суспільних викликів, які стоять перед вітчизняною системою охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням готовності студентів застосувати отримані знання в майбутній практичній діяльності.

Література

1. Закон України «Про освіту» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 38-39, ст.380). Режим доступу – <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>.
2. Закон України «Про вищу освіту» із змінами, внесеними згідно із Законом № 2233-VIII від 07.12.2017. Режим доступу – <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19) № 2206-VIII від 14.11.2017, ВВР, 2018, № 5, ст.32}, Режим доступу – <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
4. Хуторской А.В. Ключевые компетенции как компонент личностно-ориентированной парадигмы образования / А.В. Хуторской // Народное образование. – 2003. – № 2.
5. Овчарук О. Ключові компетентності: Європейське бачення / О. Овчарук // Управління освітою. – 2004. – № 2. – С. 6–9.
6. Пометун О. І. Теорія та практика послідовної реалізації компетентнісного підходу в досвіді зарубіжних країн / О. І. Пометун // Компетентнісний підхід у сучасній освіті : світовий досвід та українські перспективи : Бібліотека з освітньої політики ; [за заг. ред. О. В. Овчарук]. – К. : К.І.С., 2004. – 112 с.
7. Бельх А. С. Единство задач мировоззренческого развития и профессиональной подготовки молодого специалиста / А. С. Бельх // Духовність особистості: методологія, теорія і практика. – 2012. – № 5 (52). – С. 44–54.
8. Вежновець Т.А. Соціально-психологічне моделювання кадрового менеджменту у сфері охорони здоров'я: автореферат дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук : спец. 14.02.03 соціальна медицина / Т.А. Вежновець; НМУ імені О.О.Богомольця. – К., 2017. – 44 с.

9. Матукова Г. І. Теоретико-методологічні засади розвитку підприємницької компетентності у майбутніх фахівців економічного профілю: автореферат дис. на здобуття наук. ступеня доктора пед. наук : спец.13.00.04 теорія та методика професійної освіти / Г. І. Матукова ; Ін-т пед. освіти і освіти дорослих. – Київ, 2016. – 40 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.05.2018 р.

Методологические основы преподавания экономики здравоохранения среди студентов медицинского вуза в свете современных общественных вызовов

*В.Д. Парий, А.В. Жила,
В.В. Таран, Д.Г. Матукова-Ярига*
Национальный медицинский университет
имени О.О.Богомольца, г. Киев, Украина

Статья приурочена исследованию мнения студентов-медиков относительно преподавания экономики здравоохранения среди студентов выпускных курсов высшего учебного медицинского заведения и определения путей оптимизации учебно-методического процесса. Согласно полученным материалам установлено, что 78,7% студентов придерживаются точки зрения, что введение экономики здравоохранения в программу до дипломной подготовки врачей целесообразно и очень целесообразно, 74,3% опрошенных оценили качество преподавание как соответствующего и высокого уровня, 78,2% студентов отметили - освоение экономики здравоохранения является для них полезно и имеет важное значение для их будущей врачебной деятельности. Налаживание обратной связи дает возможность целенаправленно подходить к выбору дидактических способов к преподаванию отдельных тем и формированию соответствующих компетентностей среди студентов-медиков.

Ключевые слова: преподавание, экономика здравоохранения, студенты-медики, учебная дисциплина, дидактические подходы.

Methodological principles of teaching economics of public health among students of medical university in the light of modern social challenges

*V.D. Pariy, A.V. Zhila,
V.V. Taran, D.G. Matukova-Yariga*
National Medical University named after O.O. Bogomolets

The article is devoted to the research of the opinion of medical students about the teaching of economics of public health among graduate students in higher medical educational institutions and the ways of optimizing the teaching and methodical process. According to the sociological survey data, it was found that 78.7% of students believe that the introduction of economics of public health in the program for doctoral training is appropriate and certainly feasible, 74.3% of respondents assessed the quality of teaching as a proper and high level, 78.2% of students noted that the development of the economics of public health has a beneficial and extremely useful value for their future medical activities. The establishment of feedback allows for the purposeful approach to the choice of didactic methods in the teaching of individual topics and the development of appropriate competences among medical students.

Key words: teaching, economics of public health, medical students, academic discipline, didactic approaches.

Відомості про авторів

Парій Валентин Дмитрович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Проспект Перемоги, 34, Київ, 03055.

Жила Анатолій Володимирович – к.мед.н., доцент, доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Проспект Перемоги, 34, Київ, 03055.

Таран Віра Василівна – к.мед.н., доцент, доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Проспект Перемоги, 34, Київ, 03055.

Матукова-Ярига Дар'я Геннадіївна – к.екон.н., старший викладач кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Проспект Перемоги, 34, Київ, 03055.

УДК

Monika Mackinová, Jaroslav Stanciak

Psychosocial rehabilitation

Department of Social Work Faculty of Education in Bratislava of the Comenius university in Bratislava

"We dont need to worrie if we will live long, but that we live enough."

Seneca

Psychosocial rehabilitation is a method of treatment, prevention and quality of life in addition to another therapy, e.g. pharmacotherapy and psychotherapy. Illness, eventually loss of limbs influences each patient/client and raises various mental conditions, which interferes his/her life in all areas of. It is important to achieve that the patient/client with the help of health workers, despite of his/her new difficult health situation will find such life values, who is able to handle after physical and mental aspects, and in which would he/she will find at least partial satisfaction and a sense of his/her significantly altered life. The aim is that the patient/client, despite the new health situation or disability lives his life for him/her in satisfactory quality of life.

This method is based on a sick person and his/her disease or disorder, and is intended to eliminate, modify or mitigate the difficulties (Kopinec, 2013). It is important that the patient/client will will to start the healing process. The patient/client determine whether he/she will attend psychosocial rehabilitation, for how long and whether is he/she willing to cooperate.

Psychosocial rehabilitation is aimed at a group of people with mental disorders, with a disability and the social problems. It is often carried out in an environment of community care. Its aim is socialization into the environment, adaptability, mental balance, learning to cope with stressful situations and empathy, increasing the stability of mood swings, training and education of real life, integration with help or without into the new living conditions in order to achieve a reasonable quality of life.

Patients with varying degrees of dementia have different handicaps – rigidity, difficulty in adaptability, inversion of sleep, worsening medical condition. Emphasis should be on-psychotherapeutic rehabilitation mode. Physiotherapy is similar than within the age groups with the modification of patient higher age. It is necessary for the complexity of the subject to maintain independence in terms of preservation of locomotors skills and self-sufficiency in all activities.

The relationship between the therapist and the patient allows that by the patient occur change and begin the process of change. Taking care of patients with dementia is limited by number of factors. Limited is the variability of physiological functions due to decreased cardiovascular fitness and respiratory insufficiency, presented is immobility syndrome with its manifestations - contractures, pressure sores. Another limiting factor is the deterioration of visual and auditory functions, weakening tactile perception and motor skills and speed reduction and response readiness. Present are frequent changes of mood. New survival of old enjoyments contributes to the reconstruction of personality. Part of physiotherapy treatment is irreplaceable ergotherapy, art therapy and music therapy.

Key words: *Music Therapy, Dramatherapy, Garden therapy, Artetherapy, Snoezelen method.*

The treatment by work has a positive effect on the overall condition of the patient. In addition to the physical re-education has a positive effect on the psyche. It removes the feeling of helplessness and a pessimist, reduces anxiety and nervousness. It helps to gain confidence and belief in own abilities. It is important to find such activity, that the patient fulfil, will enjoy and will find meaning in his/her life. Flexibly are adapt different activities of the mental level of the group members, often alternating different types of activities, mutually lead to helping to deal with the role of weaker members. Among the most commonly use psychosocial rehabilitation is included:

Music Therapy. The word music therapy consists of the Greek words *moisiko-* music and *therapeieno-* treatment. It is a treatment with the help of artistic means - music. It is the effect of melody, rhythm, harmony, and development of pleasant ideas. Rhythmic education is important in lagging development of motor and social development. Trough it could

be express feelings, mental state and thoughts of nonverbal communication. It develops memory, thinking and attention, also supports self-presentation and self-confidence.

The need for self-expression is not satisfied only by speech, but also by music, which has its own rhythm and harmony and in which alternates the sounds and silence. Music therapy is used to release the speech barriers and inhibitions, correction of stuttering, attention disorders, emotional disorders, increasing of physical activity and emotions. It helps to relax, saturate the emotional needs, find the way to other people through shared experiences, encourages communication and self-expression (Horňáková, 1999). The aim is to learn to listen, to maintain, modify and improve the health status, brought to a deeper personal experience and to get familiar with various options for self-expression and communication through music.

Music therapy is a pragmatic and empirical oriented scientific discipline which in the system of music borders with music psychology, pedagogy, sociology, philosophy,

ethnology, acoustics, theory and aesthetics. On the methodological site draws from general medicine, psychology, psychiatry and education.

The sessions may be conducted only by experienced physiotherapist, who knows the diagnosis of the patient/client and is able to unleash his/her psychological aspects optionally cure him/her of his/her mental problems. These therapies are used especially by those patients/clients who are musically minded and have a positive attitude to music. Physical Therapist, based on the diagnosis and anamnesis will decide, which form of music therapy is appropriate for the patient/client, whether it is better to provide music therapy sessions individually or in group.

Individual sessions are used for the patients/clients, who prefer privacy. They can in a more intimate environment quickly and easily relax and to express their self, they have no barriers to talk about their problems and after talk to cope with the new situation. Larger groups of people are affecting them negatively and creating a speech barrier. The group therapy is for patients/clients who feel good in the society and are looking for it. They are able in front of more people to express their experiences, talk about their problems and are happy to listen to other opinions. The team influences them positively and they are losing their speech barrier. Based on anamnesis, physiotherapist decides whether the patient/client will attend the active or passive therapy.

- Active therapy refers to a therapy in which the patient/client alone is singing, making music, song, moves into beats, or is playing an instrument. Expresses his/her mental state and gives freedom to the emotions. Singing is one of the most popular activities, especially in the elderly, which encourages joy and positive thinking. The music has a very close relationship with dance.

- Passive therapy selects physiotherapist mostly for elderly patients, who have no tendency to music. Selected is type of music, which the patient / client is passively listening, wherein occurs the formation of ideas while listening to music, to the induction of different associations, memories and images related to music. Those will be described after the end of listening to music. Listening to music is simple, but capable of stimulating of imagination, thoughts and feelings. Passive music therapy is focused on exchange of music experience by a total release of the organism. One of the aims is inducing of relaxation and abreaction. Music therapy has a prevention character in health care:

- primary – developing creativity, communication, personality, conflict management, mental hygiene, education and others. In this prevention is effort through music therapy methods to prevent the occurrence of physical, mental and social disorders.

- secondary – therapy, psychotherapy and rehabilitation. In the foreground is the treatment of already existing physical, mental and social disruptions.

- tertiary – rehabilitation, correction and aftercare. The aim is to re-establish a favorable health condition, or improve it as much as possible and thus achieve a level which is close to norm.

Music therapy process has an initial phase to create the climate of trust and cooperation with the therapist, the

implementation phase with brunt of work and achievement of the newly acquired and its practical application into the real life.

The process of the meeting with a therapist consists of a warm up (10-20%), release (10%), the main activity (50-60%) and reflection (20%), which is always voluntary. Room for therapy should be insulated from the outside noise, with larger dimension, light, airy and safe. In music therapy is possible to prioritize different types of expressions, such as vocal, instrumental, movement, art, verbal expression (reading with music, with background music).

It is advisable to listen to music which is slow, melodic and with lower intensity. Very positive effect has music therapy within psychiatric diagnoses, stuttering, ulcer, neurosis stress, anxiety and in fear from the future. There is evidence that during music therapy increases vital signs – heart rate, respiratory rate and blood pressure and flushes the level of endorphins. These are the factors triggering the physiological processes that act positively on the health of the patient in the meaning of compensation. Music therapy is part of the treatment, which helps to improve the health status, helps to cope with the current situation and with the disease state, removes psychological symptoms, relieves inner tension and stress, improves and promotes the healing process, improves communication, concentration, develops the hearing ability. It is used mainly in psychiatric diagnoses and in verbal disorders.

Dramatherapy. Dramatherapy is one of a potential therapy, which is oriented towards self-acceptance and acceptance of the presence of the other people. It represents a complex of approaches and methods in which is initially used dramatic compositions for personal growth, emotional recovery, the correction of undesirable attitudes and behavior. Very important is the choice of techniques and of patients/clients for the dramatherapy program. The program is recommended for people, who are motivated for this action and do enjoy playing. Among the techniques used are included dramatic plays, improvisation, role plays, mime, etudes, dancing drama, dramatization, puppet theater, play with masks, sociodrama and psychodrama, etudes (practicing of the head movements, body, hands, face, facial expression, voice color).

During meetings is recommended to have an active approach, new ideas, systematically lead therapy, guidance and illustrative interpretations. Every game should have content and focus of the game. Content of dramatic games, exercises and improvisations should correspond to what the patient/client is close and known to and to what he/she have an emotional relationship. Suitable are dramatic games and exercises designed to develop speech, memory and thinking, as well as games designed to correct certain behaviors and social coexistence.

It is used in psychotherapy for the positive stimulation emotionally and socially disturbed patients/clients, to correct their behavior, survival and attitudes. Persons with disabilities learn to play their own scenarios of current problems. Through role playing can be effectively solved problems, developed social sensitivity, creativity, deepened cooperation, relationships in the group and facilitated understanding of others. It develops the expression, creativity, empathy, imagination.

The aim is to provide insight into themselves, own thinking and behavior and acquire new skills.

In role-playing games, it is training form of learning through conditioning and imitation, aimed at optimizing the interpersonal perception, increasing social sensitivity, social skills, communication and speech skills and the ability to resolve conflicts. Through dramatization and role playing can convey series of experiences, which can affect the releasing of tension from the unknown, and can change or create new attitudes. Drama therapy is not recommended for severe mental retardation.

- Therapy trough game is used primarily in conduct disorders. In the game are reflected the experiences, attitudes, feelings, desires and fears. Tools are selected so, that they will be appropriate to the age and abilities and to stimulate the sensorimotor development. In the game are rehearsed different situations, which fictitious solution could be accepted as own and therewith actually grow.

- Psychomotor therapy is a therapy based on manner of walking, posture, facial expressions, the gross and fine motor skills. During exercise is stimulated neuromotorics, improves coordination of individual parts of the body, maintained self-awareness about different body positions and movements. It is exercised with the help of a mirror for better learning to control own movements and coordination.

Garden therapy. This type of therapy belongs among forms of occupational therapy, which draws from the oldest activities, which people pay attention since ancient times. This is a set of work activities aimed at coping with the regular care of a garden or park, balconies, small green areas. Flowers and other plants are understood as a living material, that requires regular care. This care is becoming an integral part of daily routine of the day, disrupts undesirable stereotypes, encourages patients/clients to expand professional interests and enhances the aesthetic feeling. In the case of flowers cultivation is associated with aromatherapy. Fragrances could contribute to the positive mood of the patient (Gúth a kol., 2005).

At the same time this therapy improves the environment at home or in institutions. It is advisable to carry out this therapy in groups, when each from the group performs a different action and the common result has a more global effect. The garden repay patients with its beauty (Stančiak-Kopáčiková, 2010).

Leisure activities. Leisure activities may take the form of school activities, games, discussions, day trips or leisure stays, as well as literary meetings and computer training, which are organized mostly by family members or sympathizers with the support of foundations, NGOs and civil society organizations. The main element of these activities is a game that encourages creativity, communication and collaboration. They are often enriched with sports and cultural events, associated with the presentation of products or speeches at public forums. Sports and sporting events paved the way for abreaction and self-fulfillment (eg. Paralympics representatives). It is implemented in the group form for socializing effect, which promotes communication, competitiveness and cooperation in other fields such as sports. Sport increases self-confidence, strengthens health and maintain good mental state. It is important to regularly organize sports competitions and games at regional, national and international levels in various disciplines.

Arttherapy. Arttherapy is a psychotherapeutic and psychodiagnostic discipline, using in utilizing the therapeutic goals forms and means, which are adequate to art forms. It focuses on the development of creative skills, stimulates imagination, ventilation of negative emotions, concentration, formation of a value system, express own opinions and feelings through the work of art, which is often one of the few available means of communication. Arttherapy tends to increase self-esteem and self-realization, to give feedback and to stimulate communication skills. It is used by patients/clients with physical or mental disabilities. The use of art therapy is wide and for everyone. Individual techniques should always be planned so that the patient/client can manage the understanding of the instructions and the implementation process. Artistic creation is one of the most common activities that can be easily carried into the senior age. Those have in the art a meaningful activity that brings fun and joy of creation. Definitely are not required any skills. The only requirement is a positive attitude towards art activities and art. Arttherapy could analyze character traits of humane. It contributes to the internal enhancement of the person, his/her education and development. For many, this method is grateful relaxation agent. The main therapeutic agent is the final piece, which in itself is not important. What counts is the actual process of creation, its perception and survival during the creation of the work, communication with people, entertainment of joint work and valuation of effort. It increases self-esteem and self-confidence. The good thing about playing theater is effective problem solving, developing of social feeling and creativity. Its deepening cooperation and relationships in the group, makes possible to create new friendships, facilitates the understanding of others. At the same time develops expression, creativity, empathy and imagination. Exercised are different situations of everyday life, to be able to better navigate through interpersonal relationships. By using dramatization are patients/clients able to avoid methodological shortcomings, such as unhealthy competitiveness and efforts to achieve victory at any cost and to attract attention at ourselves.

Arttherapy lasts up to two hours and can be performed individually, in order to establish a close relationship between the patient/client and therapist, collectively in presence of greater number of patients/clients and in groups, where group is closed with a targeted selection of patients/clients in the group. It supports interpersonal relationships and social consciousness. At the beginning is important introduction with the group and to make contact. The patient/client may participate passively (is not an actor, is an observer) or actively (is actor, has his own creation).

The primary objective is not to create a work of art, but through self-expression, developing of creativity, ability to communicate and by processing of personally important topic to achieve the elimination or alleviation of problems. Arttherapy allows the use of tactile, aesthetic and emotional experiences. For the development of tactile sensitivity and the development of fine motor hand skills is suitable fingerpainting, drawing, wrapping into paper rolls and modeling. Art therapy uses the fact, that within the creation is necessary to use imagination, and it reveals human qualities, motives, hidden opinions and desires.

Arttherapy can be receptive or productive. In receptive occurs passive reception of action. Selected artwork is viewed with a certain therapeutic intention of arttherapist. In productive are used specific artistic activities in which patients with the help of their imagination form work.

It is used in education, social work, medical practice in psychiatric hospitals, social service, etc. It reinforces teamwork, promotes cohesion, helps with the growth of personality. In speech problems it is a form of communication with the therapist and the group. It is a good part of the work in Alzheimer type of dementia, as it becomes part of their non-verbal communication, from which can be read thought processes.

Work with a natural material. The most common work with natural materials includes arranging, work in the garden, work with chestnuts, with straw, with beams, working with leather, decorating Easter eggs, working with wax and others. Use of this treatment is recommended for patients/clients mobile, capable of at least sit, with good sight, touch and with preserved fine motor hand skills. It is used mainly in work with children and adults of all ages. Although the physical load is not large, for the elderly is this form of therapy not recommended.

Woodwork

For work with wood is needed special room - wood workshop. There are carried out activities implemented mainly in sitting and standing, but a lot of activities is also associated with walking through the workshop. Working in wood workshop requires precision, good touch and vision and sufficient physical strength. The best is working with soft wood, such as lime and willow. The difficulty varies, depending on the type of activity, the type of wood treatment and the size of the product. Relatively high demands on fine motor skills are laid on carvings and production of decorative objects. This work mainly strengthens the muscles of the upper limbs. They are reinforced symmetrically by planning and filing, or asymmetrically when cutting wood by dominant limb. The movements are associated with the movement of the torso and transferring of weight from foot to foot, therefore is desirable also good muscle strength of the lower extremities. These include activities more likely for men, for their musculature and greater muscle strength. Women who are less physically fit are within the workshops recommended only manufacturing of final products. For children, this form of activity is not recommended.

Metalwork

Work with metal requires patients mostly sitting, but it is also necessary to move around workroom. It's preferred mostly by men, who have relationship to metals. The work requires a good vision and touch, movement coordination in the engraving work and in fine wrought, fine motor hand skills when polishing. Patients/clients must be in good muscle condition when cutting and fittings. This is a one-sided physical load, where is used mainly dominant upper limb, a non-dominant have mostly the role of retaining a grip. Activated are also the muscles of the torso and lower extremities. For children is this form of activity not recommended.

Modeling

In modeling the work used materials which are easy to work with. It's clay, plasticine, paper, dough and gypsum. This type of therapy is used on mobile as well as immobile patients/clients with preserved function of the hands. The advantage is, that if the final product the author do not like, it can be repaired and replaced at any time. Work could be performed in sitting or standing position, with immobile patients with the help of a stable position on a bed in a supported seated position. Modeling is not difficult to force, physically demanding is processing of materials. Modeling is by patients used to improve fine motor skills, coordination of hand movements, strengthening the flexors and extensors of fingers and wrist and increase range of motion and opposition of thumb. Modeling is also used by less skilled and agile patients/clients who create pieces of large dimensions. It is used in psychiatry, in rehabilitation of musculoskeletal and in work with mentally disabled. For children its appropriate modeling with plasticine and medaling clay and for adults is mainly clay, gypsum and dough used.

Drawing, painting, graphic techniques

This type of therapy is used as for mobile as well as for immobile patients/clients. The importance of this work lies in relaxation, rehabilitation and medical knowledge. It is goal oriented on self-control, to soften and improve fine motor skills, to remove communication barriers, in emotional development of the individual, in detection and development of creative potential in various kinds of arts and in strengthening confidence.

At work is used a sitting position, standing, but also lying in a stable position on a bed in a supported seated position. It is important that the patient/client has free upper limbs and can work with them. Physical load is minimal here. The emphasis is more on the physical coordination, patience and concentration. Movement is coming out from the shoulder and elbow, wrist is stationary. This is more or less a static work, therefore should be added movement breaks. For children has drawing and painting educational importance, as children learn to recognize colors and can engage the imagination.

Work with paper

Work with paper has many uses such as folding paper, cutout of paper models, production of wish cards and labels, collage, card boarding, gluing of paper. At work are used scissors, templates and glues. It is used for both mobile and immobile patient/client who are lying down on a supported seated position.

For younger people are demands placed on accuracy in acreage, folding, cutting, but also for the fine motor skills. For elderly is reduced the demand on final product, because this work is hard if there is impairment of fine motor skills and precision. An important condition in this work is that the patients/clients have good vision and touch. During cutting works dominant limb, which uses the movements of fingers, wrist and thumb. The second limb helps to keep the cut material. During folding and gluing are symmetrically practice the fingers and wrists of both upper limbs. This technique is used mostly by children, who promote artistic playfulness, combination and creativity skills.

Crafting

Crafting is mainly used by women, who often have automated movements. It is an inexpensive work, which can be implemented also with immobile patients in supine support in sitting position. More complex movements require greater demands on attention, accuracy and concentration. It is knitting, crochet, embroidery, networking and hand sewing, where are used activities of both upper limbs. The aim is to enhance and improve fine motor hand and fingers skills, thumb mobility in palmar flexion and opposition.

With handicrafts is also increased the muscle strength of both hands and the entire upper extremity. Since this is work with thin and sharp devices, such as needles, care must be taken to safety at the work, to avoid injury of the patient or his surroundings. For children is used fine and soft material, for adults with impaired fine motor skills and vision can be used thicker and stronger color material.

Work with textiles

Work with textiles and natural materials focuses directly on the development of the fine motor finger skills, manual dexterity, aesthetic sensitivity and imagination. Patients/clients use, when working, various positions such as sitting, standing, and the bed's slight support in the sitting position. It is often used space in the workplace for the therapy. It is a weaving on the loom, weaving on the frame, knotting and collage.

This action cannot carry patients/clients who are visually impaired. In the work are engaged both upper extremities symmetrically, which increases by this work the muscle strength and range of motion of various joints. It promotes also the fine motor skills, concentration and touch. Rehearsing are new techniques, which are an appropriate and adequate motivation with using of demonstrations. Work promotes competitiveness and teamwork. The disadvantage is overloading of the spine, so it must be interposed by movement breaks. To help increase range of motion and of the muscle strength of the lower limbs is a welcome work with the treadle sewing machine.

Basal stimulation. Every person is capable in every situation, at least to feel something with one of his/her senses. For people with changes in perception, mobility and communication, shortly, for most patients in residential care, nursing home residents and other institutions is this type of therapy an integral part of their lives. Basal stimulation utilizes vibratory stimuli, vestibular, olfactory and gustatory, auditory and visual, communicational and socio-emotional.

The aim of basal stimulation is:

- to preserve life and ensure development
- to perceive own live
- to provide a sense of security and confidence
- to develop own rhythm
- to allow to know the outside world
- to help establish a relationship
- to experience the meaning and significance of things

or activities held

- to help organize his/her life
- to provide autonomy and responsibility for own life

(Friedlová, 2006).

Basal stimulation allows the patient to perceive the limits of own body, be aware of yourself, feel and interpret the

world, be aware of the presence of another person. It is not dependent on specific devices or aids and is therefore it is minimal burden for social service institutions and health care facilities. The only requirement is a well-trained staff and motivation for humane approach and shift of nursing care towards the needs of the patient.

Snoezelen method. The environment is a source of countless amount of information. Information about ourselves and surroundings will be accepted through the senses. The human brain processes information captured and the answer is in the form of reaction. For a healthy population, this process is automatic and occurs without awareness. However, people with impaired sensory integration are not able to process the information and respond to captured stimuli.

Snoezelen is a multisensory method that conveys intense perceptual and deeply emotionally shaded experience for people with severe physical, mental or sensory disabilities, with impaired sensory integration and communication deficiencies, in work with autistic children, with conduct disorder where many different ways and methods often end in failure.

The basis of the method consists of stimulating of basic human senses. It is applied in a special set up and adjusted room, in a quiet and pleasant atmosphere, where the senses are stimulated by music, light effects, fragrances, swinging, vibration, with the positioning possibility and basal stimulation. Snoezelen is environment saturated by sensory stimuli – vibration and gentle movements, lighting effects, various sound variations, tactile stimulation, captivating fragrances and etc. In today's high-technology world apart of traditional forms of healing of certain pathologies gaining more attention and support other natural, relief and rehabilitation methods, among which a prominent place has zootherapy or animotherapy.

Zootherapy uses positive therapeutic effect of animals on humans. The animal could for the patient / client mean a lot. Allows him/her to communicate with the outside world, enables him/her to relax, helps exercise stiff muscles and even cheer him/her at the sad moments (Narandžič, 2006).

Zootherapy or by animal supported therapy is a method of rehabilitation as well as psychosocial health promotion method, which are based on the use of positive action in mutual contact between humane and animal (Mojžišová a kol., 2000). Felinotherapy uses positive interaction between man and cat, hippotherapy uses the movement of the horse.

Hippotherapy. Speaking about hippotherapy, we mean rehabilitation method that uses motion of the horse and its transmission to humans in parallel with the psychological treatment of horse riding. Is an effective form of treatment of mental and physical disorders with the help of horse. Reaction in contact with animals is strongly emotional, often beyond rational understanding. From feelings of curiosity, tenderness, fear and resistance and are built on instinctive site of our nature. For most people contact with the animal makes them feel good.

Hippotherapy is classified as a proprioceptive neuromuscular facilitation method. These are methods, which used in excessive amounts stimuli acting on the peripheral parts of the extremities and thus are specifically affecting disabled functions. These elements includes the effects of heat, tactile cutaneous stimuli, pulling of shortened tissues, necks trap and waist deep reflexes, labyrinthine reflexes affecting

posture, etc. Compared to others rehabilitation methods is hippotherapy acting more complex. On horseback, like the human pelvis is in perpetual motion - from front to back, side to side and from bottom up, which cannot be done by any equipment (Hornáček - Holly, 2006).

Hippotherapy as supporting treatment helps after the physical, mental and social side.

Physical supportive care concerns:

- normalisation of muscle tone,
- coordination,
- improving of the balance,
- reeducation walk,
- removal of pathological stereotypes and muscle imbalances,

imbalances,

- improving adaptation to various stimuli,
- increasing self-confidence and self-awareness,
- supports vitality and vigorous strengthening.

Mental supportive care concerns:

- improvement of damaged, relationships and behavior
- support positive emotions,
- educational sites to promote balance and courage.
- social supportive therapy uses group therapy in ergotherapy,

- factors of competitiveness,
- integration process – children with disabilities

(Hornáček - Holly, 2006).

In group therapy is applied not only group membership, but also help others with feedback, detachment, abreaction and gaining of new experiences and skills. In relation to the increasing number of people with various forms of disability is increasingly emerging riding as the most effective link between people with and without disabilities. Less is talked about fear, but more about mutual esteem and respect. Currently, there is an ever-increasing expansion of therapeutic activities with horses and apart of professional aspects is also points out on the ethnic in efforts to integrate and re-socialize people with disabilities into increase their quality of life despite of their disability. Muscles of galloping horse have a positive effect on the muscular and nervous system of client sitting on horseback. Hippotherapy is not recommended if osteoporosis due to a fall from a horse and by open wounds because of the introduction of infection into the wound. The horse is a living animal that feels fear and aggression of the client.

Hippotherapy is in terms of its practical application divided into three components:

Hipporehabilitation – it is used in medicine most commonly in the rehabilitation of severe neurological disabilities such as cerebral palsy, multiple sclerosis and stroke.

Educational – psychological riding is used as a psychotherapeutic and resocialization method in psychiatry, healing, special and social pedagogy.

Sports raiding of disabled - maintain the optimal health effect of disabled person, improving the quality of his/her life and has a significant re-socialization impact, especially for people with severe disabilities (Hornáček - Holly, 2006).

Participants of hippotherapy are patient/client, Hippologist, physiotherapist, assistant, psychologist, psychotherapist, remedial teacher, doctor, therapeutic horse.

The horse must be in good health condition, docile when riding, accustomed to sudden stimuli (screams, shouts, sudden movements), surroundings, noise, throwing of the ball. It must be quiet nature and must be mentally tough to substitution of the patients/clients. Heat and magnetism of the horse body also play an important role. The client sits on horseback and through his spine, pelvis and lower extremities penetrate the spinal cord and the brain is affected by impulses of healthy, natural movement. Person is released during exercise and perceives the movements of the live animal beneath him, submits to them and the stiffness permits. Coming is the feel of joy of movement, height and release.

When affected by a variety of disturbed and undisturbed functions is overlapping the interaction between several therapeutic elements – specific and nonspecific for hippotherapy. That multiplies each of their complex effect. In the musculoskeletal system occurs, for example, in the treatment of muscle imbalance, normalization of muscle tone, disrupting of pathological facilitation and in new movement patterns (walking, breathing), in coordination of movements, mobilization of joints, improvement of balance, in treatment of speech disorders, etc. In the area affected by the personality of the patient/client we can observe it, for example, in the emotive adaptation, encouraging of creativity, degradation of mistrust, fear and anxiety, improvement of self-esteem, self-perception and right self-evaluation, dampening of hyperactivity, aggression and antipathy, improvement of cooperation and communication, development of a sense of autonomy and collectivity, fostering of the intellectual functions, development of attention, concentration, determination and adjustment of learning difficulties (dysortography, dyslexia, dysgraphia), creating a sense of responsibility, usefulness, perseverance, tenacity and competitiveness (Hornáček - Holly, 2006).

Hippotherapy is one of the facilitative methods, which uses the positive effects of horses on humans. It is the interaction that affects humans as a whole and not only physically, but also mentally. This is a very effective therapy with a broad area of action, which uses therapeutic action of horse step on human. From the point of view physiotherapy is used for maintaining, supporting and improving movement abilities of the patient and to restore the lost function. It aims to reduce, minimize or eliminate physical, psychological, social and mental handicap. The movements of the horse, even if this person is unconscious, give an enormous amount of incentives and information to the nerve cells, which "wakes up" and sends the information further. With continuous adaptation to the steps and movements of the horse its leading to strengthening the muscles of the whole body, and treatment of skeletal asymmetry and misbalance, to improve the coordination of movements and production of new movement stereotypes. Mobilized are the joints, improved is balance and walking. Good muscle strength subsequently improves posture and walking of the patient. Apart of the horse movements is also used the body temperature and interplay of muscles, skin stimulation, rhythmic motion transfer of incentives based on the steps of the horse for the facilitation of subdued or damaged functions of the human body. The horse acts as a motivating factor, by which is promoted and developed shortage subject areas of individual. It has significantly psycho-

social effect, regulates speech disorders, supports self-esteem, self-confidence and improves quality of life. It is used for diagnosis in the field of neurology, orthopedics, psychiatry, in internal medicine as well as in special education with behavioral disorders. Finally, it promotes a positive attitude to animals. Hippotherapy is most effective if carried out 2-3 times a week, for the period of three months with training unit about 20–30 minutes. It is carried out first in the riding school on flat terrain, later passed into the natural environment, where rough terrain is used for the purpose of intensifying the patient's response to changes in gravity. In hippotherapy are only used healthy horses, obedient and quiet nature.

Canistherapy. Any disease causes tension in the environment and in relationships around the patient and disturbs the balance between organism and environment.

Canistherapy is a supporting method that uses positive even therapeutic contact of a man and dog to maintain or improve the quality of life of the patient/client. It has a wide range of applications in the field of physiotherapy, social therapy, psychotherapy and special education. It contributes to the development of motor skills, communication skills and orientation in space. Stimulates visual, auditory and tactile stimuli, promotes thinking and imagination, memory and concentration skills. Induces positive emotions, eliminate negative behaviors, and contributes to mental equilibrium. It operates at the level of development of motor rehabilitation with the attribute of rehabilitation work, in the positioning and relaxation (www.eurocanis.szm.com).

Canistherapy is using domestic dog for therapeutic purposes. The dog becomes not only a friends, but also motivation to move and rehabilitation. Four-legged therapist is a sporting, running and encouraging to movements, to common games and walk. Has a positive effect on physical, mental and social well-being of man. This type of treatment is used for the body contact with the dog, which is a useful supporting method in situations, where other methods cannot be used, or are not effective, e.g. liaising communicating with difficult communicating patients. Effect on physical health is secondary; rather it is a motivation for rehabilitation and stimulation of immunity through the psyche. The dog must have canistherapy certificate. Canistherapy is a form of treatment that favors the patient in problems of social integration, anxiety and depression, feelings of loneliness, hopelessness and uselessness.

Supports appetite for rehabilitation, stimulates the immunity system and physical and mental activity. With the help of a dog is person able to navigate in space, has the opportunity to make new social connections, feel not loneliness, to have somebody to care about. Through petting of the animal and verbal and non-verbal communication with the animal are activated also internal resources and fostering the re-convalescence of patients and is decreasing the morbidity. The healing effect is largely related to empathy, respect and love that animals are able to express. Addressing these needs in combined with a touch of a living being helps by take the patient in a better mental state. Dog during the therapy adds lust and joy in life.

It is used for patients with mental disabilities, for children in special schools, seniors in nursing homes, or severely ill patients in hospitals, whose primary don't have a

psychological problem. If is presented muscle disease, the patient is petting the dog, or the dog is helping the patient so that it lies down on the patient. Since the dog has a higher temperature than humane, during its petting are warm up the muscles and joints.

Generally canistherapy is divided into:

AAA (Animal Assisted Activities) – animal assisted activities is one of methods that aims to promote support in the field of education, motivation of an individual and bettering of the quality of life through relaxation. At AAA are results expressible only in expressions of happiness, satisfaction, joy and are difficult to measure. Freer access AAA abroad is applied in various social, health and educational facilities. These species are thoroughly and completely tested in regards to their temperament, behavior and responses in particular situations. (Galajdová, 1999)

AAT (Animal Assisted Therapy) - Animal assisted therapy is a method which comprises the therapeutic process. This method is a deliberately planned in advance and targeted on action of the patient with a dog, in which is important participation of professionals, as well as carefully selected therapeutic dog, suited to a particular patient with a particular problem. The handler and the dog have long been incorporated into the treatment of person. They are an integral part of the therapeutic process. There are observed effects of the presence of a dog on the client's feelings and incensement of his/her activity.

Controlled canistherapy

An expert for this kind of therapy procures to the patient a suitable dog and is entering to the relationship between the patient and the dog for a period of time. During visits uses his/her own trained dog. This method can be classified into AAA (takes place in the form of patient visits, the dog is devoted to more and different persons) or AAT (handler and the dog have long been incorporated into the treatment of persons, who are an integral part of the therapeutic process). It is used for work with patients with cerebral palsy, physical disability, in the elderly in the retirement homes.

Canistherapy is auxiliary rehabilitation treatment method, used by several disabilities, in different clinical psychopathological, psychiatric and geriatric conditions and which uses the positive effect of animal - dog to promote physical, mental and social health of humans (WHO). Canistherapy as a treatment method is well known, but hitherto little publicized. The problem may also be a lack of information, not only among the general public, but also professionals.

Effect on physical health is at canistherapy often explained as secondary. Rather, it is motivation for rehabilitation, but also the support of the psyche, and through it of the immunity. Canistherapy is mainly used as supporting therapy in the long-term course diagnosis with unfavorable prospects.

Staffing in canistherapy provides:

- canistherapist – expert (supervisor), qualified professional, eg. special, remedial teacher, socioterapeut, physical therapist, physician, which indicates the use of animal assisted therapy, is monitoring the therapeutic effects on the patient/client, evaluates it, corrects the process and decides on the time of exposure of the therapy,

- canistherapist – instructor (handler) is a graduate of qualification courses for canistherapists - instructors in the process of canistherapy, responsible for the proper use of the dog. Ideally is, if he/she is the owner of the dog.

- canistherapeutic dog – certified dog for the use of the canistherapy,

- patient/client – the receiver of the process.

Dog and therapist after completing a special course of canistherapy receive a certificate authorizing them to carry out controlled canistherapy. As it is a complementary therapeutic method, it's not paid by insurance and patient / client pays it fully by their self.

Dogs which provides work as assistance therapists fall into two categories:

- Assistance dogs – are individually trained to carry out orders or work for any person with a specific problem. For instance, the guide dogs for visually impaired people, or assistance dogs of deaf people, or with other various physical disabilities.

- Therapeutic dogs – are part of a treatment program for an individual or group of people. They provide emotional support, motivation and sense of security. The range of their application is very wide in psychiatry and psychotherapy, for physically and sensory impairments, for autistic children, patients/clients with epilepsy or cancer disease, for the abused and exploited persons, for mentally disabled persons, for children hospitalized in hospitals, in emergency family care, for the elderly, for people addicted to various addictive substances etc.

Lonely and elderly people doesn't feel in the presence lonely and care for the dog acquire for them new motivation to

duty "take care" as the role. They gain back the lost feelings of usefulness and the dog's bring them again the joy of life and suppressed inefficient solution to various problems, particularly mental and social. On the other hand, the presence of a dog encourages physical and mental activity. People who are overweight, diabetics and people with cardiovascular disorders appear to be in the need for walks. These are combined with the needs of the dog, which indirectly leads to increase of physical activity.

Children with various disabilities and troubled children are finding by a dog companion not only in games, but are learning thoughtfulness and responsibility. Hyperactive children can relax and soothe and by aggressive ones manages this treatment improved attitude to the surroundings.

For these children summer courses of canistherapy are organized in nature with rehabilitation programs.

Within the contact with animals could patients / clients better tolerate stressful situations because they can reduce perceived stress and relax effectively. Dog distracts from the worries and simplifies social contacts, what has a positive effect on depressive states. A dog can express the joy of meeting with a person, what will never disappoint.

For depressive clients is canistherapy complementary form of treatment to drug treatment, as confirmed by positive effect on the healing process. Bařová end Kopinec (2013) they say this treatment helps to cope with emotionally difficult situations and promotes a sense of ownership and shared responsibility.

The dog is providing absolute and unconditional love, because its love of the owner does not have borders.

Bibliography

1. *Bařová, K.*- Kopinec, P. 2013. Spolupráca subjektov štátneho a mimovládneho sektora pri sanácii rodinného prostredia. In: Spolupráce v sociální práci. - Hradec Králové : Gaudeamus, 2013. - S. 287-296
2. *Friedlová, K.* 2006. Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství. Frýdek – Místek, 2006. Institut Bazální stimulace, 2006. s.100.
3. *Gúth, A.* a kol. 2005. Liečebné metodiky v rehabilitácii. Bratislava : Liečreh Gúth, 2004. s.400.
4. *Hornáček, K.* - Hollý, K. 2006. Hipoterapia, liečba pomocou koňa. In Humanita, 4/2006. s.1-3.
5. *Kopinec, P.* 2013 Kvalita života v zariadení sociálnych služieb v Slovenskej republike. In: Opieka, edukacja, profilaktyka i resocjalizacja. - Lubin : Uczelnia Zawodowa Zagłębia Miedziowego w Lubinie, 2013. - S. 157-176
6. *Mačkinová, M.* 2011. Aktivity denného života seniorov. Bratislava : Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, 2011. s.251.
7. *Mojžišová, a kol.* 2000. Model canisterapie. In Kontakt., roč. II, č. 4, s.215-219.
8. *Narandžič, Z.* 2006. Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit. , Praha : Albatros, 2006, s.159.
9. *Stančiak, J.,* Kopáčiková, M. 2010. Ergoterapia ako súčasť liečby drogových závislostí. In: sborník Výchova a vzdelávanie v ošetrovatelstve zamerané na rozširujúcu rolu sestry – psychologička. Praha: Evropské vzdělávací centrum, 2010, s.153-162.
10. *Http://www.eurocanis.szm.com/o_canisterapii.html.*

Дата надходження рукопису до редакції: 09.08.2018 р.

About authors

Monika Mackinova – prof. PhDr., PhD.

Jaroslav Stanciak – assoc. prof. PhDr., PhD., MPH.

Department of Social Work, Faculty of Education in Bratislava of the Comenius university in Bratislava.

Оцінка ефективності програм профілактики ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які мають секс з чоловіками у Львівській області

КЗ ЛОР «Львівський обласний центр громадського здоров'я», м. Львів, Україна

Мета роботи – оцінити ефективність застосування профілактичних програм серед людей, що живуть з ВІЛ, зокрема для чоловіків, які мають секс з чоловіками.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були чоловіки, що мають секс з чоловіками, які проживають у Львівській області. Серед методів дослідження, які використовувалися в роботі, слід виділити клініко-анамнестичний, анкетування, статистичні методи.

Результати. За 2013-2017 роки відбулося зростання кількості обстежених чоловіків, що мають секс з чоловіками на ВІЛ з 623 по 1857, а кількість виявлених серед них ВІЛ-позитивних осіб знизилася з 1,12% до 0,38%. З 2013 по 2016 роки відмічалася тенденція до зростання відсотка чоловіків, що мають секс з чоловіками від загальної кількості ВІЛ-позитивних чоловіків, взятих під медичне спостереження (з 5,42% за 2013 рік до 11,91% за 2016 рік).

Висновки. Отримані результати свідчать про ефективність дії профілактичних програм серед чоловіків, що мають секс з чоловіками у Львівській області.

Ключові слова: чоловіки, які мають секс з чоловіками, ВІЛ, профілактичні програми, медичне спостереження.

Вступ

На сьогодні епідемічна ситуація характеризується високим рівнем поширення ВІЛ-інфекції, насамперед серед осіб, які належать до групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, у тому серед чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ) [1–3, 8]. Станом на 01.07.2018 р. в Львівській області знаходиться на обліку 3621 ВІЛ-інфікованих осіб, з них в стадії СНІДу – 1230 осіб (33,9 %).

Широкий спектр медичних проблем та недостатність інтегрованих медико-соціальних послуг для ЧСЧ впливають на масштаби проблеми в даній спільноті.

Реалізація заходів національної стратегії щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції здійснюється закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) у співпраці з неурядовими організаціями (НУО). Стратегія прискороного подолання епідемії ВІЛ-інфекції передбачає належне виявлення ЧСЧ, охоплення їх прийомом антиретровірусної терапії (АРТ), розробку і впровадження інноваційних підходів до боротьби з епідемією [4–6].

Керуючись загальнодержавною цільовою соціальною програмою протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу і зважаючи на епідеміологічну специфіку в області впроваджена комплексна програма надання медичної допомоги мешканцям Львівської області, до якої включені заходи протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Мета роботи – оцінити ефективність застосування профілактичних програм серед людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ), зокрема для ЧСЧ.

Матеріали та методи

Об'єктом дослідження були пацієнти ЧСЧ, які проживають у Львівській області. Серед методів дослідження, які використовувалися в роботі, слід виділити клініко-анамнестичний, анкетування, статистичні методи. Було проведено аналіз форм первинної облікової документації №502-1/о «Реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи» та №502-2/о «Повідомлення про зміни в реєстраційній карті ВІЛ-інфікованої особи», форм звітності №1-ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) за __ квартал 20_ року» (квартальна) та №2-ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) за 20_ рік» (річна), затверджених наказом МОЗ України від 05.03.2013 р. №180 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення» [7].

Результати дослідження та їх обговорення

На сьогодні Україна має національну стратегію щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції, яка затверджена на законодавчому рівні та має назву Закону України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки» від 20.10.2014 № 1708-VII, що забезпечить виконання цільових показників «90-90-90», а саме: 90% ВІЛ-інфікованих пацієнтів мають знати про свій ВІЛ-позитивний статус, з них 90% мають отримувати АРТ, а серед тих, які отримують АРТ 90% мають мати невизначене вірусне навантаження. Каскад надання послуг для ЛЖВ по Львівській області зображено на рисунку.

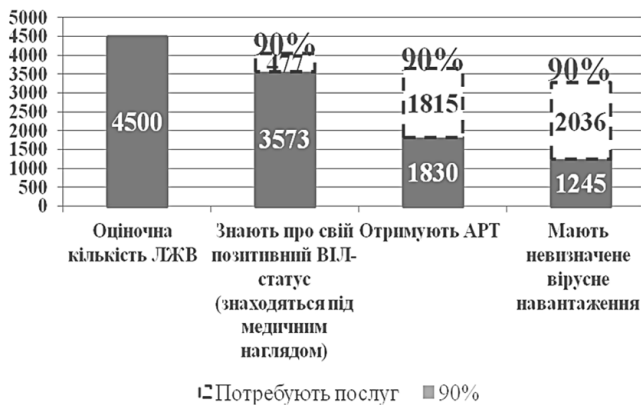


Рис. Каскад послуг для ЛЖВ станом на 01.01.2018 у Львівській області

Як видно з рисунку, 4500 ЛЖВ - оціночна кількість ЛЖВ у Львівській області станом на 01.01.2018 (усі вікові категорії). З них 3573 осіб (79,4%) знають про свій ВІЛ-позитивний статус (замість очікуваних 4050 осіб (90,0%)). Серед ЛЖВ з відомим ВІЛ-позитивним статусом 1830 (50,2%) отримують АРТ (замість очікуваних 3645 (90%)). А серед вище зазначених осіб лише 1245 (37,9%) мають невизначене вірусне навантаження (замість очікуваних 3281 (37,9%)). Серед представників ЛЖВ було детально проаналізовано можливу приналежність виявлених ЛЖВ до представників уразливих груп. В рамках проведеного дослідження хочемо більш детально зупинитися на проблемі поширення ВІЛ серед ЧСЧ.

На засіданні обласної координаційної ради з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам при ОДА 28.03.2017 затверджена оціночна кількість ЧСЧ у 10600 осіб.

Епідеміологічна ситуація в групі ЧСЧ у Львівській області є відносно стабільною. Впродовж 2011-2015 рр. кількість нових випадків ВІЛ-інфекції знаходиться на рівні 26-36 осіб за рік (6,0-8,5% від загальної кількості нових випадків). Проте за даними біоповедінкових досліджень поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ у м. Львові не знижується, а саме: у 2011 р. складає 6,8%, у 2013 р. – 2,6%, у 2015 р. – 5,1% і в 2017 р. – 5,8%.

Основний приріст поширеності спостерігається в групі до 25 років. Відсоток ЧСЧ з позитивним результатом тестування від протестованих ЧСЧ у неурядовій організації (НУО) – благодійний фонд (БФ) “Аванте” у 2016 р. склав 0,3% (2015 р. – 4,4%; 2014 р. – 5,4%; у 2013 р. – 4,6%). Договір про співробітництво з питань протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу також підписаний з Всеукраїнською благодійною організацією “Точка опори” щодо зменшення кількості захворювань на ВІЛ-інфекцію серед ЧСЧ шляхом тестування цієї уразливої групи.

ЧСЧ є найбільш стигматизованою та важкодоступною серед основних уразливих щодо ВІЛ груп. Згідно з результатами біоповедінкових досліджень, частка ЧСЧ, які впродовж 2011-2015 років пройшли тест на ВІЛ та одержали його результат не досягає 45% (2011 р. – 34%, 2013 р. – 44%, 2015 р. – 38%). Значення показника використання презервативу під час останнього статевого

контакту з чоловіком серед ЧСЧ м. Львова впродовж 2011-2015 рр. зменшується з 81% до 66%. 37% ЧСЧ знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається. За даними програмного моніторингу Альянсу (електронна база даних SYREX) охоплення ЧСЧ профілактичними послугами включно з тестуванням на ВІЛ залишається низьким (від 8,2% до 13,2%).

У 2015 р. охоплення ЧСЧ Львівської області профілактичними послугами за даними програмного моніторингу є низьким та становить лише 13,2%. Серед ЧСЧ 22% представників дозорної групи у м. Львові безкоштовно отримали презервативи, а пройшли тестування впродовж протягом останніх 12 місяців – 20%.

Для більшості ЧСЧ медичні послуги є доступними за місцем проживання. Часто при відвідуванні лікаря ЧСЧ не повідомляють йому про свою орієнтацію. ВІЛ-позитивний статус досі сприймається як стигма, саме тому ВІЛ-позитивні люди в певних ситуаціях приховують це (17% тих, хто робив тест і знає його результат, не хочуть повідомляти свій статус). Проте, знаючи свій ВІЛ-статус ЧСЧ мають доступ до програм лікування, в тому числі до безкоштовного прийому АРТ, догляду і підтримки. Значна частина ЧСЧ піклується про стан здоров'я, вони достатньо обізнані щодо інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСПШ) та досить регулярно відвідують лікарів, найчастіше дерматовенеролога.

КЗ ЛОР «Львівський обласний центр громадського здоров'я» спільно з БФ “Аванте” розроблено і запроваджено операційне керівництво щодо мережевого підходу для підвищення рівня охоплення профілактичними програмами ЧСЧ, а також маршрут клієнтів при виявленні ВІЛ-позитивних ЧСЧ.

БФ “Аванте” надає своїм клієнтам низку послуг з профілактики ВІЛ в 3 стаціонарних точках м. Львова, а яких працює по одному соціальному працівникові та по одному медичному працівникові. Існує адекватна система забезпечення презервативами, лубрикантами, швидкими тестами на ВІЛ та ПСПШ, а також інформаційно-просвітницькими матеріалами для ЧСЧ лише в рамках профілактичних програм, які здійснюються за рахунок коштів донорів.

Таким чином, у Львівській області активно діють програми профілактики ВІЛ серед ЧСЧ, що реалізується КЗ ЛОР «Львівський обласний центр громадського здоров'я» спільно з БФ “Аванте”.

Для проведення оцінки ефективності цих заходів проаналізовано дані щодо обстеження ЧСЧ на ВІЛ за 2013-2017 роки та виявлення серед них ВІЛ-позитивних. Отримані результати відображено в таблиці 1.

Як видно з табл. 1, з кожним роком все більша кількість ЧСЧ проходить обстеження на ВІЛ і під час проведення дотестового консультування інформують медичних працівників про свою сексуальну орієнтацію. Зростання числа обстежень серед ЧСЧ з 2013 по 2017 роки не дозволяє трактувати відповідні показники, як стрімке зростання їх кількості у Львівській області. Швидше за все, це можна пов'язати зі збільшенням кількості ЧСЧ, які розкривають свою сексуальну орієнтацію перед медичними працівниками, які проводять консультування

та тестування на ВІЛ. А це в свою чергу обумовлене підвищенням толерантності суспільства до ЧСЧ та зменшенням стигми та дискримінації, що є великою заслугою спільної узгодженої роботи КЗ ЛОР «Львівський обласний центр громадського здоров'я» з ВІЛ-сервісними неурядовими організаціями, зокрема з БФ «Аванте». Але при цьому кількість виявлених серед них ВІЛ-позитивних осіб з 2013 по 2017 рік знизилася з 1,12% до 0,38%.

Проведено аналіз охоплення вперше виявлених ВІЛ-позитивних осіб медичним спостереженням в КЗ ЛОР «Львівський обласний центр громадського здоров'я» за 2013-2017 роки, зокрема чоловіків, в тому числі ЧСЧ. Отримані результати відображено в табл. 2.

Таблиця 1

Динаміка обстеження ЧСЧ на ВІЛ та виявлення серед них ВІЛ-позитивних за 2013-2017 роки

Рік	Кількість осіб, обстежених за кодом 103 (ЧСЧ)	Виявлені серед них ВІЛ(+) результатів	
		абс.	%
2013	623	7	1,12
2014	143	11	7,69
2015	1178	5	0,42
2016	1634	12	0,73
2017	1857	7	0,38

Таблиця 2

Динаміка взяття під медичне спостереження в КЗ ЛОР «Львівський обласний центр громадського здоров'я» вперше виявлених ВІЛ-позитивних осіб, зокрема чоловіків, в т.ч. ЧСЧ за 2013-2017 роки

Рік	Загальна кількість взятих під медичне спостереження вперше виявлених ВІЛ-позитивних осіб	Кількість чоловіків серед осіб, взятих під медичне спостереження в даному році		Кількість ЧСЧ серед чоловіків, взятих під медичне спостереження в даному році	
		абс.	%	абс.	%
2013	418	277	66,27	15	5,42
2014	490	311	63,47	16	5,14
2015	454	290	63,88	21	7,24
2016	490	319	65,10	38	11,91
2017	460	305	66,30	20	6,56

Як видно з табл. 2, загальна кількість ВІЛ-інфікованих чоловіків серед усіх взятих під медичне спостереження за 2013-2017 роки залишається відносно стабільною (в межах від 63,47% до 66,30%). При цьому відмічається тенденція до деякого зростання кількості ЧСЧ, взятих під медичне спостереження за 2013-2016 роки (з 5,42% до 11,91%). В 2017 р. відзначимо деяке зниження відсотка ЧСЧ, взятих під медичне спостереження (6,56%) серед загальної кількості чоловіків, взятих під медичне спостереження. На перший погляд може здатися незрозумілим, чому під медичне спостереження було взято більшу кількість ВІЛ-позитивних ЧСЧ, ніж ті, в яких ВІЛ-позитивний статус встановлено в даному році (див. табл. 1). Насправді це означає те, що медичне спостереження також були взяті пацієнти, які були обстежені за попередні роки, але з певних причин ще не були взяті під спостереження в КЗ ЛОР «Львівський обласний центр громадського здоров'я».

Висновки

Проаналізовано стан надання послуг для ЛЖВ у Львівській області станом на 01.01.2018 р. Встановлено, що з 2013 по 2017 роки відбулося збільшення кількості обстежень серед ЧСЧ на ВІЛ з 623 по 1857. В той же час

за цей період часу кількість виявлених серед них ВІЛ-позитивних осіб знизилася з 1,12% до 0,38%. В той же час, з 2013 по 2016 роки відмічалася тенденція до зростання відсотка ЧСЧ від загальної кількості ВІЛ-позитивних чоловіків, взятих під медичне спостереження (з 5,42% за 2013 рік до 11,91% за 2016 рік). Це пояснюється зверненням за медичною допомогою ЧСЧ, в яких ВІЛ-статус був встановлений в попередніх роках за рахунок зниження стигми та дискримінації серед ЧСЧ в регіоні. Отримані результати свідчать про формування позитивних тенденцій щодо обстеження ЧСЧ на ВІЛ, виявлення серед них ВІЛ-позитивних та їх перебування під медичним спостереженням. Цього було досягнуто завдяки ефективності дії профілактичних програм серед ЧСЧ у Львівській області, в тому числі за рахунок співпраці з неурядовими організаціями.

Перспективи подальших досліджень

Планується подальша ефективна співпраця між КЗ ЛОР «Львівський обласний центр громадського здоров'я» з ВІЛ-сервісними неурядовими організаціями для того, щоб досягнути цільових стратегічних показників «90-90-90».

Література

1. Аналітичний звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2012 рік / Г. Берлева, К. Думчев, М. Касянчук та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» 2012. – 68 с.
2. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу: Звітний період 2015 р. – К. 2016. – 158 с.
3. Думчев К. Тренди захворюваності на ВІЛ серед клієнтів профілактичних програм для ЛВІН, ЧСЧ та ПКС / К. Думчев, Я. Сазонова, О. Варецька, П. Смирнов // БО «Український інститут політики громадського здоров'я». МБФ «Альянс громадського здоров'я». CROI 2017.
4. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління (аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року) / Є.С. Большов, М.Г. Касянчук та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 104 с.
5. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / Є.С. Большов, М.Г. Касянчук, Л.В. Трофіменко. – К.:МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. – 96 с.
6. Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2015 року / М. Касянчук, О. Трофименко, Є. Білоус, Я. Сазонова – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я».
7. Наказ МОЗ України від 05.03.2013 року №180 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації по ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення». [Електронний документ].– Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0495-13>.
8. Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Львівській області за 2016 і 2017 рік: інформаційний бюлетень. КЗ «Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом». 2017. 2018.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.09.2018 р.

Оценка эффективности программ профилактики ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих секс с мужчинами в Львовской области

М.Б. Служинская, О.Н. Кутинская,
Л.Р. Остапюк, А.Л. Сороколит, И.В. Чайка
КЗ ЛОР «Львівський обласний центр
громадського здоров'я», м. Львів, Україна

Цель работы – оценить эффективность применения профилактических программ среди людей, живущих с ВИЧ, в частности для мужчин, имеющих секс с мужчинами.

Материалы и методы. Объектом исследования были мужчины, имеющие секс с мужчинами, которые проживают во Львовской области. Среди методов исследования, которые использовались в работе, следует выделить клинико-anamnestический, анкетирование, статистические методы.

Результаты. В течении 2013-2017 лет произошел рост количества обследованных мужчин, которые имеют секс с мужчинами, на ВИЧ с 623 по 1857, а количество выявленных среди них ВИЧ-положительных лиц снизилось с 1,12% до 0,38%. С 2013 по 2016 годы отмечалась тенденция к росту процента мужчин, которые имеют секс с мужчинами, от общего количества ВИЧ-положительных мужчин, взятых под медицинское наблюдение (с 5,42% в 2013 году до 11,91% за 2016 год).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о эффективности действия профилактических программ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами во Львовской области.

Ключевые слова: мужчины, имеющие секс с мужчинами, ВИЧ, профилактические программы, медицинское наблюдение.

Assessment of the efficiency of HIV prevention programs for the men who have sex with men in the Lviv region

*M.B. Sluzhynska, O.N. Kutinsky,
L.R. Ostapiuk, A.L. Sorokolit, I.V. Chajka*
Lviv Regional Center of Public Health, Lviv, Ukraine

The purpose of the work is to assess the effectiveness of the use of prevention programs among people living with HIV, in particular for men who have sex with men.

Materials and methods. The object of the study was men who have sex with men, living in the Lviv region. Among the methods of research used in the work, one should highlight clinical and anamnestic, questionnaires, statistical methods.

Results. Over the years 2013-2017, there has been an increase in the number of HIV testing of men who have sex with men from 623 to 1857. The number of HIV-positive persons detected among them has decreased from 1.12% to 0.38%. From 2013 to 2016 there was a tendency to increase the percentage of men having sex with men from the total number of HIV-positive men taken for medical observation (from 5.42% in 2013 to 11.91% in 2016).

Conclusions. The obtained results testify the effectiveness of prevention programs among men who have sex with men in the Lviv region.

Key words: men having sex with men, HIV, prevention programs, medical observation.

Відомості про авторів

Служинська Мар'яна Богданівна – КЗ ЛОР “Львівський обласний центр громадського здоров'я», директор, вул. Лисенка, 45, м. Львів, Україна, 79008.

Кутинська Оксана Миколаївна – КЗ ЛОР “Львівський обласний центр громадського здоров'я», центр моніторингу і оцінки, лікар-інфекціоніст, вул. Лисенка, 45, м. Львів, Україна, 79008.

Остап'юк Леся Романівна – кандидат медичних наук, КЗ ЛОР “Львівський обласний центр громадського здоров'я», амбулаторно-поліклінічне відділення, лікар акушер-гінеколог, вул. Лисенка, 45, м. Львів, Україна, 79008.

Сороколіт Андрій Любомирович – КЗ ЛОР “Львівський обласний центр громадського здоров'я», амбулаторно-поліклінічне відділення, лікар-епідеміолог, вул. Лисенка, 45, м. Львів, Україна, 79008.

Чайка Ірина Володимирівна – КЗ ЛОР “Львівський обласний центр громадського здоров'я», заступник директора, вул. Лисенка, 45, м. Львів, Україна, 79008.

УДК 614.2:617.7.007.001.73(477)

С.Г. Саксонов

Наукове обґрунтування заходів з удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби в умовах реформування галузі

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета дослідження: обґрунтування заходів з удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби в умовах реформи охорони здоров'я.

Матеріал і методи: використано бібліографічний, соціологічний, медико-статистичний, інформаційно-аналітичний та експертний методи.

Результати. Комплексним медико-соціальним дослідженням встановлено недосконалість сучасної системи кадрового забезпечення офтальмологічної служби, її недостатню відповідність міжнародним стратегіям розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я, пріоритетам Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років.

На основі аналізу стратегічних та програмних документів міжнародного та національного рівнів, результатів власних досліджень, які включали аналіз статистичних даних про офтальмологічне здоров'я населення та діяльність офтальмологічної служби, соціологічних досліджень серед різних контингентів, включаючи фахівців офтальмологічного профілю, організаторів охорони здоров'я, населення, науково обґрунтовано комплекс заходів та відповідну функціонально-структурну модель удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби.

Висновки. Визначено стратегічні напрями та завдання удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби, якими є реформування системи навчання і оптимізація ефективності роботи; узгодження планування та інвестицій у розвиток кадрових ресурсів офтальмологічного профілю; нарощення кадрового потенціалу; вдосконалення механізмів аналізу та моніторингу кадрового забезпечення офтальмологічної служби.

Ключові слова: кадрове забезпечення, офтальмологічний профіль, стратегічні документи, заходи з удосконалення, думка споживачів та надавачів медичних послуг.

Вступ

Формування в країнах умов для реалізації кожною людиною найбільш можливого для досягнення потенціалу здоров'я є пріоритетним завданням, що відображено в Статуті ВООЗ та низці засадничих і програмних документів ООН, ВООЗ, ЄРБ ВООЗ. Світове співтовариство веде пошук шляхів вирішення численних проблем здоров'я, які викликані комплексом проблем, включаючи соціальні, економічні, екологічні, технологічні, політичні, культурологічні тощо. Глобалізаційні процеси сприяють поширенню багатьох вказаних проблем, посиленню їх несприятливої дії, що потребує обґрунтування підходів до їх попередження та мінімізації негативних наслідків. В даному контексті важливим є не тільки профілактивання, діагностування та лікування різних розладів здоров'я, але й створення умов для його зміцнення, а також поліпшення інших аспектів життя населення для досягнення високої якості життя [1-4].

Одним з таких засадничих документів є «Перетворення нашого світу: Порядок денний у сфері сталого розвитку на період до 2030 року», який ухвалено на Саміті Організації Об'єднаних Націй зі сталого розвитку у 2015 р. У Порядку денному представлено амбітні цілі щодо досягнення більш здорового, більш благополучного, інклюзивного та сталого світу і визначено часові рамки для їх реалізації. Цілі у сфері

сталого розвитку на період до 2030 року фактично визначають програму заходів, які необхідно вжити усім країнам світу, щоб заплановані бажані цілі стали реальністю. У документі ООН акцентується увага на тому, що цілі є взаємопов'язаними, їх виконання потребує активної партнерської взаємодії за участі різних причетних секторів суспільства. Важливу роль, при цьому, відведено принципу «нікого не залишити без уваги», який накладає обов'язки на країни щодо зосередження зусиль на тих, хто найбільше потребує захисту та підтримки, маючи достатніх ресурсів для задоволення нагальних потреб у різних сферах, включаючи охорону здоров'я [5].

Відповідно до положень Порядку денного у сфері сталого розвитку на період до 2030 р. ціллю №3 визначено міцне здоров'я і благополуччя під гаслом «Забезпечення здорового способу життя та добробуту людей будь-якого віку». В конкретизації цієї цілі акцентується увага країн на необхідності скорочення дитячої смертності, зміцнення материнського здоров'я, посиленні боротьби з ВІЛ/СНІДом, малярією та іншими захворюваннями, незважаючи на певні успіхи в даному напрямі.

Завдання з подолання глобального тягаря хвороб як етап у досягненні міцного здоров'я і благополуччя населення окреслено низкою документів ВООЗ, ЄРБ ВООЗ, насамперед «Здоров'я-2020: Основи політики і стратегія», «Здоров'я-2020: Основи Європейської політики в підтримку дій всієї держави і суспільства в

інтересах здоров'я та благополуччя», «Цільові орієнтири та індикатори для політики Здоров'я-2020», версія 4, «Здійснення концептуального бачення політики Здоров'я-2020: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я в XXI столітті. Реалізація задуманого» тощо [3, 6-8].

У більшості з цих стратегічних та програмних документів акцентується увага на комплексному підході до вирішення численних проблем здоров'я населення, який охоплює міжсекторальне співробітництво, зміцнення систем охорони здоров'я, інтеграцію різних медичних та немедичних служб, стратегічне управління, загальнодержавний підхід, підхід за участю усього суспільства, погляд у майбутнє, інноваційність, опору на фактичні дані, інклюзивність, колективний характер дій, адаптивність, оцінювання та підзвітність [3, 8].

Пріоритетна сфера політики «Здоров'я-2020» щодо зміцнення систем охорони здоров'я передбачає переорієнтацію систем охорони здоров'я для забезпечення сучасних потреб, відповіді на виклики та загрози з посиленням профілактичного напрямку, досягненням загального охоплення населення послугами охорони здоров'я, постійним поліпшенням якості медичних послуг, забезпеченням наступності та безперервності в наданні медичної допомоги тощо. Окреслене завдання потребує належного виконання усіх функцій системи охорони здоров'я, включаючи надання послуг, фінансування, управління, генерування ресурсів, у т.ч. таких важливих, як кадрові ресурси.

З огляду на вказане, актуальним завданням сьогодення є кадрове забезпечення системи охорони здоров'я [9-13].

Беручи до уваги поширеність патології органу зору та важкі її наслідки, включаючи сліпоту, питання профілактики хвороб ока та його придаткового апарату, надання якісної і доступної медичної допомоги пацієнтам офтальмологічного профілю потребують пріоритетного вирішення [14-16]. Актуальність даної проблеми посилюється в умовах трансформаційних змін в охороні здоров'я України, впровадження нових механізмів фінансування, управління, перерозподілу функцій між фахівцями різних ланок тощо [17-18]. Це обумовлює необхідність визначення перспективних шляхів і методів удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби в умовах сучасних реформаційних процесів в охороні здоров'я.

Метою роботи є обґрунтування заходів з удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби в умовах реформи охорони здоров'я.

Матеріали та методи

При виконанні дослідження використано бібліографічний, соціологічний, медико-статистичний, інформаційно-аналітичний та експертний методи.

Завданнями дослідження стали: аналіз вітчизняних та зарубіжних наукових джерел за тематикою дослідження; сучасна характеристика та аналіз динаміки кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я офтальмологічного профілю в Україні та в регіональному аспекті впродовж

2000-2015 рр.; соціально-гігієнічна характеристика та створення соціально-професійного портрету лікарів та середнього медичного персоналу офтальмологічного профілю, вивчення умов їх праці; визначення проблем здійснення професійної діяльності лікарів-офтальмологів та існуючих потреб в матеріально-технічному, нормативно-правовому, навчально-методичному, інформаційному забезпеченні; оцінка якості трудового життя фахівців офтальмологічного профілю та задоволеності умовами праці, її оплатою, наявною системою підвищення мотивації; визначення комплексу заходів з удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби в умовах реформування галузі; наукове обґрунтування і розробка функціонально-структурної моделі кадрового забезпечення офтальмологічної служби.

Науковою базою дослідження стали заклади охорони здоров'я низки областей України та м. Києва. Джерельна база включала дані наукової літератури, стратегічні і програмні документи ООН, ВООЗ, ЄРБ ВООЗ, нормативно-правові документи, що регламентують організацію національної системи охорони здоров'я, матеріали Державної служби статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України, дані соціологічних досліджень.

Згідно з програмою дослідження за допомогою розробленого інструментарію – Анкети для фахівців офтальмологічного профілю «Вивчення підготовки, умов праці та обсягів діяльності фахівців офтальмологічного профілю в умовах реформування охорони здоров'я» було проведено анонімне анкетування лікарів-офтальмологів та середнього медичного персоналу різних закладів охорони здоров'я України.

Соціологічний інструментарій включав демографічні, медико-соціальні питання, як то вік, стать, місце проживання, стан здоров'я, якість життя, а також питання професійної спрямованості, а саме місце роботи, посада, стаж роботи, оцінка та самооцінка кваліфікації, компетентності, наявності проблем соціально-економічного, матеріально-технічного, психологічного характеру тощо, потреби в здійсненні професійної діяльності, думка щодо заходів з підвищення результативності роботи.

Водночас, було вивчено думку населення щодо якості та доступності послуг, які надають фахівці офтальмологічного профілю, чутливості системи до потреб пацієнтів з проблемами зору, рівня сервісних послуг, шляхів удосконалення роботи з обслуговування населення з хворобами ока та його придаткового апарату.

З метою всебічного врахування різних аспектів організації кадрового забезпечення було вивчено думку організаторів охорони здоров'я щодо пріоритетних напрямів дій, яку враховано при обґрунтуванні комплексу заходів.

За статистичними даними та даними соціологічних досліджень було визначено обсяг проблем офтальмологічного характеру, які вирішуються в закладах охорони здоров'я, їх динаміку.

Було проаналізовано дані наукової літератури, нормативно-правові, стратегічні і програмні документи

національного та міжнародного рівня, у т.ч. ООН, ВООЗ, ЄРБ ВООЗ, які стосуються розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я та забезпечення населення офтальмологічною допомогою. Синтез усіх проаналізованих у ході дослідження матеріалів було покладено в основу обґрунтування заходів з удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби в умовах реформування галузі та розробки відповідної функціонально-структурної моделі.

Результати дослідження та їх обговорення

З огляду на імплементацію в Україні стратегічних і програмних документів ВООЗ, ЄРБ ВООЗ, для обґрунтування заходів з удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби важливе значення має аналіз нового курсу в охороні здоров'я, який викладено в наступних документах: «Здоров'я-2020: Основи Європейської політики в підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я та благополуччя», Глобальній стратегії з кадрових ресурсів охорони здоров'я: Трудові ресурси-2030, Рамковій основі для дій «На шляху до забезпечення стійких кадрів охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ», «Загальний доступ до здоров'я очей: Глобальний план дій на 2014-2019 рр.».

Аналіз «Здоров'я -2020: Основи Європейської політики в підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я та благополуччя» дозволив переконатись у важливості задекларованих у документів пріоритетних сфер, які стосуються боротьби з неінфекційними та інфекційними хворобами, що включають хвороби ока та його придаткового апарату; інвестування у здоров'я на всіх етапах життя людини; зміцнення систем охорони здоров'я з орієнтацією на людину; забезпечення стійкості місцевих громад, які формуватимуть підтримуюче середовище. В політиці «Здоров'я-2020» представлено принципи та інструментарій, які дозволяють досягнути прогресу в пріоритетних сферах діяльності в охороні здоров'я, що необхідно використовувати при плануванні реформаторських змін.

Оскільки стійкість систем охорони здоров'я безпосередньо залежить від їх невід'ємної складової - кадрових ресурсів, особливий інтерес з точки зору обґрунтування заходів з поліпшення кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я фахівцями офтальмологічного профілю представляє аналіз Глобальної стратегії з кадрових ресурсів охорони здоров'я: Трудові ресурси-2030.

Перспективне бачення Глобальної стратегії з кадрових ресурсів охорони здоров'я полягає у прискоренні прогресу в досягненні загального охоплення послугами охорони здоров'я та Цілей ООН у сфері сталого розвитку шляхом забезпечення справедливого доступу населення до працівників охорони здоров'я в рамках стійких систем охорони здоров'я. Принципами Глобальної стратегії проголошено право на найвищий досяжний рівень здоров'я, соціально орієнтовані комплексні послуги

охорони здоров'я без стигматизації та дискримінації, сприяння зацікавленим громадам, підтримка особистих і професійних прав усіх працівників охорони здоров'я, гендерна рівність, міжнародне співробітництво і солідарність, дотримання етичних норм при прийомі на роботу, мобілізація і підтримка політичних та фінансових зобов'язань, залучення і співпраця усіх секторів та усіх зацікавлених сторін, сприяння інноваціям та використання фактичних даних.

Визначені Глобальною стратегією конкретні цілі передбачають оптимізацію ефективності, якості і впливу трудових ресурсів охорони здоров'я за допомогою заснованої на фактичних даних політики; узгодження інвестицій в кадрові ресурси охорони здоров'я з існуючими і перспективними потребами населення і систем охорони здоров'я; створення потенціалу установ на різних рівнях для ефективного керівництва політикою та діяльністю у вказаній сфері; зміцнення даних про кадрові ресурси охорони здоров'я для моніторингу та забезпечення підзвітності. При цьому надання послуг працівниками охорони здоров'я необхідно розглядати через призму критеріїв наявності кадрових ресурсів охорони здоров'я, їх доступності, прийнятності, охоплення послугами та їх якості.

В Глобальній стратегії з кадрових ресурсів охорони здоров'я наголошено на необхідності розгляду питань стійкості трудових ресурсів охорони здоров'я як динамічного процесу. Цей процес має спрямовуватися на реалізацію політики щодо забезпечення і підтримки медичних кадрів, для задоволення наявних потреб населення в послугах охорони здоров'я. У ході планування та реалізації відповідних стратегій потрібно орієнтуватися на національні пріоритети в охороні здоров'я, існуючі ресурси та міжнародні зобов'язання кожної країни. Обов'язкового врахування вимагають питання існуючого дефіциту ресурсів, їх міграції, проблем ресурсного забезпечення тощо.

Дослідження положень Рамкової основи для дій «На шляху до забезпечення стійких кадрів охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ» дозволило виявити головні стратегічні завдання щодо кадрової політики в охороні здоров'я, які полягають у перетворенні системи навчання і оптимізації ефективності роботи; узгодженні планування та інвестицій; нарощенні потенціалу; вдосконаленні механізмів аналізу та моніторингу. Кожне стратегічне завдання розглядається під кутом варіантів політики, які є важливим підґрунтям для формування заходів з удосконалення кадрового забезпечення як на національному, так і на регіональному чи місцевому рівні, як для фахівців усіх профілів і рівнів медичної допомоги, так і для конкретного профілю чи рівню.

Особливий інтерес у ході даного дослідження становив аналіз документу «Загальний доступ до здоров'я очей: Глобальний план дій на 2014-2019 рр.», який дозволяє визначити найбільш ефективні і прийнятні стратегії для поліпшення кадрового забезпечення охорони здоров'я саме фахівцями офтальмологічного профілю. Головною метою Глобального плану дій на 2014-2019 рр. є скорочення масштабів і попередження порушень зору як

однієї з глобальних проблем охорони здоров'я та забезпечення доступу до реабілітаційних послуг для тих, хто їх потребує. Це досягається шляхом реалізації трьох цілей, а саме: отримання фактичних даних про масштаби і причини порушень зору, про офтальмологічні служби та їх використання для відстеження прогресу, визначення пріоритетів і пропаганди політичної та фінансової підтримки з боку держави з метою зміцнення здоров'я очей; сприяння в розробці та реалізації комплексної національної політики, планів і програм у сфері здоров'я очей для поліпшення загального доступу до офтальмологічних послуг; реалізації міжгалузевих проєктів і ефективних партнерств зі зміцнення здоров'я очей.

Визначальними документами в процесі обґрунтування заходів з поліпшення кадрового потенціалу офтальмологічного профілю стали Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років та Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні.

Національною стратегією визначено шляхи та конкретні дії, спрямовані на реформування системи надання послуг, з пріоритетом на первинну ланку; перебудову мережі лікарень, формування громадського здоров'я, зміну системи фінансування, управління, запровадження контрактування персоналу, розвитку системи безперервної медичної освіти тощо. В Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні закладено важливі постулати про залучення медичних працівників усіх рівнів, насамперед первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, до виконання окремих завдань у сфері громадського здоров'я та розширення їх повноважень щодо надання послуг у сфері громадського здоров'я, починаючи від профілактичних і закінчуючи паліативними.

Власне, виходячи з концептуальних положень представлених міжнародних і національних документів, визначено низку конкретних завдань даного дослідження щодо масштабів поширення хвороб ока та його додаткового апарату, кадрового забезпечення офтальмологічних служб, встановлення існуючих проблем у фахівців офтальмологічного профілю в Україні, вивчення їх потреб тощо.

Дослідження впродовж 2005-2015 рр. статистичних даних про кадрове забезпечення офтальмологічної служби в Україні дозволило виявити тенденцію до його скорочення в закладах різних рівнів. Встановлено, що темп зменшення забезпеченості досягнув - 8,6%. Виявлено, що забезпечення населення лікарями-офтальмологами в окремих областях відрізнялося у 8,9 разу. При цьому, скорочення забезпеченості населення офтальмологами спостерігалось в 9 областях, зростання – в 15 відповідно. Лідерами забезпечення кадрами офтальмологічної служби були м. Київ, Івано-Франківська, Львівська, Чернівецька, Запорізька області. низькою була Проте, низьку забезпеченість населення офтальмологами виявлено в закладах охорони здоров'я Кіровоградської, Донецької, Луганської, Херсонської областей. Негативні тенденції до зменшення забезпеченості населення дитячими офтальмологами

виявлено у 17 областях. Різниця у кадровому забезпеченні дитячого населення дитячими офтальмологами на окремих адміністративних територіях становила 7,3 разу.

Аналіз статистичних даних дозволив виявити тенденцію до скорочення укомплектованості штатних посад офтальмологів зайнятими на 4,4%.

Встановлено також високий рівень кваліфікації лікарів офтальмологічного профілю: 52,9% усіх атестованих мали вищу категорію, 32,0% - першу, 15,1% - другу відповідно.

Для поглибленого аналізу проблем кадрового забезпечення офтальмологічної служби, причин негативних тенденцій було проведено соціологічне дослідження серед лікарів офтальмологічного профілю та середнього медичного персоналу. Здійснено анонімне анкетування фахівців офтальмологічного профілю різних статево-вікових груп, з різним стажем роботи тощо.

Соціологічний портрет працівників офтальмологічного профілю закладів охорони здоров'я свідчить про те, що це переважно жінки, здебільшого жителі міст, що мають середній або допенсійний вік, відмінності в стажі роботи за спеціальністю. Обґрунтовану тривогу викликає той факт, що п'ята частина працюючих є пенсіонерами за віком. Зважаючи на незначну частку молоді у структурі працівників офтальмологічної служби, очевидним є несприятливе кадрове забезпечення офтальмологічної ланки медичної допомоги на найближчу та далеку перспективу. При цьому виявлено несприятливе матеріальне становище значної частини опитаних, оскільки третина з них вважають себе недостатньо забезпеченими і вимушені працювати за сумісництвом для покращення матеріального стану, а кожен десятий фахівець визнає себе малозабезпеченим. Лише трохи більше половини опитаних вважають себе добре забезпеченими.

За результатами соціологічного дослідження визнали себе висококваліфікованим спеціалістом $65,2 \pm 3,3$ на 100 опитаних лікарів офтальмологічного профілю, так не вважали $12,4 \pm 2,3$ на 100 опитаних, не змогли визначитися $22,3 \pm 2,9$ на 100 опитаних. Отже, впевнені у своїй високій кваліфікації практично дві третини опитаних. Викликає питання той факт, що кожен п'ятий не може визначитися з такою оцінкою. Це може свідчити про критичне ставлення до своїх знань і вмінь, що потребує уточнення та допомоги у підвищенні компетентностей та впевненості в них. Факт критичної оцінки своїх професійних якостей кожним дев'ятим може обумовлюватися малим стажем роботи, справедливою оцінкою своєї компетенції та іншими причинами.

Згідно з вимогами більше половини опитаних відвідувала курси підвищення кваліфікації 1 раз на 5 років. Хоча, $12,4 \pm 2,3$ на 100 опитаних проходили обов'язкове підвищення кваліфікації рідше ніж 1 раз на 5 років. А $12,9 \pm 2,3$ на 100 опитаних не відвідували курси професійного вдосконалення що вимагає з'ясування причин. Чинниками, які негативно впливали на підвищення кваліфікації, були висока вартість витрат на дорогу та проживання, неможливість відриву від роботи, зменшення заробітку на період навчання, комерціалізація деяких форм підвищення кваліфікації.

Водночас встановлено, що кожен третій лікар усвідомлював важливе значення підвищення кваліфікації для подальшого професійного зростання, кожен четвертий – перспективи поліпшення матеріального становища та авторитету серед пацієнтів і співробітників. Показово, що $75,0 \pm 3,0$ на 100 опитаних лікарів офтальмологічного профілю підтвердили потребу у підвищенні кваліфікації, що свідчить про необхідність пошуку її нових форм і методів.

Оскільки стан здоров'я багато в чому визначає результативність роботи медичного персоналу, було досліджено рівень здоров'я фахівців офтальмологічного профілю, основні проблеми, пов'язані зі здоров'ям. У ході дослідження встановлено, що $11,1 \pm 2,1$ на 100 опитаних оцінюють рівень свого здоров'я як дуже добрий, ще $34,3 \pm 3,2$ на 100 опитаних – як добрий. Викликає обґрунтовану тривогу той факт, що третина опитаних вважають своє здоров'я задовільним, а $18,5 \pm 2,6$ на 100 опитаних взагалі оцінюють його як поганий і $2,8 \pm 1,2$ на 100 опитаних – як дуже поганий. Більше половини респондентів підтвердили наявність в анамнезі хронічних захворювань. На часті гострі захворювання поскаржилися $48,6 \pm 3,4$ на 100 опитаних. Несприятливим з точки зору здоров'я в майбутньому є низька медична активність значної частини лікарів офтальмологічного профілю, яка обумовлена низкою різних причин.

Виявлено, що негативно впливають на стан здоров'я лікарів-офтальмологів значне виробниче навантаження, необхідність роботи за сумісництвом для поліпшення матеріального становища, велика нервово-емоційна напруга, недостатнє технологічне забезпечення лікувально-діагностичного процесу, несприятливий психологічний клімат у колективі, погані побутові умови на робочому місці тощо.

Відомо, що важливим чинником забезпечення якості та доступності медичної допомоги офтальмологічного профілю є належне ресурсне забезпечення. Вивчення думки лікарів-офтальмологів щодо особливостей здійснення лікувально-діагностичного процесу, виявило, що $56,9 \pm 3,3$ на 100 опитаних вважають високою чи дуже високою якість послуг з офтальмологічної допомоги, тоді як $38,4 \pm 3,3$ на 100 опитаних – низькою.

Встановлено низку чинників, які, на думку опитаних, негативно впливають на якість наданих фахівцями медичних послуг. Так, недостатність фахівців, яка обумовлює надмірне навантаження на працюючих, відмітили $63,3 \pm 3,3$ на 100 опитаних; погане матеріально-технічне забезпечення – $38,5 \pm 2,2$, застарілі медичні технології – $37,6 \pm 3,3$; брак фінансових ресурсів і низьку оплату праці як наслідок – $45,9 \pm 3,4$ та відсутність матеріальних та нематеріальних стимулів – $52,8 \pm 3,4$; недостатність інформаційних ресурсів, у т. ч. відсутність комп'ютерних технологій – $34,9 \pm 3,2$ і доступу до мережі інтернет – $36,2 \pm 3,3$ відповідно.

З іншого боку, в процесі соціологічного опитування виявлено негативний вплив на якість роботи недосконалість організаційних технологій, що $35,3 \pm 3,3$ на 100 опитаних. Зокрема, на погану організацію праці як причину низької ефективності роботи вказали та $27,5 \pm 3,0$

на 100 опитаних. Акцентувалася увага на низькій координації роботи з іншими допоміжними службами, на поганому мікрокліматі в колективі, який відзначили $12,8 \pm 2,3$ на 100 опитаних. Водночас, $26,5 \pm 3,3$ на 100 респондентів вказали на погані санітарно-гігієнічні умови праці, $37,2 \pm 3,3$ – на відсутність можливості професійного навчання протягом всього професійного життя та $33,0 \pm 3,3$ відповідно – на відсутність перспектив кар'єрного зростання.

Лікарі-офтальмологи визначили чинники, які на їх думку, позитивно позначаються на ефективності надання офтальмологічних послуг. Ними є належне кадрове, матеріально-технічне, фінансове, інформаційне забезпечення, досконалість організаційних технологій та умов праці.

Важливим для обґрунтування заходів з оптимізації кадрового забезпечення офтальмологічної служби є думка середнього медичного персоналу про перерозподіл обов'язків між лікарями і фахівцями середньої ланки у бік вивільнення лікарів від здійснення рутинних видів діяльності. Ці думки знайшли схвалення серед лікарів. На думку фахівців, доцільним є передача середньому медичному персоналу виконання досліджень з рефрактометрії, тонометрії, візометрії для вивільнення часу спеціалістів. Заслуговує на увагу встановлена у ході дослідження думка про можливість проведення фахівцями без медичної освіти досліджень з оптичної когерентної томографії, флуоресцентної ангіографії, периметрії.

Респондентами офтальмологічного профілю та організаторами охорони здоров'я запропоновано внести до класифікатора професій спеціалізацію «оптометрист» (рівень освіти - неповна вища медична, середня спеціальна медична). І фахівцями, і організаторами охорони здоров'я підтверджено необхідність удосконалення освітніх програм на дипломному та післядипломному рівнях, забезпечення безперервного професійного розвитку протягом всього життя.

На основі отриманих результатів дослідження визначено основні напрями вдосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби та відповідні пріоритетні заходи. Враховано положення стратегічних та програмних документів: «Здоров'я-2020: Основи Європейської політики в підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я та благополуччя», Глобальна стратегія з кадрових ресурсів охорони здоров'я: Трудові ресурси-2030, Рамкова основа для дій «На шляху до забезпечення стійких кадрів охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ», «Загальний доступ до здоров'я очей: Глобальний план дій на 2014-2019 рр.». В основу обґрунтування покладено стратегічні напрями державної політики в охороні здоров'я, викладені в Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 роки, результати соціологічних досліджень, проведених серед лікарів та середнього медичного персоналу закладів охорони здоров'я офтальмологічного профілю, організаторів охорони здоров'я та пацієнтів. Отримані результати щодо медико-соціального портрету фахівців офтальмологічного профілю, стану їх здоров'я, кваліфікації, знань та

компетентностей, умов життя та праці, ресурсного та організаційного забезпечення, сучасних матеріально-технічних, фінансових, технологічних, інформаційно-освітніх та інших потреб, думки щодо перспективного бачення шляхів професійного розвитку є важливою передумовою обґрунтування заходів з удосконалення надання офтальмологічної допомоги населенню та підвищення її якості.

Основними напрямками вдосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби визначено моніторинг та оцінка масштабів і причини порушень зору, діяльності офтальмологічної служби, її ресурсного, у т.ч. кадрового забезпечення; розробка та реалізація комплексної національної політики і програми у сфері здоров'я очей для забезпечення загального доступу до офтальмологічних послуг; реалізація міжгалузевих проектів і ефективних партнерств зі зміцнення здоров'я очей.

Стратегічними завданнями є реформування системи навчання і оптимізація ефективності роботи; узгодження планування та інвестицій у розвиток кадрових ресурсів; нарощення кадрового потенціалу; вдосконалення механізмів аналізу та моніторингу кадрового забезпечення.

В межах кожного з завдань визначено пріоритетні заходи, які включають забезпечення безперервного навчання протягом усього життя, використання інформаційно-комунікаційних технологій, удосконалення акредитації вищих медичних закладів, підвищення потенціалу і якості роботи навчальних закладів, підтримка ефективності роботи кадрів офтальмологічного профілю, рівня їх мотивації і задоволеності результатами своєї праці, створення умов для гідної праці і підтримки сприяючого виробничого середовища, приведення інвестицій у кадрові ресурси офтальмологічного профілю у відповідність з сучасними і майбутніми потребами населення та системи охорони здоров'я, ефективне планування, стимулювання інвестицій в створення нових робочих місць, комплексний аналіз ринку праці, розробка планів на основі кількісної оцінки потреб в офтальмологічних кадрах, стимулювання багато-секторальних дій, оптимізація професійно-кваліфікаційної структури офтальмологічних кадрів, інвестування в довгострокове стратегічне управління, нарощування потенціалу установ, які займаються питаннями забезпечення, поліпшення і зміцнення відповідних інституційних умов, поліпшення доказової бази, вдосконалення даних і комп'ютерних програм, застосування аналітичних підходів до формування політики та планування кадрових ресурсів охорони здоров'я офтальмологічного профілю.

На основі результатів досліджень науково обґрунтовано сучасну функціонально-структурну модель кадрового забезпечення офтальмологічної служби, яка отримала позитивну оцінку експертів. Визначено її мету, функції, структури, відповідальні за реалізацію кожної з функцій, включаючи планувальну, управлінсько-організаційну, координаційну, нормативно-правову,

інформаційно-аналітичну, освітню, науково-дослідницьку, комунікативну.

Висновки

У стратегічних та програмних документах міжнародного і національного рівнів, які визначають шляхи розвитку системи охорони здоров'я будь-якої країни, наголошено на необхідності вирішення численних проблем у сфері охорони здоров'я та забезпечення узгодженої співпраці різних секторів суспільства в інтересах пацієнтів, громад та населення. Успішне вирішення сучасних проблем здоров'я нерозривно пов'язано з удосконаленням кадрового забезпечення охорони здоров'я фахівцями різних профілів медичної допомоги, що потребує поглибленого вивчення та комплексного підходу.

Комплексним медико-соціальним дослідженням встановлено недосконалість сучасної системи кадрового забезпечення офтальмологічної служби, її недостатню відповідність рекомендаціям ВООЗ, ЄРБ ВООЗ, міжнародним стратегіям щодо протидії глобальному тягарю хвороб, розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я, пріоритетам Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років, що потребувало наукового обґрунтування її оптимізації.

Наукове обґрунтування заходів з удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби здійснено на основі аналізу стратегічних та програмних в охороні здоров'я міжнародного та національного рівнів, результатів власних досліджень, які включали аналіз статистичних даних про офтальмологічне здоров'я населення та діяльність офтальмологічної служби, соціологічних досліджень серед різних контингентів, включаючи фахівців офтальмологічного профілю, організаторів охорони здоров'я, населення.

За результатами виявлення існуючих проблем в діяльності фахівців офтальмологічного профілю, наявних потреб та їх думки щодо перспектив розвитку медичної допомоги офтальмологічного профілю обґрунтовано та розроблено комплекс заходів з удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби, відповідну функціонально-структурну модель.

Перспективи подальших досліджень

Враховуючи стратегічний напрям розвитку систем охорони здоров'я щодо забезпечення загального доступу до здоров'я очей, доступності та якості офтальмологічної допомоги населенню, вивчення питань реалізації комплексу заходів з удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби на різних рівнях управління охороною здоров'я, в закладах різних форм власності є важливими складовими для цілісного вирішення проблеми та основою для моніторингу кадрового забезпечення у подальших процесах оптимізації надання офтальмологічної медичної допомоги.

Література

1. *Устав* (Конституція) Всемирной организации здравоохранения / [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf?ua=1>.
2. *Доклад* о человеческом развитии 2016. Человеческое развитие для всех и каждого. / [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_RU_Overview_Web.pdf.
3. *Health 2020*. A European policy framework and strategy for the 21st century. – Copenhagen WHO EURO, 2011. – 190 p.
4. *Доклад* о состоянии здравоохранения в Европе. 2015 г. Целевые ориентиры и более широкая перспектива – новые рубежи в работе с фактическими данными / Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2015. – 157 с.
5. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development* / [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
6. *Global status report on noncommunicable diseases 2014* «Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility». – Geneva: WHO, 2014. – 302 p.
7. *Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье-2020*. Версия 4 (2018 г.) / [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2018/targets-and-indicators-for-health-2020.-version-4-2018>.
8. *Осуществление* концептуального видения политики Здоровье-2020: стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке. Реализация задуманного [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/249497/Implementing-a-Health-2020-Vision-Governance-for-Health-in-the-21st-Century-Rus.pdf.
9. *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>).
10. *Human Resources for Health in the WHO European Region* / WHO Regional Office for Europe. - Copenhagen, 2006, 249 p.
11. *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 / DRAFT 1.0 submitted to the Executive Board (138th Session)* // Health workforce department World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2016, 38 p.
12. *The toolkit for a sustainable health workforce in the WHO European Region* / WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2018, 82 p.
13. *Towards a sustainable health workforce in the WHO European Region: framework for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/343946/67wd10e_HRH_Framework_170677.pdf).
14. *Universal eye health: a global action plan 2014-2019*. / http://www.who.int/blindness/AP2014_19_English.pdf?ua=1.
15. *International Agency for the Prevention of Blindness: 2010 report*. London: International Agency for the Prevention of Blindness; 2010 (http://www.iapb.org/sites/iapb.org/files/State%20of%20the%20World%20Sight_2010.pdf).
16. *Global data on visual impairments 2010*. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/blindness/publications/globaldata/en>).
17. *Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр.* – Київ, 2015. – 41 с.
18. *Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні.* – 2016. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20160309_0_dod.pdf.

Дата надходження рукопису до редакції: 29.08.2018 р.

Научное обоснование мер по совершенствованию кадрового обеспечения офтальмологической службы в условиях реформирования отрасли

С.Г. Саксонов

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель исследования: обоснование мероприятий по совершенствованию кадрового обеспечения офтальмологической службы в условиях реформы здравоохранения.

Материал и методы: использованы библиографический, социологический, медико-статистический, информационно-аналитический и экспертный методы.

Результаты. Комплексным медико-социальным исследованиям установлено несовершенство современной системы кадрового обеспечения офтальмологической службы, ее недостаточное соответствие международным стратегиям развития кадровых ресурсов здравоохранения, приоритетам Национальной стратегии реформирования системы здравоохранения в Украине на период 2015-2020 годов.

На основе анализа стратегических и программных документов международного и национального уровней, результатов собственных исследований, включающих анализ статистических данных об офтальмологическом здоровье населения и деятельности офтальмологической службы, социологических исследований среди различных контингентов, включая специалистов офтальмологического профиля, организаторов здравоохранения, население, научно обоснованы комплекс мероприятий и соответствующая функционально-структурная модель совершенствования кадрового обеспечения офтальмологической службы.

Выводы. Определены стратегические направления и задачи совершенствования кадрового обеспечения офтальмологической службы, каковыми являются реформирование системы обучения и оптимизация эффективности работы; согласование планирования и инвестиций в развитие кадровых ресурсов офтальмологического профиля; наращивание кадрового потенциала; совершенствование механизмов анализа и мониторинга кадрового обеспечения офтальмологической службы.

Ключевые слова: кадровое обеспечение, офтальмологический профиль, стратегические документы, мероприятия по совершенствованию, мнение потребителей и поставщиков медицинских услуг.

Scientific grounding of measures to improve the staffing of the ophthalmology service in conditions of reform

S.G. Saksonov

Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine

The aim of the study: substantiation of measures for improvement of staffing of the ophthalmology service in the context of health care reform.

Materials and methods: bibliographic, sociological, medical-statistical, informational-analytical and expert methods were used.

Results. The comprehensive medical and social research has identified the imperfection of the modern system of personnel providing of the ophthalmology service, its inadequate compliance with international strategies for the development of human resources of health care and the priorities of the National Health Reform Strategy for Ukraine 2015-2020.

Based on the analysis of strategic and program documents of the international and national levels, the results of their own studies, which included the analysis of statistical data on eye health of the population and the activity of the ophthalmology service, sociological researches among various contingents, including ophthalmology specialists, organizers of health care, population, it has been scientifically substantiated the set of measures and the appropriate functional and structural model for improving the staffing of the ophthalmology service.

Conclusions. The strategic directions and tasks of the improvement of staffing of the ophthalmology service are defined, which are the reforming of the training system and optimization of work efficiency; coordination of planning and investments in the development of personnel resources of the ophthalmology profile; staffing capacity building; improvement of the mechanisms of analysis and monitoring of staffing of the ophthalmology service.

Key words: staffing, ophthalmology profile, strategic documents, improvement measures, opinion of consumers and providers of health services.

Відомості про автора

Саксонов Станіслав Геннадійович – асистент кафедри офтальмології, пошукач кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О.Богомольця.

УДК 614.2:616-082-053.2:001.8

О.Б. Олексюк

Стан і динаміка організації надання медичної допомоги дітям у денних стаціонарах

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

Мета – вивчити стан госпіталізації дітей Львівської області у денні стаціонари за 2008-2017 рр. та порівняти її із станом госпіталізації дітей у стаціонарні відділення лікарень.

Матеріали та методи. Проаналізовані дані звітів закладів охорони здоров'я Львівської області про їх діяльність (фф. №20 МОЗ України) за 2008-2017 рр. Використано методи: статистичний, аналітичний, порівняльного аналізу.

Результати та висновки. З 2008 до 2017 рр. показник забезпеченості дітей області ліжками у дитячих денних стаціонарах знизився на 10,1% (до 3,6‰), а рівні госпіталізації дітей зросли на 61,3% (до 213,6‰) за рахунок зростання обігу ліжка на 77,4% (до 59,4) та зменшення кількість дітей області на 5,7%. За цей же період забезпеченість дітей області ліжками в стаціонарах лікарень знизилась на 8,8% (до 53,2‰) з одночасним зростанням частоти госпіталізації на 13,6% (до 2097,4‰) та обігу ліжка на 22,0% (до 39,4).

Обіг ліжка денних стаціонарів області перевищував показники по Україні. Нижчі, у порівнянні із середньоукраїнськими, рівні госпіталізації дітей області в денні стаціонари були пов'язані із нижчим рівнем забезпеченості дітей області ліжками, а не з інтенсивністю їх використання.

Ключові слова: госпіталізація, денні стаціонари, стаціонари, діти.

Вступ

Реформування системи охорони здоров'я України нерозривно пов'язане із переорієнтацією галузі на пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги, перехід до сімейної медицини, широке запровадження стаціонарозамінних форм медичного обслуговування населення [1-4]. Одним із реальних механізмів раціоналізації медичної допомоги, підвищення її доступності та якості є розвиток різнопрофільних денних стаціонарів (ДС), медико-соціальну та економічну ефективність яких доведено вітчизняною та зарубіжною практикою [2-5].

Мета роботи – вивчити стан організації госпіталізації дітей Львівської області у ДС за 2008-2017 рр. Провести порівняльний аналіз із рівнями госпіталізації дітей у стаціонарні відділення лікарень (стаціонари).

Матеріали та методи

Дослідження та необхідні розрахунки проведені за даними звітів закладів охорони здоров'я Львівської області про їх діяльність (фф. №20 МОЗ України) за період 2008-2017 рр. Використано такі методи: статистичний, аналітичний, порівняльний аналіз.

Результати дослідження та їх обговорення

За досліджуваний період кількість ліжок у ДС для дітей Львівської області зменшилась на 14,3% (з 203 ліжок у 2008 р. до 174 ліжок у 2017 р.), а показник забезпеченості дітей області ліжками ДС знизився на 10,1% (з 4,0 на 10

тис. дітей у 2008 р. до 3,6 на 10 тис. дітей у 2017 р.). Забезпеченість дітей області стаціонарними ліжками також знизилась на 8,8% (з 58,3 на 10 тис. дітей у 2008р. до 53,2 на 10 тис. дітей у 2017р.) (рис. 1). При цьому, слід зазначити, що за цей десятирічний період кількість дітей у віці 0-17 років в області зменшилась на 5,7% (з 513,0 тисяч у 2008 р. до 483,6 тис. у 2017 р.).

Порівняння середніх рівнів показників забезпеченості дітей області ліжками за два п'ятирічні періоди показало відсутність значущої різниці між ними, як щодо показників забезпеченості ліжками ДС ($3,8 \pm 0,05$ ‰ проти $3,7 \pm 0,07$ ‰, $p > 0,05$), так і щодо показників забезпеченості ліжками у стаціонарах ($58,5 \pm 0,30$ ‰ проти $57,1 \pm 1,09$ ‰, $p > 0,05$).

За період 2008-2017 рр. забезпеченість дітей області ліжками ДС була нижчою, ніж в середньому по Україні. Так, у 2009 р. показник забезпеченості дітей області ліжками ДС становив $3,8$ ‰ проти $7,8$ ‰ по Україні, а у 2016 р. – відповідно $3,9$ ‰ проти $7,3$ ‰ [6, 10]. У зв'язку із недостатнім забезпеченням дітей області ліжками ДС, за досліджуваний період $13,3 \pm 1,4\%$ пролікованих у ДС дітей, перебували на ліжках ДС для дорослих.

Забезпеченість дітей області стаціонарними ліжками протягом 2008-2013рр. була нижчою за відповідні показники по Україні ($58,6 \pm 0,6$ ‰ проти $64,5 \pm 0,28$ ‰, $p < 0,001$). У 2014-2017 рр. забезпеченість ліжками дітей області була на рівні загальноукраїнських показників ($56,6 \pm 1,3$ ‰ проти $58,6 \pm 2,4$ ‰, $p > 0,05$) [6-10].

Протягом досліджуваного періоду рівні госпіталізації дітей Львівської області у ДС зросли на 61,3% (з 132,4 в 2008 р. до 213,6 на 10 тис. дітей у 2017 р.), а частота госпіталізації дітей у стаціонари – на 13,6% (відповідно з 1847,2 до 2097,4 на 10 тис. дітей) (рис. 2).

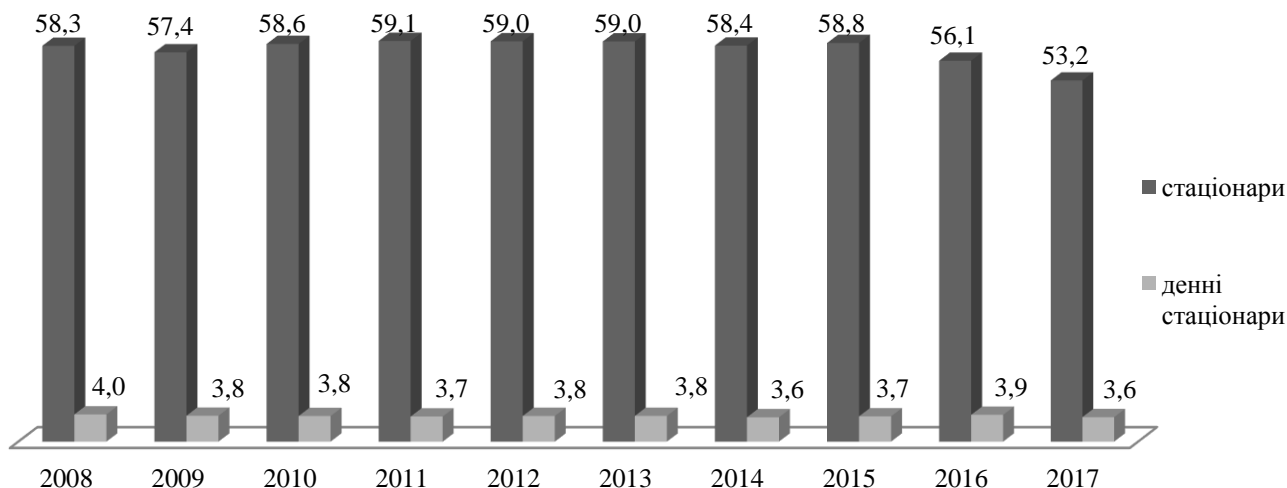


Рис. 1. Забезпеченість дітей Львівської області ліжками у стаціонарах та денних стаціонарах для дітей у 2008-2017 рр. (на 10 тис. дітей)

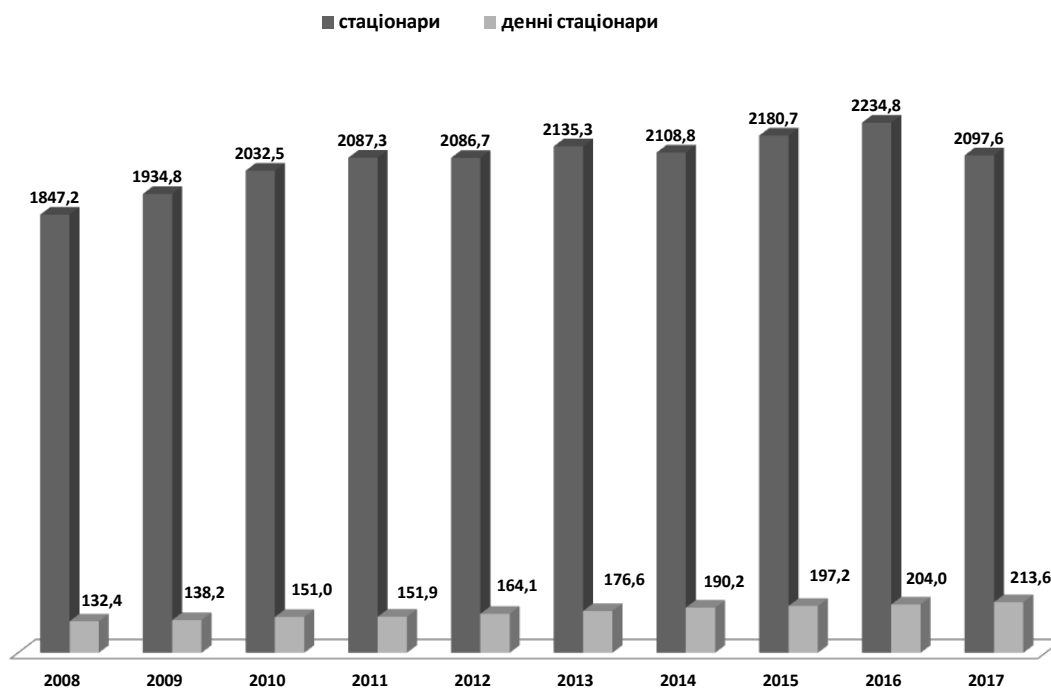


Рис. 2. Частота госпіталізації дітей Львівської області у стаціонари та денні стаціонари в 2008-2017 рр. (на 10 тис. дітей)

У 2013-2017 рр. середні рівні госпіталізації дітей, як у ДС, так і у стаціонари, значуще ($p < 0,01$) перевищували відповідні показники у 2008-2012 рр. і становили при госпіталізації у ДС $196,3 \pm 6,26\%$ проти $147,5 \pm 5,58\%$, а при госпіталізації в стаціонари – $1997,7 \pm 46,78\%$ проти $2151,4 \pm 25,28\%$.

У порівнянні зі середніми показниками по Україні, рівні госпіталізації дітей області в ДС були нижчими. Так, у 2009 р. частота госпіталізації дітей в ДС становила $138,2\%$ у Львівській області та $281,6\%$ в Україні, а у 2016 р. – відповідно $204,0\%$ та $308,5\%$ [6, 10].

Протягом 2008-2013 рр. частота госпіталізації дітей у стаціонари області була значуще нижчою від загальноукраїнських рівнів ($2055,3 \pm 34,24$ проти $2383,3 \pm 19,26$ на 10 тис. дітей $p < 0,001$), а у період 2014-2017 рр. – на рівні показників по Україні ($2155,5 \pm 32,22\%$ проти $2102,1 \pm 21,7\%$, $p > 0,05$) [6-10].

За період 2008-2017 рр. обіг ліжка у ДС виріс на $77,4\%$ (з $33,5$ у 2008р. до $59,4$ у 2017 р.), а у стаціонарах області – лише на $22,0\%$ (відповідно з $32,3$ до $39,4$) (рис. 3). У 2017 р. обіг ліжка в ДС був у $1,5$ разу вищим за обіг ліжка в стаціонарі.

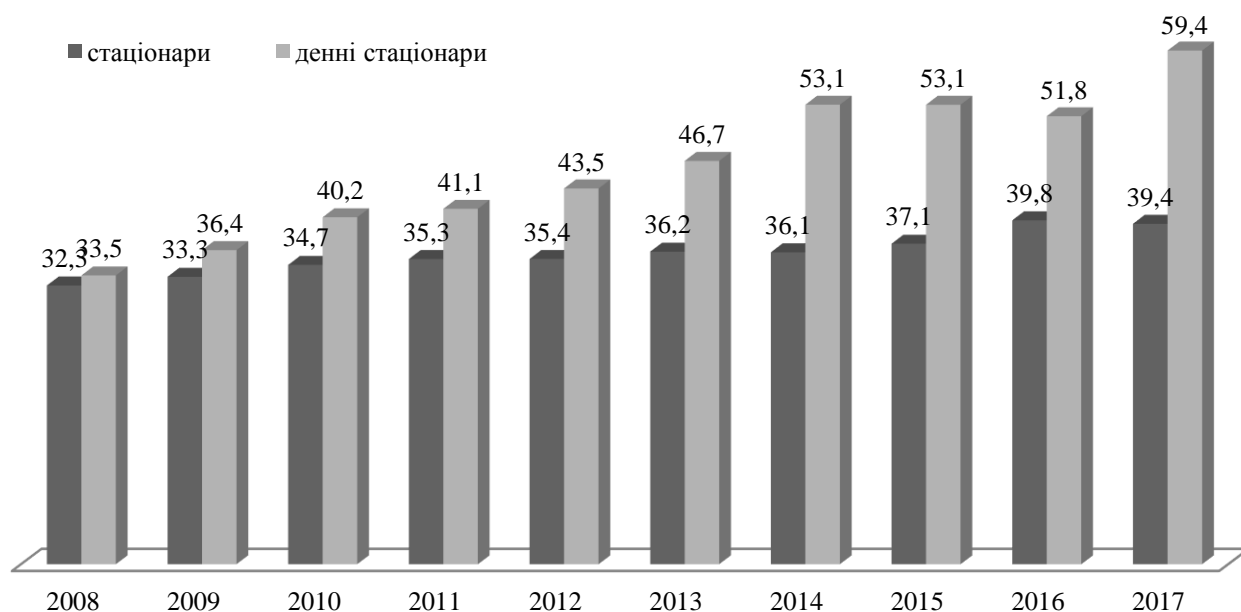


Рис. 3. Обіг ліжка у стаціонарах та денних стаціонарах для дітей Львівської області у 2008-2017 рр.

У 2016 р. показники обігу ліжок, як у ДС, так і у стаціонарах області, перевищували відповідні середні показники по Україні (51,8 проти 42,3 у ДС та 39,8 проти 35,2 у стаціонарах) [10].

Як свідчать дані таблиці, у 2017 р. половина (52,3%) ліжок ДС області була розгорнута у міських, центральних

міських та дитячих міських лікарнях. Найбільші ДС для дітей працювали у м. Львові – в одній із міських поліклінік (29 ліжок), дитячій міській клінічній лікарні (25 ліжок), обласній дитячій клінічній лікарні «ОХМАТДИТ» (20 ліжок). Найменш потужними були ДС сільських амбулаторій (1-2 ліжка).

Таблиця
Кількість ліжок дитячих денних стаціонарів, їх потужність та число закладів охорони здоров'я, які мають денні стаціонари для дітей

Тип закладів охорони здоров'я	Кількість						Потужність ДС (ліжок) 2017	
	ліжок			закладів охорони здоров'я			(M±m)	min-max
	2008	2017	приріст (%)	2008	2017	приріст (%)		
амбулаторії/амбулаторії сімейної медицини	6	4	-33,3	3	1	-66,7	4,0	
сільські амбулаторії/сільські амбулаторії сімейної медицини	33	19	-42,4	20	14	-30,0	1,4±0,1	1-2
дитячі міські лікарні	45	25	-44,4	2	1	-50,0	25,0	
міські, центральні міські лікарні	48	37	-22,9	10	9	-11,1	4,1±0,9	1-10
центральні районні та районні лікарні	34	40	+17,6	7	8	-14,3	5,0±1,4	1-5
поліклініки великих міст	37	29	-21,6	2	1	-50,0	29,0	-
обласні дитячі лікарні	-	20	-	-	1	-	20,0	-
Всього	203	174	-14,3	44	35	-20,5	5,0±1,1	1-29

За період 2008-2017 рр. у Львівській області на 20,5% зменшилась кількість ДС для дітей (із 44 до 35) та на 14,3% зменшилась кількість ліжок у них (з 203 до 174). Найвищий показник обігу ліжка був зареєстрований у ДС міських та центральних міських лікарень (79,4) ДС поліклініки м. Львова. У ДС сільських амбулаторій цей показник становив 40,6, а у ДС центральних районних на районних лікарень – 36,3.

Показник кількості пролікованих у ДС дітей на 1 тис. зареєстрованих захворювань у 2016 р. в області був нижчим за відповідний показник по Україні (10,70 проти 16,15) [10].

Співвідношення поширеності хвороб дитячого населення та частоти госпіталізації хворих дітей у стаціонари Львівської області у 2016 р. було на рівні середнього показника по Україні (8,25 проти 8,53) [10].

Висновки

З 2008 до 2017 рр. показник забезпеченості дітей області ліжками у дитячих ДС знизився на 10,1% (до 3,6 на 10 тис. дітей), а рівні госпіталізації дітей у ДС зросли на

61,3% (до 213,6 на 10 тис. дітей) за рахунок зростання обігу ліжок ДС на 77,4% (до 59,4) та зменшення кількості дітей області на 5,7%. За цей же період забезпеченість дітей області стаціонарними ліжками також знизилась на 8,8% (до 53,2 на 10 тис. дітей) з одночасним зростанням частоти госпіталізації у стаціонари на 13,6% (до 2097,4 на 10 тис. дітей) за рахунок зростання обігу ліжок у стаціонарах на 22,0% (до 39,4) та зменшення кількості дітей області.

Обіг ліжка ДС області був вищим, ніж у середньому по Україні. Нижчі, у порівнянні із середньоукраїнськими, рівні госпіталізації дітей області в ДС були пов'язані із нижчим рівнем забезпеченості дітей області ліжками дитячих ДС, а не з інтенсивністю їх використання.

Перспективи подальших досліджень

Потребують подальшого вивчення потреба дитячого населення у наданні медичної допомоги в умовах ДС, стан матеріально-технічного забезпечення ДС та якість надання медичної допомоги у них.

Література

1. Лехан В. М. Організація медичного обслуговування / В. М. Лехан // Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні; під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського. – 2005. – С. 44–53.
2. Лемішко Б. Б. Удосконалення фінансово-економічного механізму державного управління закладами позаштатної стаціонарної допомоги / Б. Б. Лемішко [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://relay.kbuara.kharkoVol.ua/e-book/apdu/2011-2/doc/2/07.pdf>.
3. Пономаренко В. М. Сучасний стан і перспективи розвитку стаціонарозамінних форм медичної допомоги / В. М. Пономаренко, Л. І. Галієнко, М. В. Медведовська // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – № 3. – С. 39–42.
4. Подоляка В. Л. Наукове обґрунтування моделі оптимізації стаціонарної допомоги у великому промисловому місті. – К., 2008. – 36 с.
5. *Hospitals in a Changing Europe*; ed. by M. McKee and J. Healy. – European Observatory on Health Care Systems, Series, 2002 [Electronic resource]; Access mode: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98401/E74486.pdf.
6. Стан здоров'я дітей 0–17 в Україні та надання їм медичної допомоги за 2009 рік. – К. : МОЗ України, Центр медичної статистики МОЗ України. – 2010. – 256с.
7. Стан здоров'я дітей 0 – 17 в Україні та надання їм медичної допомоги за 2010 рік. – К. : МОЗ України, Центр медичної статистики МОЗ України. – 2011. – 264 с.
8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік / за ред. Р.В. Богатирьової. – Київ, 2013. – 464 с.
9. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. Квіташвілі О.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2015. – 460 с.
10. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ: «Медінформ», 2017. – 519 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.07.2018 р.

**Состояние и динамика организации
оказания медицинской помощи детям
в дневных стационарах***О.Б. Олексюк*

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

Цель – изучить состояние госпитализации детей Львовской области (Украина) в дневные стационары в 2008-2017 гг. и сравнить ее с состоянием госпитализации детей в стационары больниц.

Материалы и методы. Проанализированы данные отчетов учреждений здравоохранения Львовской области об их деятельности (фф. №20 МЗ Украины) за 2008-2017 гг. Используются методы: статистический, аналитический, сравнительного анализа.

Результаты и выводы. С 2008 по 2017 гг. показатель обеспеченности детей области койками в детских дневных стационарах снизился на 10,1% (до 3,6‰), а уровни госпитализации детей выросли на 61,3% (до 213,6‰) за счет роста оборота койки на 77,4% (до 59,4) и уменьшения количества детей области на 5,7%. За этот же период обеспеченность детей области койками в стационарах больниц снизилась на 8,8% (до 53,2‰) с одновременным увеличением частоты госпитализации на 13,6% (до 2097,4‰) и оборота койки на 22,0% (до 39,4).

Оборот койки дневных стационаров области превышал показатели по Украине. Более низкие, по сравнению со среднеукраинскими, уровни госпитализации детей области в дневные стационары были связаны с более низким уровнем обеспеченности детей койками, а не с интенсивностью их использования.

Ключевые слова: госпитализация, дневные стационары, стационары, дети.

**State and dynamics of the medical care organization
for children at day hospitals***O.B. Oleksiuk*

Danylo Haltsky Lviv National Medical University,
Lviv, Ukraine

Purpose – to study the state of hospitalization of children in Lviv region (Ukraine) to children's day hospitals, functioning in outpatient institutions, during 2008-2017 and to compare it with the state of hospitalization of children at hospitals.

Materials and methods. The reports of health care institutions of Lviv region about their performance during 2008-2017 were analyzed. Used methods: statistical, analytical, comparative analysis.

Results and Conclusions. From 2008 to 2017 the number of day hospital beds per 10 thousand of children in Lviv region decreased by 10.1% (to 3.6), while hospitalization rates increased by 61.3% (to 213.6 ‰) due to the increase of the throughput per day hospital bed by 77.4% (to 59.4) and the decrease of quantity of children in the region by 5.7%. During the same period the number of hospital beds per 10 thousand of children decreased by 8.8% (to 53.2), with the simultaneous increase of the hospitalization rate by 13.6% (to 2097.4‰) and the throughput by 22.0 % (to 39.4).

The throughput per day hospital bed in the region exceeded the mean indices in Ukraine. Lower hospitalization rates to day hospitals in the region, in comparison with the average in Ukraine, were associated with the lower number of day hospital beds per 10 thousand of children, not by the throughput of a bed.

Key words: hospitalization, day hospitals, hospitals, children.

Відомості про автора

Олексюк Ольга Богданівна – к.мед.н., асистент кафедри громадського здоров'я факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Пекарська 696, м. Львів, 79010, Україна.

Ступінь мотивованості дорослого населення до проведення стоматологічних профілактичних заходів

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Мета. Вивчити інформованість співробітників про правила оральної гігієни і міру їх мотивованості до проведення профілактичних заходів. Вивчити ступінь мотивованості дорослого населення до проведення стоматологічних профілактичних заходів.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження – співробітники Запорізького державного медичного університету. Предмет – інформованість та ступінь мотивованості дорослого населення до проведення стоматологічних профілактичних заходів у віковому аспекті. **Методи дослідження.** Під час проведення наукової роботи було використано бібліосемантичний, аналітичний метод, метод системного підходу та метааналізу, метод індукції.

Результати. Ступінь мотивованості вагомо впливає на стан здоров'я стоматологічних хворих, на умови праці працівників медичної сфери, залежить від надання необхідних видів і обсягів профілактичної та санітарно просвітницької допомоги.

Висновки. Для формування високого рівня мотивованості необхідно розробити заходи спрямовані на підвищення гігієнічної грамотності співробітників і переосмислення свого відношення до стоматологічного здоров'я.

Ключові слова: гігієна, порожнина рота, стоматологія, здоров'я.

Вступ

Останнім часом на фоні соціально-економічних перетворень, що спричинили зниження життєвого рівня багатьох слоїв населення, з'явилися виразні негативні тенденції на стані здоров'я населення [1].

На поширеність та інтенсивність захворювань порожнини рота роблять вплив зміна характеру і режиму харчування, емоційні і фізичні перевантаження, а також рівень гігієнічної культури і міра мотивованості до проведення профілактичних заходів [4].

Гігієнічне навчання і виховання – невід'ємна частина комплексної програми соціального розвитку нашого суспільства, в якій важливе місце належить знанням і навичкам, що забезпечують належний гігієнічний зміст порожнини рота [5]. Гігієнічне виховання включає два невід'ємні розділи: санітарно-освітню роботу і навчання методам гігієни ротової порожнини [6].

Мета – вивчити інформованість співробітників про правила оральної гігієни і міру їх мотивованості до проведення профілактичних заходів. Вивчити ступінь мотивованості дорослого населення до проведення стоматологічних профілактичних заходів.

Матеріали і методи дослідження

Для досягнення мети було розроблено таку анкету соціологічного опитування, яка складалася з 13 питань. Усі питання анкети можна умовно розділити на три блоки. Перший блок питань дозволяв з'ясувати гігієнічну грамотність досліджуваних. Другий блок питань дозволяв оцінити міру задоволеності стоматологічною допомогою. Третій блок питань дозволив провести самооцінку респондентів по потрібності в стоматологічній допомозі.

Співробітники Запорізького державного медичного університету взяли участь у цьому дослідженні, робота яких пов'язана з шкідливими чинниками праці. Більше 2/3 усіх респондентів склали представники середньої і старшої вікової групи. Серед них 47,2% опитаних у віці від 40 до 50 років і 25,8% у віці 60 років і старше. Респонденти з середньою і спеціальною середньою освітою склали 29,1%, з вищим 70,9%. За нашим спостереженням чоловіки активніше, ніж жінки брали участь в анкетуванні. Всі досліджувані заповнювали анкету анонімно і добровільно під час проходження профілактичного огляду у лікаря стоматолога.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати дослідження показали, що 54,7% опитаних, регулярно відвідують лікаря стоматолога з метою профілактичного огляду. Дослідження показало, що кількість таких респондентів нерівномірно розподілялася по усіх вікових групах. У віці 20-29 років 27%, віці 30-59 років 54%, у віці 60 років і більше 19% випадків.

Засмучує той факт, що 25,3% респондентів відвідують стоматолога всього один раз в 2-3 роки таких у віці 20-49 років 55,8%, а 18,9% до таких відвідувань відносяться негативно, в основному це особи до 30 років.

Головною причиною звернень опитаних співробітників до лікаря стоматолога були в 36,3% випадків наявність порожнин в зубах і в 40% випадків на зубний біль. Найчастіше, на першу причину звернення вказали особи у віці 40-50 років в 25,2% випадків, на другу – у віці 20-30 років в 50% випадків. На третьому місці внаслідок звернення в 11,4% випадків була скарга на кровоточивість ясен. Кількість респондентів, яких турбує рухливість зубів або їх відсутність мінімальні 13,4%

випадків. Можна припустити, що відвідування стоматолога відбуваються з потреби. Ці дані свідчать про низьку інформованість дорослого населення про захворювання тканин пародонту, його причини і методи профілактики.

Лікування захворювань пародонту проводилося тільки у 27,8% респондентів. Основним методом лікування в 68% випадків є полоскання. Додатково до полоскань застосовували мазі і гелі 20% опитаних, а 12,0% навіть проводили професійну гігієну порожнини рота. Мінімальна кількість, що проходили профілактику пародонту, склали респонденти вікової групи 20-49 років 44% випадків, максимальна кількість – 35% випадків у віці 50 років і більше. Тільки кожен десятий з опитаних, ми сподіваємося, отримав комплексне лікування.

Важливим моментом в профілактиці захворювань скронево-нижнечелепового суглоба, шлунково-кишкового тракту, перевантаження опорно-утримуючого апарату зубів, що залишилися, атрофії альвеолярних відростків, виникнення деформацій зубного ряду, аномалій прикусу являється своєчасне раціональне протезування [3].

За даними дослідження серед усіх опитаних не мають зубних протезів в порожнині рота 52,2%, в основному це особи у віці 20-40 років. Незмінними зубними протезами відновлена цілісність зубних рядів у 31,3% респондентів, знімними зубними протезами в 14,5% випадків. В основному мають зубні протези 37,3% респондентів у віці 40 років і більше.

Результати дослідження показали, що кількість респондентів що отримали зубні протези впродовж року склало 68,5%, від одного до трьох років 15,8%. Здивував факт, що 15,8% затруднюються з відповіддю. Практично 40,0% опитаних не мотивовані на відновлення цілісності зубних рядів.

Важливим чинником успіху ортопедичного лікування є мотивація пацієнта до раціональної конструкції зубного протеза, відсутність нарікань на проведені лікування і виконання рекомендацій лікаря по догляду за порожниною рота за наявності зубних протезів [2].

Мали уявлення про майбутню конструкцію зубного протеза, після відвідування стоматолога-ортопеда, 60,0% респондентів. Інші 40,0% опитаних не мали уявлення про переваги і недоліки майбутніх зубних протезів.

Задоволені якістю раніше проведеного ортопедичного лікування 76,3%, а мають нарікання 23,7% респондентів. На думку респондентів, головними причинами незадоволення раніше проведеним ортопедичним лікуванням були в 34,5% випадків відсутність функціональності протезів, в 32,2% випадків протези зробилися «непридатними» і в 24,1% випадків протези не відновили естетичні вимоги. Найчастіше мали нарікання на естетику протеза респонденти у віці 20-50 років в 9,2% випадків. Цю групу, швидше за все, не цікавила функціональність протеза. Респондентів старших вікових груп цікавить як естетика, так і функціональність зубного протеза.

Порадував той факт, що серед усіх опитаних, таких, що мають зубні протези, 68,9% вказали на гарну інформованість по проведенню заходів оральної гігієни, в

основному це респонденти у віці 40-60 років. Але значна частина респондентів 11,2% у віці 20-40 років, що має зубні протези, не то щоб виконували правила уходу за зубними протезами, але і незнайомі з особливостями заходів оральної гігієни.

Самооцінка свого стоматологічного здоров'я, поняття необхідності в лікуванні сприяє в якійсь мірі і зниженню стоматологічної захворюваності. Тому нас дуже цікавили відповіді респондентів на питання по потрібності їх в стоматологічній допомозі. На думку 53,4% респондентів вони не потребують стоматологічної допомоги, 11,4% потребують консультації фахівця і тільки лише 35,2% вважають необхідним прийти на прийом до стоматолога.

Виявлена певна залежність самооцінки респондентів по потрібності в лікуванні від віку. Так, з віком збільшується кількість респондентів які потребують лікування з 35% у віці 20-30 років до 42% у віці 51 рік і більше. Основна кількість опитаних 65% у віці від 20 до 30 років не потребують лікування і лише одиниці планують відвідати стоматолога. Слід зазначити, що респонденти у віці 30-50 років в 52% випадків не готові відвідувати стоматолога, а із збільшенням віку таких немає.

Перспективи подальших досліджень

Дослідження будуть спрямовані на розробку стратегії профілактики стоматологічних захворювань у населенні, що мешкає на території великого промислового регіону і працюючих в умовах шкідливих чинників праці. Крім того, актуальним на сьогодні є впровадження у стоматологічну практику новітніх високоінформативних біологічних маркерів для скринінгу, діагностики, а також моніторингу ефективності лікування захворювань ротової порожнини. Впровадження цього напрямку діагностики у комплексні заходи профілактичних оглядів є вочевидь перспективним, враховуючи те, що вищеозначений метод є неінвазивним (дослідження маркерів відбувається у ротової рідини) та дозволяє проводити профілактичний огляд з позицій доказової медицини.

Висновки

Проведене дослідження показало, що значна частина респондентів недостатньо інформована про правила і засоби гігієнічного догляду за порожниною рота, має нарікання на раніше зроблену стоматологічну допомогу і вважає необов'язковим регулярне відвідування стоматолога.

Тому, настала необхідність в розробці заходів спрямованих на підвищення гігієнічної грамотності співробітників і переосмисленню свого відношення до стоматологічного здоров'я.

Перспективи подальших досліджень будуть спрямовані на розробку стратегій профілактики стоматологічних захворювань у населенні, що мешкає на території великого промислового регіону і працюючих в умовах шкідливих чинників праці.

Література

1. *Алімський А.В.* Мотиваційні передумови і особливості звертаємості населення за ортопедичною допомогою в ЦНДІС (результати соціологічних досліджень) / А.В. Алімський [та ін.] // Економіка і менеджмент в стоматології. – 2004. – № 1 (12). – С. 56–61.
2. *Боровський Є.В.* Терапевтична стоматологія. М. : "Медичне інформаційне агентство", 1997. – С. 66–67.
3. *Возна І.В.* Ступінь інформованості молодого населення Запорізької області щодо правил гігієни порожнини рота. Клінічна Стоматологія. – № 1. – Тернопіль, 2014. – С. 33–34.
4. *Возний О.В.* Деякі підсумки вивчення думки населення про якість надання ортопедичної стоматологічної допомоги / О.В. Возний, В.І. Долгінцев, В.М. Семенюк // Проблеми стоматології. - 2007. – №1. – С. 60–63.
5. *Возний О.В.* Вивчення інформованості населення промислового регіону (на прикладі м. Запоріжжя) про правила і засоби індивідуальної гігієни порожнини рота за наявності ортопедичних конструкцій. / О.В. Возний, І.В. Возна, В.В. Чернявський // Матеріали 11 міжнародної науково-практичної конференції «Екологія. Радіація. Здоров'я». Казахстан. Сімей. – 2013. – С. 87–88.
6. *Горбків І.В.* Анкетування і конкурентоздатність державних стоматологічних установ / І.В. Горбків // Вісник стоматології. – 2009. – № 2 (67). – С. 97–99.
7. *Смірнова І.В.* Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 / 408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І.В. Смірнова. - Київ, 2015. – 31 с.
8. *Смірнова І.В.* Аналіз причин звертальності за стоматологічною допомогою населення працездатного віку / В.І. Клименко, І.В. Смірнова, Т.Р. Любомирська // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. – № 4. – С. 223–227.
9. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. Квіташвілі О. ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2015. – 460 с.*

Дата надходження рукопису до редакції: 10.07.2018 р.

Степень мотивированности взрослого населения к проведению стоматологических профилактических мероприятий*А.А. Сидоренко*

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Цель. Изучить информированность сотрудников о правилах оральной гигиены и степени их мотивированности к проведению стоматологических профилактических мероприятий. Изучить степень мотивированности взрослого населения к проведению стоматологических профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Во время исследования использованы библиографический, аналитический методы, метод системного подхода и метаанализа, метод индукции.

Результаты. Степень мотивированности существенно влияет на состояние здоровья стоматологических больных, на условия труда работников медицинской сферы, зависит от оказания необходимых видов и объемов профилактической и санитарно-просветительной помощи.

Выводы. Для формирования высокого уровня мотивированности необходимо разработать мероприятия направленные на повышение гигиенической грамотности сотрудников и переосмысления своего отношения к стоматологическому здоровью.

Ключевые слова: гигиена, полость рта, стоматология, здоровье.

The motivation rate of adult population in case of dental preventive measures*O.O. Sydorenko*Zaporizhia State Medical University,
Zaporizhia, Ukraine

Purpose. Study the awareness of employees about the rules of oral hygiene and to define the rate of their motivation to carry out preventive measures. Explore the motivation rate of adult population in case of dental preventive measures.

Materials and methods. Object of study - Zaporizhia State Medical University employees. The subject - awareness and the motivation rate of adult population in case of dental preventive measures with age aspect. Research methods. During scientific research such methods as analytical, systematic approach, meta-analysis, and induction method were used.

Results. The rate of motivation is crucial for health of dental patients, has an influence on working conditions of medical sphere employees, and depends on the provision of the necessary types and amounts of preventive and sanitary-educational assistance.

Conclusions. For shaping the high rate of motivation is necessary to develop measures aimed at improving hygienic competence of employees and redefining their attitude to dental health.

Key words: hygiene, mouth cavity, dentistry, health.

Відомості про автора

Сидоренко Олександр Олександрович – асистент кафедри терапевтичної, ортопедичної і дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету. Україна, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26.

Роль середнього медичного персоналу в процесі ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій

¹ДП «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України»

²ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»

³ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України»

⁴ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

⁵ТОВ «Органосін ЛТД»

⁶Клінічна лікарня Міністерства охорони здоров'я, праці і соціальної політики Республіки Молдова

Мета. Оцінити роль середнього медичного персоналу, в процесі ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій в Україні.

Матеріали та методи. У дослідженні використані нормативно-правові документи держави, наукові публікації, матеріали науково-практичних конференцій з питань участі середнього медичного персоналу військових частин і населення в умовах сучасних воєнних конфліктів і гібридних війн та на випадки надзвичайних ситуацій техногенного, природного та соціального характеру.

Результати. На основі вивчення досвіду ролі середнього медичного персоналу в процесі ліквідації надзвичайних ситуацій природного, техногенного, соціального та воєнного характеру у статті висвітлені питання його участі у II світовій війні, у війні в Афганістані та в умовах гібридної війни на сході України під час ведення бойових дій в антитерористичній операції (далі – АТО) та операції об'єднаних сил (далі – ООС).

Проведений аналіз стану участі в процесі здійснення лікувально-евакуаційних заходів у військах ООС та серед населення, яке проживає на території, прилеглої до району бойових дій – в «межах безпеки».

Висновки. Встановлено, що на середній медичний персонал лягає основний тягар у вирішенні завдань і проблем в процесі ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій природного, техногенного, соціального та воєнного характеру, тільки за активної участі та за умов високої компетентності середнього медичного персоналу створюються оптимальні передумови для ефективного вирішення нагальних потреб постраждалого населення та військ.

Ключові слова: роль середнього медичного персоналу, ліквідація наслідків надзвичайних ситуацій.

Вступ

Охорона здоров'я в Україні – один з пріоритетних напрямів державної діяльності. Право на охорону здоров'я зведено до конституційного рангу – «Людина, її життя та здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визначаються в Україні найвищою соціальною цінністю» [1].

У ст. 49 Конституції України визначено: «Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Забезпечення населення безоплатною, своєчасною та ефективною медичною допомогою при станах, що загрожують життю людини (екстреною медичною допомогою – ЕМД) є одним із найважливіших завдань системи охорони здоров'я будь-якої сучасної держави [2].

Розв'язання цієї проблеми для України є одним з найактуальніших завдань реформи системи охорони здоров'я в цілому. Адже наявні в Україні середні показники смертності від впливу зовнішніх причин становлять 130–135 осіб на 100 тис. населення, що у 3–5 разів вище, ніж у розвинутих європейських країнах. При цьому в Україні близько 24 % постраждалих помирають в лікарнях, а 76% – поза їх межами, на місці настання невідкладного медичного стану чи на шляху до лікарні, тоді як у розвинутих країнах 72 % постраждалих помирає в лікарнях [3]. Однією із причин такого становища є недосконала система підготовки кадрів з екстреної медичної допомоги у ВНЗ [4–6].

До надання екстреної медичної допомоги допускаються фельдшери, які наवरстують недостатні практичні навички безпосередньо на робочому місці. Усе це є однією з причин, що зумовлює несвоєчасність, недостатню послідовність і водночас низьку якість екстреної медичної допомоги населенню України як у повсякденних умовах, так і у разі виникнення надзвичайних ситуацій (НС).

Мета – оцінити роль середнього медичного персоналу, в процесі ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій в Україні.

Матеріали та методи

У дослідженні використані нормативно-правові документи держави, наукові публікації, матеріали науково-практичних конференцій з питань участі середнього медичного персоналу військових частин і населення в умовах сучасних воєнних конфліктів і гібридних війн та на випадки надзвичайних ситуацій техногенного, природного та соціального характеру.

Результати дослідження та їх обговорення

На фоні бурхливого розвитку промисловості, глобального потепління у масштабі планети Земля, суттєвого погіршення економічного і соціального розвитку більшості країн світу та виникнення цілого ряду локальних воєнних конфліктів має стійку тенденцію до зростання кількості НС техногенного, природного, соціального та воєнного характеру у світі і в тому числі і в нашій країні.

За останні 10 років в результаті надзвичайних ситуацій постраждало 1,5 млрд чоловік, з них більш 700 тис. людей загинули, більш 1,4 млн отримали каліцтва, 23 млн людей залишилися без житла. Економічний збиток перевищив 1,3 трлн доларів США.

За даними доповіді Міжнародної стратегії - близько 90% НС природного характеру пов'язані зі зміною клімату, що вдвічі більше, ніж двадцять років тому.

2015 рік, який був найспекотнішим за всю історію спостережень, став ще одним підтвердженням того, що в світі почастішали природні лиха і аномальні погодні явища, які призводять до загибелі великої кількості людей і до величезних економічних втрат, йдеться в доповіді.

У 2015 р. від стихійних лих постраждали 98,6 млн осіб. 92% всіх стихійних лих стали наслідком зміни клімату, яке погіршилося природним феноменом Ель-Ніньо.

У новій доповіді наголошується, що в минулому році найбільше стихійних лих припало на п'ять країн світу: Китай, США, Індію, Філіпіни і Індонезію. У США в минулому році відбулося 22 стихійних лиха, а в Китаї – 26.

«Основний висновок цього нового дослідження в тому, що заради запобігання майбутніх загроз необхідно домагатися скорочення емісій парникових газів та вживати заходів з адаптації до зміни клімату», – заявив Спеціальний представник Генерального секретаря по зменшенню небезпеки стихійних лих Роберт Глассер.

В цілому в світі в минулому році було зареєстровано понад 30 великомасштабних засух, від яких постраждали близько 50,5 млн осіб. Багато жителів планети серйозно постраждали від повеней, які забрали життя 3310 осіб. В цілому від лих, пов'язаних з водою, в минулому році в тій чи іншій мірі постраждали 27,5 млн осіб.

Жителі Азії і Тихого океану пережили 90 штормів і 48 циклонів.

Цей рік побив усі рекорди і був найспекотнішим за всю історію спостережень за погодою. Від спеки постраждали 1,2 млн осіб, у першу чергу у Франції, Індії та Пакистані. 7346 осіб померли в результаті перегріву і сонячних ударів.

В результаті землетрусів і цунамі в минулому році загинули 9 525 осіб, в результаті зсувів – 1 369 осіб.

У свій час Організація Об'єднаних Націй створила Міжнародну стратегію зменшення небезпеки лих в якості глобальної основи для діяльності, спрямованої на забезпечення стабільності всіх товариств до впливу природних небезпек і пов'язаних з ними технологічних і екологічних катастроф в цілях зменшення людських, економічних і соціальних втрат.

У XXI столітті наріжним каменем систем охорони здоров'я залишається первинна ланка медико-санітарної допомоги. Визнання пацієнтів в якості партнерів при наданні їм допомоги і розширенням самопомоги при підтримці медичних працівників і застосування поза лікарняних рішень вимагає, щоб акцент з новою силою був зроблений на необхідності мати повноцінну первинну ланку медико-санітарної допомоги. Інноваційний розвиток первинної ланки медико-санітарної повинно включати розширення використання технологій для комунікації, підтримки прийняття рішень і дистанційного надання медико-санітарної допомоги та підтримки (наприклад, пацієнтам з хронічним захворюванням, самостійно проводять моніторинг свого стану і в режимі он-лайн обговорюють результати і дії з медичними сестрами). Велике значення має комплексне надання допомоги, при якому пацієнтам надається допомога найкращої якості, найбільш виправдана з економічної точки зору.

Пріоритетом і засобом стимулювання бригадної роботи і пом'якшення дисбалансу і дефіциту кадрів охорони здоров'я є міжпрофесійне співробітництво в галузі освіти, практики і наукових досліджень [7].

ВООЗ визнає, що саме міжпрофесійна освіта забезпечує створення умов для ефективної співпраці, яке є ключовим фактором в оптимізації навичок членів бригади, веденні випадків хвороби і в наданні більш якісних медичних послуг, що веде до поліпшення підсумкових показників здоров'я населення.

Ця стратегія передбачає коригування концепції, в рамках якої головна увага має приділятися вже не заходам по ліквідації наслідків катастрофи, а управління ризиками за рахунок включення заходів по зменшенню небезпеки лих в якості одного з компонентів в діяльність по забезпеченню сталого розвитку. Здійснення Стратегії передбачає встановлення партнерських відносин між урядами, організаціями громадянського суспільства, установами Організації Об'єднаних Націй, науковими колами, засобами масової інформації, а також іншими відповідними зацікавленими особами з числа тих, хто займається питаннями зменшення небезпеки лих.

Чотири цілі стратегії полягають в наступному:

- розширення обізнаності громадськості про заходи щодо зменшення небезпеки лих,
- забезпечення готовності державних органів займатися цими питаннями,
- сприяння створенню міждисциплінарних і міжгалузевих партнерських відносин,
- вдосконалення наукових знань про причини стихійних лих і наслідки впливу природних небезпек.

«Стратегічні напрямки зміцнення сестринського та акушерського справи в Європі для досягнення цілей політики Здоров'я-2020» являє собою технічне керівництво для держав-членів, підтримане Європейським регіональним бюро ВООЗ з метою підвищення ролі вкладу середнього медичного персоналу в досягнення цілей політики Здоров'я-2020. Цей документ являє собою рамкову основу до дій стратегічного характеру і є першим у своєму роді документом в Європейському регіоні ВООЗ.

У ньому визначено 12 цілей, чотири пріоритетних напрямки дій і чотири механізми для створення сприятливих системних умов, які забезпечують повну відповідність стратегій і практики баченню перспектив, позначеному в основах політиці Здоров'я-2020. Він допомагає державам-членам зміцнювати сестринську і акушерську справи в контексті їх власних планів.

Таблиця

Пріоритетні напрямки дій, механізми створення сприятливих системних умов і цілей

Напрямок дій або механізм	Мета
Пріоритетні напрямки дій	
Розширення масштабів і трансформування освіти	1. Встановити стандарт навчально-професійної освіти медичних сестер та акушерок на рівні ВНЗ з метою отримання найкращих результатів для пацієнтів і всього населення 2. Розвивати систему освіти і нормативного регулювання, яка створює можливості і забезпечує гарантії відповідності основних компетенцій медичних сестер і акушерок основним принципам політики Здоров'я-2020 3. Зміцнювати систему безперервного професійного розвитку та кар'єрного зростання
Планування і оптимізація професійної кваліфікації кадрів	4. Розробити стратегії та програми в напрямку планування кадрових ресурсів, що забезпечують достатню чисельність стійких сестринських і акушерських кадрів 5. Забезпечити зміни структури і професійно кваліфікаційного складу кадрових ресурсів, які гарантують безпеку та ефективність допомоги
Забезпечення сприятливих умов праці	6. Сприяти створенню і підтримці сприятливих умов праці
Заохочення науково-обґрунтованої практики та інновацій	7. Створити умови для формування в сестринській і акушерській справі культури науково-обґрунтованої практики 8. Розвивати, трансформувати та адаптувати роль медичних сестер і акушерок у відповідності з метою політики Здоров'я - 2020
Механізми створення сприятливих системних умов	
Нормативне регулювання	9. Добитись того, щоб визначення сестринської та акушерської справи були закріплені в законодавстві та щоб існували механізми захисту інтересів населення
Наукові дослідження	10. Створити кадровий потенціал для ведення наукових досліджень в області сестринської та акушерської справи і багатопрофільних наукових досліджень
Партнерства	11. Налагодити в суспільстві міждисциплінарне та між секторальне співробітництво та партнерства в інтересах розвитку та надання допомоги, орієнтованої на потреби і запити людей та поліпшення підсумкових показників здоров'я населення
Управління і лідерство	12. Посилити практику залучення медичних сестер та акушерок в процеси прийняття рішень, що стосуються політики охорони здоров'я та надання медичних послуг, на місцевому, державному і міжнародному рівнях

В основах європейської політики на підтримку здоров'я і благополуччя – політиці Здоров'я-2020 року – особливо підкреслюється, що середній медичний персонал відіграє ключову і все більш важливу роль в підтриманні заходів, до яких вдається товариство у відповідь на сучасні виклики у сфері охорони здоров'я, пов'язані з наступністю медичного обслуговування, захистом прав людей і еволюцією потреб у випадку охорони здоров'я.

Медсестри і акушерки – найбільший компонент кадрів охорони здоров'я. Вони постійно перебувають у

тісному контакті з великою кількістю людей різного віку і у всіх сферах послуг охорони здоров'я. Для забезпечення максимального потенціалу такого значного і важливого ресурсу в умовах постійної зміни потреб в послугах і потреб у випадку охорони здоров'я, необхідно адаптувати знання і вміння медсестер і акушерок, а також моделі надання відповідних послуг.

Діяльність під керівництвом Європейського регіонального бюро ВООЗ – наочний приклад ініціатив у

сфері сестринської справи та акушерства, яка розвивається в Регіоні досить динамічно.

Існує чимало прекрасних свідчень того, як медсестри і акушерки застосовують в своїй роботі поглиблені знання та навички, часто керуючи процесом надання послуг. Ключова концепція в політиці Здоров'я-2020 року, на якій будується зміцнення систем охорони здоров'я – це орієнтований на людину підхід до надання послуг, який передбачає, що послуги, що надаються повинні бути всеосяжними, спадкоємними, безпечними, збалансованими, відповідним етичним нормам і здатними задовольняти актуальні потреби людини.

Згідно з наявними даними, ініціативи по перетворенню послуг, в наданні яких зайняті медсестри, акушерки та фельдшери з розширеними функціями, спрямовані на вирішення безлічі серйозних проблем, таких як нечіткі або незбалансовані процеси надання допомоги, фрагментація професійних ролей, недостатня доступність і наступність допомоги, і відсутність ефективного взаємодії між секторами. З'являється все більше фактичних даних, згідно з якими нові моделі догляду та принципи роботи медсестер і акушерок дозволяють забезпечити економічно ефективні і орієнтовані на людину послуги, здатні покращувати показники здоров'я.

Роль медичних сестер, акушерок, фельдшерів та інших спеціалістів середньої ланки є очевидною і надзвичайно важливою. Завдання медичних сестер, акушерок, фельдшерів полягає насамперед в наданні медичної допомоги всім людям, які її потребують [9, 10].

У Стратегії ООН по зменшенню кількості НС визначено: «НС це суттєве порушення функціонування спільноти чи суспільства, пов'язане з масовими людськими, матеріальними, економічними або екологічними втратами, наслідки яких перевищують здатність потерпілого спільноти чи суспільства впоратися з ними, використовуючи тільки свої власні ресурси».

З медичної точки зору НС являє собою дисбаланс між можливостями системи або установ охорони здоров'я і різко збільшеною потребою в наданні медичної допомоги людям чиє здоров'я постраждало або знаходиться під загрозою в результаті впливу вражаючих факторів.

Для надзвичайних ситуацій характерно:

- надмірна кількість постраждалих;
- обмежені ресурси медичного персоналу, санітарного транспорту та медико-санітарного майна;
- гострий дефіцит часу;
- складні умови обстановки;
- необхідність надання медичної допомоги великій кількості постраждалих в стислі терміни;
- докорінні зміни тактики надання екстреної медичної допомоги у порівнянні з тією, що використовується в повсякденній діяльності;
- принципова схема медичної допомоги при НС і лихах;
- додаткові вимоги до медичного персоналу, в т.ч. до середнього, який залучається до надання екстреної медичної допомоги при НС;

- теоретичні знання та практичні навички надання екстреної медичної допомоги;

- стійкість до підвищених, а іноді і надмірних, фізичних і психоемоційних навантажень;

- знання та навички управління масовою кількістю постраждалих.

В умовах НС з масовою кількістю постраждалих виникає нагальна необхідність і потреба в одночасному наданні медичної допомоги всім постраждалим у повному обсязі, що практично нереально. В цій ситуації особливої актуальності набуває перш за все проведення медичного сортування із залученням досвідченого середнього медичного персоналу.

Класична система медичного сортування з використанням колірних показників:

- постраждалі з важкими ушкодженнями, які супроводжуються швидко наростаючими небезпечними для життя розладами основних життєво важливих функцій організму і потребують допомоги за невідкладним життєвими показаннями - червоного кольору.

- постраждалі з важкими і середньої тяжкості поврежденнями, що не представляють безпосередньої загрози для життя, допомога яким надається в 2-у чергу чи вона може бути відстрочена – жовтого кольору.

- постраждалі з легкими ушкодженнями, які потребують амбулаторного лікування – зеленого кольору.

- загиблі і постраждалі з вкрай важкими, несумісними з життям ушкодженнями, а також знаходяться в термінальному стані (агональному), які потребують тільки в симптоматичного лікування – чорного кольору.

При цьому за участі середнього медичного персоналу повинен витримуватися

Алгоритми медичного сортування.

Послідовність дій яка дозволяє персоналу без медичної освіти провести швидку сортування постраждалих з використанням простих методів оцінки їх стану, керуючись, як правило, 4 основними критеріями:

- здатність потерпілого самостійно пересуватися,
- рівень його свідомості,
- стан дихання,
- стан кровообігу.

Алгоритми медичного сортування :

START, JumpStart , SALT , Triage Sieve, Care Flight Triage, Sacco Triage Method, Pediatric Tape Triage , MASS Triage SAVE, CESIRA, Tramin.

START – Здатність рухатися.

Якщо, проаналізувати стан справ в Україні, то у нас середні медичні працівники - найчисельніша ланка спеціалістів охорони здоров'я, яка об'єднує понад 460 тис. медичних сестер, акушерок, фельдшерів, помічників санітарних лікарів, лаборантів, фармацевтів, зубних техніків та інших молодших спеціалістів, які працюють в лікувально-профілактичних закладах [8].

Фельдшер (від німецького Feld (поле), Feldscher – польовий лікар) – фахівець з середньою медичною освітою, який має право встановлювати у відсутності лікаря діагноз і проводити самостійне лікування.

Медична сестра - фахівець з середньою медичною освітою, яка працює під керівництвом лікаря або фельдшера, виконуючи їх призначення.

В деяких розвинених країнах до середнього медичного персоналу належать парамедики.

Парамедик (від англійського Para-medic) – фахівець з середньою медичною освітою або без нього, але пройшов спеціальну підготовку і володіє навичками надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі, що працює як правило в службі екстреної медичної допомоги, аварійно-рятувальних та військових підрозділах.

В системі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф станом на 01 січня 2018 р. екстрену медичну допомогу в Україні надають 2941 бригада (в 2016 р. – 2945 бригаад (- 4) з них:

- лікарських загальнопрофільних – 972, що становить 33%, (в 2016 році – 997 (34%);
- спеціалізованих – 119, що становить 4%, (в 2016 р. – 136 (5 %).
- фельдшерських – 1850, що становить 63%, (в 2016 р. – 1812 (61%);

Кількість посад за штатним розписом 51619 (у 2016 р. – 52102), з них:

- лікарів – 7727(14,9%), (2016 р. – 7868,75 (15%);
- молодших спеціалістів з медичною освітою – 22 220 (43%), (2016 р. – 18 759,75 (42%);
- фельдшери та медичні сестри 19319 (37%), (2016 р. – 18760 (36%);
- молодший медичний персонал – 5796 (11%), (2016 р. – 5852 (11%)).
- інший персонал – 15875 (31%), (2016 р. – 16458,75 (32%);
- водії – 11952 (23%), (2016 р. – 12498 (24%))

Укомплектованість працівників системи екстреної медичної допомоги в 2017 році складає **81%** (в 2016 р. – 88,8%), з них:

- лікарі – 62,% (2016 р. – 77%);
- молодші спеціалісти з медичною освітою – 86%, (2016 р. – 92%);
- фельдшери та медичні сестри 83,5%, (2016 р. – 92%);
- молодший медичний персонал – 84%, (2016 р. – 89%);
- інший персонал – 82%, (2016 р. – 91%).
- водії – 85%, (2016 р. – 93%) [18].

Таким чином, якщо проаналізувати означені показники, то 63% від загальної кількості бригад екстреної медичної допомоги складають фельдшерські бригади, водночас насторожує відсоток укомплектованості цих бригад, який з кожним роком має стійку тенденцію до зниження і складає 83,5%.

Особливої актуальності питання ролі середнього медичного персоналу набирає в процесі збереження здоров'я та життя бійців та населення в умовах гібридної війни на Сході України, що є найважливішим завданням системи охорони здоров'я держави. Питання щодо лікування, реабілітації та зменшення смертності поранених бійців на полі бою потребують першочергового вирішення. Своєчасне та якісне надання медичної

допомоги в багатьох випадках допомагає зберегти життя потерпілого, сприяє відновленню його боєздатності й працездатності. У цьому велику роль відіграє середній медичний персонал та безпосередньо весь особовий склад військ. Це означає, що кожен із вояків, незалежно від звання, має вміти і знати як забезпечити само- та взаємодопомогу на полі бою у разі поранення.

Минуло вже понад двадцять дев'ять років від часу, коли українські вояки брали участь у великомасштабних бойових діях.

Афганська війна (1979–1989 рр.) забрала життя 3280 українців. Отримали поранення понад 8 тис. вихідців з України. Стали інвалідами 3560 осіб. Нині, коли на сході України триває антитерористична операція, де гинуть і отримують поранення наші бійці, на часі пригадати досвід Афганістану [11, 12].

До 87% смертей у бою відбуваються до того, як поранений дістанеться до лікарняного закладу. На середній медичний персонал покладається надання першої медичної та долікарської допомоги пораненим і постраждалим у перші хвилини та години після поранення в залежності від тактичної обстановки, водночас відстрочення в організації надання першої медичної, долікарської та лікарської допомоги до доби, значно знижує показники видужання та підвищує ймовірність виникнення суттєвих ускладнень і смерті у 3 рази [11, 12].

Без перебільшення можна констатувати, що особлива роль у поліпшенні показників збереження життя і здоров'я військових і цивільного населення відводиться середньому медичному персоналу, саме від їхньої організованості, розпорядності та рівня професійної підготовки залежать показники ліквідації ліквідації медико-санітарних наслідків, саме на нього покладається лівова частка в організації надання медичної допомоги в осередках масових санітарних втрат та проведення заходів медичного сортування та евакуації поранених, постраждалих та хворих.

Не менш важливим питанням у збереженні життя та здоров'я військовослужбовців та населення є участь середнього медичного персоналу у проведенні заходів щодо навчання особового складу військ що приймають участь в Операції об'єднаних сил та населення в зоні безпеки правилам надання домедичної допомоги (само- і взаємодопомоги).

Надання оптимальної домедичної допомоги (само- і взаємодопомоги) першої медичної, долікарської допомоги на полі бою та у зоні за межами обстрілу дає можливість врятувати життя та зберегти здоров'я більшій кількості поранених вояків. Забезпечення бійців індивідуальними засобами захисту, зокрема індивідуальними аптечками з раціональним наповненням медичною та фармацевтичною продукцією, та навчання надання домедичної (само- і взаємодопомоги) дає значний шанс для бійця та його товаришів здійснити необхідну долікарську маніпуляцію, яка зможе не тільки врятувати життя бійця, але й уникнути інвалідизації [13–15].

Важливим фактором готовності середнього медичного персоналу та вояків до виконання завдань за

призначенням, є постійний їхній контроль забезпеченості – оптимальною та необхідною кількістю лікарських засобів та медичних виробів в індивідуальних аптечках бійців, сумках санітарів та наплічниках, сумках медичних військових, комплектах польових фельдшерських.

Надзвичайно важливу роль середній медичний персонал відіграв в роки Великої Вітчизняної війни. На початку війни з причини недостатньої кількості військових медиків на державному рівні було прийняте рішення про дострокові випуски в усіх вищих і середніх медичних навчальних закладах країни, що дало додатково близько 4000 лікарів і понад 13 тис. фельдшерів. Масштаби небувалої в історії війни потребували залучення сил і засобів цивільної системи охорони здоров'я.

Важливим державним заходом в організації надання допомоги пораненим під час бойових дій був наказ наркома оборони від 23 серпня 1941 р. про подання до нагород фельдшерів, медичних сестер, санітарних інструкторів рот, стрільців-санітарів взводів за винесення поранених з поля бою. Вперше в історії воєнної медицини врятування пораненого було прирівняно до подвигу бійців на полі бою.

Організація евакуації і лікування у спеціалізованих закладах з обов'язковим застосуванням на всіх етапах лікувальних засобів, регламентованих єдиною воєнно-польовою медичною доктриною, дали змогу в часи Великої Вітчизняної війни досягти незанихтаних в історії воєн результатів: повернення 72,3% поранених і 90,6% хворих у діючу армію.

Тисячі медичних працівників під час Великої Вітчизняної війни виявили безприкладний героїзм, самопожертву, вірність своєму обов'язку. Радянський уряд нагородив 116 тис. медичних працівників орденами та медалями, з них 40% жінок; 52 медики удостоєні звання Героя Радянського Союзу, з них 16 жінок. Сан дружинницю М.С.Нечипорук – єдину з медиків – було нагороджено орденом Слави трьох ступенів. Такої нагороди в усій Радянській Армії було удостоєно тільки 600 чоловік. Марія Сердюк, нагороджена багатьма бойовими орденами і медалями, Міжнародним комітетом Червоного Хреста була удостоєна вищої нагороди – медалі імені Флоренс Найтінгейл.

У винятково тяжких і небезпечних умовах доводилося подавати медичну допомогу пораненим партизанських загонів. У примітивних умовах, при нестачі перев'язувального матеріалу, інструментів, в імпровізованій операційній виконувались оперативні втручання. Оперованих доводилося перевозити на підводах, доглядати за ними в русі, часто під обстрілом [16].

Найтяжкою катастрофою з далекосяжними, важко передбачуваними наслідками для населення став вибух на Чорнобильській атомній електростанції (1986 р.), коли, за офіційними даними, у повітря потрапило понад 50 млн кюрі радіоактивності (за іншими джерелами – у 20 разів більше). Радіоактивного забруднення зазнали Гомельська та Могильовська області Білорусії, райони Київської і Житомирської областей України, частина Брянської області Росії. Підвищення радіаційного фону було зареєстровано у 23 країнах Європи, у США, Китаї, Японії.

Це була найбільша аварія за всю історію існування атомної енергетики. Вона набула глобальних масштабів.

За рішенням урядової комісії проведено евакуацію населення спочатку з десятикілометрової, а пізніше з тридцяти кілометрової зони.

Для медичного обстеження і надання медичної допомоги було створено 1964 лікарсько-сестринські бригади (6932 лікарів, 12699 середніх медичних працівників, 1250 студентів). Обстежено понад 600 тис. осіб (з них 215,3 тис. дітей) [17].

Означені беззаперечні факти є яскравими прикладами самовідданості і безприкладної пожертви середнього медичного персоналу в процесі надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях природного, техногенного, соціального та воєнного характеру.

Однак, якщо в країнах ЄС питанням розвитку і становленню середнього медичного персоналу приділяється максимум уваги і ці питання виведені в ранг на державний і міжнародний рівень то в нашій країні ці важливі питання потребують розвитку, починаючи з професійної підготовки та достойного рівня оплати праці, яка за різними джерелами на даний час є найнижчою в світі [19].

Висновки

1. В умовах зростання в усьому світі кількості, масштабів та інтенсивності надзвичайних ситуацій особлива роль відводиться системі охорони здоров'я і в першу чергу середньому медичному персоналу, без його безпосередньої участі повномасштабне проведення заходів з ліквідації їх медико-санітарних наслідків – неможливе.

В екстремальних ситуаціях в десятки раз зростає роль і фахівців середньої ланки охорони здоров'я на яких покладається велика відповідальність за вирішення складних і багатопланових завдань, що виходять за межі повсякденної діяльності, або виникають в їх практичній діяльності як поодинокі випадки.

Роль середнього медичного персоналу в процесі ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій переоцінити неможливо враховуючи те, що 63% бригад екстреної медичної допомоги складають фельдшерські бригади, значну частину в підрозділах медицини катастроф, а саме в бригадах екстреної медичної допомоги постійної готовності I черги, спеціалізованих медичних бригадах постійної готовності II черги та медичних загонах складає середній медичний персонал.

2. Враховуючи досвід організації медичного забезпечення бойових дій, в ході гібридної війни питання надання медичної допомоги на полі бою, надання медичної допомоги під час евакуації з поля бою та за межі зон безпеки та лікувальні заклади в основному покладено на середній медичний персонал. Особливу роль в організації надання медичної допомоги населенню в зонах безпеки на даний час виконують штатні військові медики бойових підрозділів, особовий склад військово-медичних підрозділів, підрозділів екстреної медичної допомоги та первинної медико-санітарної допомоги.

3. Безперечним залишається факт, що професійна підготовка середнього медичного персоналу повинна передбачати всебічну теоретичну і цілеспрямовану практичну підготовку на адекватне реагування на надзвичайні ситуації.

Поряд з цим виникає нагальна потреба приведення професійного рівня середнього медичного персоналу

екстреної медичної допомоги до вимог світових стандартів та сьогодення. Означене, вимагає перегляду та удосконалення програми підготовки фельдшерів з медицини невідкладних станів на передатестаційних циклах та курсах тематичного удосконалення.

Література

1. Конституція України. Ст. 3, 49 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/page>.
2. Федішин-Сорока М. А. Надання екстреної медичної допомоги в Україні / М.А. Федішин-Сорока, Д.В. Козак // Медсестринство. – 2011. – № 3. – С. 17-19.
3. Стандартизація надання екстреної медичної до помоги / М.Д. Близнюк, І.Й. Сличко, М.Л. Кулева, Г.Г. Лобода // Єдина система екстреної медичної допомоги. Створення та перспективи розвитку в Україні: зб. матер. Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю, м. Рівне, 22-23 березня 2012 р. - К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс», 2012. - С. 19-20.
4. Волосовець О. П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації / О. П. Волосовець // Медична освіта. - 2002. - № 4. - С. 15-16.
5. Про Затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги в Україні до 2010 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 05.11.07 р. № 1290.
6. Правові засади функціонування єдиної системи екстреної медичної допомоги / Г. Г. Рошчін, М. О. Стрельников, С. О. Гур'єв [та ін.] // Актуальні питання екстреної медичної допомоги і медицини катастроф : матер. Всеукр. наук.-практ. конф., 9-10 червня 2010 р., м. Тернопіль. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2010. - С. 8-9.
7. Доповідь М.С. Писли «Роль среднего медицинского персонала при реагировании и ликвидации последствий бедствия и чрезвычайных ситуаций» на IX Міжнародному Конгресі медсестринства «Сучасне медсестринство. Актуальні питання реабілітації пацієнта та персоналу на різних етапах лікування». 10-11. 05.2018 р., м. Київ, м. Одеса.
8. Удосконалення системи підготовки молодших спеціалістів бригад швидкої медичної допомоги (ШМД) / Г. Г. Рошчін, С. О. Гур'єв, Н. В. Гуселетова [та ін.] // Актуальні питання екстреної медичної допомоги і медицини катастроф : зб. матер. Всеукр. наук.-практ. конф., 9-10.06.2010р., м.Тернопіль. -Тернопіль : Укрмедкнига, 2010. - С. 48-49.
9. Наказ МОЗ України від 08.11.05 р. № 585 «Про затвердження Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр.».
10. Проблемні питання підготовки кадрів з екстреної медичної допомоги і медицини катастроф у вищих медичних навчальних закладах I-II рівнів акредитації. С.О. Ястремська, А.А. Гудима, Н.І. Рега ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» ННІ медсестринства.
11. Практичні рекомендації з надання першої медичної допомоги: Брошура-посібник / Українська Спілка ветеранів Афганістану (воїнів-інтернаціоналістів); Ред. П. Покутний. – К.: Новий друк, 2014. – 63 с.
12. Юрченко В. Д., Крилюк В.О., Гудима А. А. та ін. Домедична допомога в умовах бойових дій: Метод. посібник. – К.: Середняк Т. К., 2014. – 80 с.
13. Стечишин В. Врятуй себе і товариша на полі бою [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://na.mil.gov.ua/10660-vryatuj-sebe-i-tovarisha-na-poli-boyu>.
14. Тактична допомога пораненим у бою (Tactical Combat Casualty Care) [Електронний ресурс]. – Ре жим доступу: <http://www.medsanbat.info/taktichna-dopomoga-poranim-u-boyu-tactical-combat-casualtycare/>
15. Штульман А. «Золотой час» раненого солдата [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://army-news.ru/2014/09/zolotoj-chas-ranenogo-soldata/>
16. Медичні працівники у Великій Вітчизняній війні. Опубліковано admin. 22/09/2011-09:31.
17. Сучасні проблеми охорони здоров'я, Опубліковано admin. 23/09/2011-21:32.
18. Звіт закладів екстреної медичної допомоги за 2017 рік за формою 22.
19. Безкоровайна У.Ю. Порівняльний аналіз ролі медичних сестер в Україні та світі // Державне Управління, с. 88-91.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.08.2018 р.

Роль среднего медицинского персонала в процессе ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций

*В.В. Вороненко¹, В.М. Якимець², В.П. Печибориц³,
Г.А. Слабкий⁴, В.В. Якимець⁵, М.С. Пысла⁶*

¹ГП «Научно-практический медицинский центр детской кардиологии и кардиохирургии МЗ Украины»
²ГНУ «Центр инновационных медицинских технологий НАН Украины»
³ГУ «Украинский научно-практический центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф МЗ Украины»
⁴ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»
⁵ТОВ «Органосін ЛТД»
⁶Клиническая больница Министерства здравоохранения, труда и социальной политики Республики Молдова, г. Кишинев

Цель. Оценить роль среднего медицинского персонала, в процессе ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций в Украине.

Материалы и методы. В исследовании использованы нормативно-правовые документы государства, научные публикации, материалы научно-практических конференций по вопросам участия среднего медицинского персонала воинских частей и населения в условиях современных военных конфликтов и гибридных войн и на случаи чрезвычайных ситуаций техногенного, природного и социального характера.

Результаты. На основе изучения опыта роли среднего медицинского персонала в процессе ликвидации чрезвычайных ситуаций природного, техногенного, социального и военного характера в статье освещены вопросы его участия во II мировой войне, в войне в Афганистане и в условиях гибридной войны на востоке Украины во время ведения боевых действий в антитеррористической операции и операции объединенных сил.

Проведенный анализ участия в процессе осуществления лечебно-эвакуационных мероприятий в войсках ООС и среди населения, проживающего на территории, прилегающей к району боевых действий - в «пределах безопасности».

Выводы. Установлено, что на средний медицинский персонал ложится основное бремя в решении задач и проблем в процессе ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного, техногенного, социального и военного характера, только при активном участии и при высокой компетентности среднего медицинского персонала создаются оптимальные предпосылки для эффективного решения насущных проблем пострадавшего населения и войск.

Ключевые слова: роль среднего медицинского персонала, ликвидация последствий чрезвычайных ситуаций.

The role of medium medical personnel in the process of liquidation of the consequences of extraordinary situations

*V.V. Voronenko¹, V.M. Yakymets², V.P. Pechyborshch³,
G.O. Slabkiy⁴, V.V. Yakymets⁵, M.S. Pysla⁶*

¹SE "Scientific and practical medical center of children's cardiology and cardiosurgery of the Ministry of Health of Ukraine"
²SCI Center for Innovative Medical Technologies of the National Academy of Sciences of Ukraine
³SI "Ukrainian Scientific and Practical Center of Emergency Medical Care and Disaster Medicine of the Ministry of Health of Ukraine"
⁴SHEI "Uzhhorod National University
⁵LLC «Organosin LTD»
⁶Clinical Hospital of the Ministry of Health, Labor and Social Policy of the Republic of Moldova

Goal of research. Evaluate the role of medical staff in the process of eliminating the consequences of emergencies in Ukraine.

Materials and methods. The research used regulatory legal documents of the state, scientific publications, materials of scientific and practical conferences on the participation of military medical personnel of the military units and the population in the conditions of modern military conflicts and hybrid wars, and cases of man-made, natural and social emergencies.

Results. Based on the experience of the role of middle medical personnel in the process of eliminating natural, man-made, social and military emergencies, the article covers issues of its participation in the Second World War, the war in Afghanistan and the conditions of the hybrid war in eastern Ukraine during the conduct of hostilities in antiterrorist operation and joint operations.

The analysis of the state of participation in the process of medical and evacuation activities in the EOM troops and among the population living in the territory adjacent to the area of hostilities - in the "security limits" has been carried out.

Conclusions. It has been established that the main medical staff faces the main burden in solving tasks and problems in the process of eliminating the consequences of natural, technological, social and military emergencies, only with the active participation and provided the high competence of the medical staff creates the optimal preconditions for effective solution of urgent needs the affected population and troops.

Key words: role of middle medical personnel, liquidation of consequences of emergency situations.

Відомості про авторів

Вороненко Володимир Васильович – доктор медичних наук, професор, заслужений працівник охорони здоров'я, заступник директора ДП «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України», 04050 м. Київ, вул. Мельникова, 24.

Якимець Володимир Миколайович – доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України, заступник директора ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України» м. Київ, вул. Смірнова-Ласточкина, 22, 04053, Україна.

Печиборщ В'ячеслав Петрович – доктор медичних наук, доцент, заслужений працівник охорони здоров'я, завідувач наукового відділу ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», вул. Братиславська, 3.

Слабкий Геннадій Олексійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я факультету післядипломної освіти та до університетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пл. Народна, 3 м. Ужгород, закарпатська обл., 88000, Україна.

Якимець Володимир Володимирович – кандидат медичних наук, регіональний менеджер ТОВ «Органосін ЛТД», офісний центр «Флора парк», вул. Сікорського 8, м. Київ, 04112, Україна.

Писла Михайло Сергійович – кандидат медичних наук, доцент, консультант ВООЗ з питань управління ризиками надзвичайних ситуацій в охороні здоров'я, Клінічна лікарня Міністерства охорони здоров'я, праці і соціальної політики Республіки Молдова, м. Кишинів.

УДК 616-058(477.87)

Р.Ю. Погоріляк

Стан та перспективи розвитку кадрового забезпечення охорони здоров'я на регіональному рівні

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

Мета – проаналізувати та узагальнити основні проблеми кадрового забезпечення на регіональному рівні та обґрунтувати пріоритетні напрямки щодо підвищення ефективності кадрової політики.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження служили дані звітних форм та соціологічного опитування серед керівників сфери охорони здоров'я на регіональному рівні.

Результати. Результати досліджень дозволили встановити:

1. Несприятливу демографічну ситуацію (високий рівень смертності, зростання частоти захворювань та інвалідності серед усіх вікових категорій) як для європейського регіону;
2. Надмірно високий регіональний рівень забезпеченості населення ліжками; нераціональне використання ліжкового фонду; незадоволеність населення якістю та доступністю наданими їм медичними послугами через застаріле обладнання, високу вартість процедур та платні послуги;
3. 66,2% управлінців області під час роботи знаходяться під впливом психологічного перевантаження та напружених стресових чинників, а їх психічна стійкість та стиль поведінки у разі конфлікту залежить від їх віку.

Висновки. Результати досліджень дозволили встановити, що кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я Закарпатської області має певні проблеми, а саме: зміни демографічних характеристик (депопуляція, високий рівень смертності, особливо немовлят); неоднорідність у географічному розподілі і професійній структурі працівників охорони здоров'я, значна міграція медичних кадрів, залежність між показниками якості і доступності медичної допомоги та параметрами кадрового забезпечення, а також проблеми психологічного характеру серед управлінців.

Ключові слова: кадрове забезпечення, система охорони здоров'я, підготовка управлінців.

Вступ

Ефективність діяльності системи охорони здоров'я значною мірою визначається її ресурсним забезпеченням, у першу чергу, кадровим. Це обумовлено провідною роллю кадрів у медичній сфері, використанням ними значної частини бюджету охорони здоров'я, залежності якості та доступності медичної допомоги від чисельності, рівня підготовки та розподілу фахівців і управління ними. Результати роботи працівників охорони здоров'я є суттєвими у формуванні популяційного здоров'я, яке в свою чергу визначає перспективи соціально-економічного, наукового, культурного розвитку будь-якого суспільства.

Вчені стверджують, що в Україні завдання розбудови ефективної кадрової політики мають дві ключові проблеми: по(перше, відсутність єдиної стратегії кадрової політики в сфері охорони здоров'я, по-друге, наявність певної невідповідності офіційної звітності про якість кадрового потенціалу країни реальному стану справ. Для розробки ефективної політики кадрових ресурсів необхідне проведення ретельного аналізу ситуації з виявленням основних досягнень, проблем, можливостей та загроз для її реалізації [3].

Незважаючи на низку проведених заходів і прийнятих документів щодо покращення кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я, суттєвих позитивних змін поки що так і не досягнуто [4].

Мета роботи – проаналізувати та узагальнити основні проблеми кадрового забезпечення на регіональному рівні та обґрунтувати пріоритетні напрямки щодо підвищення ефективності кадрової політики.

Матеріали і методи

Матеріалами дослідження служили дані звітних форм та соціологічного опитування. У дослідженні були використані методи соціологічний, соціально-психологічний, статистичний та економіко-математичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Необхідність визначення стану та перспектив розвитку кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні зумовлюється реальними політичними та соціально-економічними процесами, зокрема: демократизацією суспільства, інтеграцією України у європейське співтовариство; глобальними структурними процесами в економіці; зниженням рівня і погіршенням якості життя більшості громадян; критичною демографічною ситуацією; незадовільним станом здоров'я населення; низькою економічною ефективністю використання ресурсів охорони здоров'я, недосконалою системою оплати праці лікарів та інших працівників сфери охорони здоров'я; диспропорціями в розвитку

амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги; незадовільною екологічною ситуацією тощо.

Сьогодні перед більшістю країн світу постали значні проблеми у сфері охорони здоров'я, що пов'язані з демографічними і епідеміологічними зрушеннями, посиленням соціально-економічних нерівностей, дефіцитом ресурсів, розвитком технологій і запитами населення, які постійно зростають. Саме тому експерти Європейського регіону ВООЗ закликають керівництва країн до запровадження державних програм щодо покращення здоров'я населення та доступності медичних послуг [5].

Проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я, фахівці ВООЗ визначають одними з основних перешкод досягнення Цілей тисячоліття в сфері розвитку.

До типових вад кадрового забезпечення системи охорони здоров'я експерти ВООЗ відносять такі [1, 2]:

- зміни демографічних та епідеміологічних характеристик (старіння населення, вплив нових методів діагностики і лікування, зростання процесів мобільності та міграції населення та ін.);

- зберігаються традиційні підходи до підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами, що не задовольняють сучасним вимогам системи охорони здоров'я;

- виражена неоднорідність у географічному розподілі і професійній структурі працівників охорони здоров'я (загальна чисельність медичних кадрів; співвідношення лікарів і медсестер; дисбаланс фахівців загальної практики і вузьких спеціалістів; кадрове забезпечення медичної галузі в місті і селі та ін.);

- відсутність адекватної системи планування та прогнозування потреб у кадрових ресурсах охорони здоров'я;

- недосконала і ненадійна інформаційна та дослідна база з кадрових ресурсів охорони здоров'я.

Що стосується регіонального рівня, то кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я Закарпатської області має певні проблеми, а саме: несприятлива медико-демографічна ситуація в регіоні спостереження визначається депопуляцією, досить високим рівнем смертності (11,0‰), як для європейського регіону (6,7‰), особливо високим рівнем смертності немовлят, який на 11,2% є вищим за середній по Україні. Характерним є також зростання частоти захворювань серед дітей віком 0-14 років на 26,9%, серед підлітків – на 37,2%, а серед населення старших вікових груп – на 6,4%.

Погіршення стану здоров'я населення призвело до зростання рівня інвалідності серед населення працездатного віку на 41,3%, а серед дорослого населення – на 32,1%.

Встановлено надмірно високий регіональний рівень забезпеченості населення ліжками (68,0 на 10 тис. населення) у порівнянні з середньоєвропейським показником, обрхованим для країн у цілому (55,0 на 10 тис. населення); нераціональне використання ліжкового фонду, про що свідчить висока тривалість перебування хворого на ліжку (11,3 дні) в порівнянні з середньоєвропейським рівнем (9,0 днів). За допомогою соціологічного дослідження встановлено, що 46,0%

населення залишаються незадоволеними якістю та доступністю наданими їм медичними послугами, а найбільшими проблемними є: застаріле обладнання, висока вартість процедур та платні послуги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Для регіонального рівня характерним є зменшення забезпеченості населення середнім медичним персоналом (на 9,5%), що веде до поступового зниження співвідношення між лікарями та середнім медичним персоналом (від 1:2,7 до 1:2,4 при оптимальному 1:4); недостатньої забезпеченості лікарями-практиками (29,1 на 10 тис. населення), які безпосередньо надають медичну допомогу населенню (середньоєвропейський показник – 33,0 на 10 тис населення); значне постаріння медичних працівників (біля 20,0 % лікарів та 10,0% СМП є особами пенсійного віку); міграція медичних кадрів, особливо серед жіночої статі (72%), працездатного віку (71,0%), з вищою кваліфікаційною категорією (44,0%) та висока частка медичного персоналу, які мають малий досвід роботи, про що свідчить наявність лише сертифікату спеціаліста (лікарів – 33,0% та 31,6% – середнього медичного персоналу).

Вивчення взаємозв'язку між окремими показниками здоров'я, показниками оцінки якості і доступності надання медичної допомоги та ресурсного забезпечення дозволило встановити, що найбільш чутливими та вагомими і швидко реагуючими параметрами кадрового забезпечення, зміна яких найбільшим чином впливає на зміну кінцевого результату є динаміка загальної кількості лікарів та забезпеченість населення ними, а також частка атестованих лікарів.

За результатами вивчення соціально-психологічних характеристик керівних кадрів охорони здоров'я було узагальнено психограму управлінця регіонального рівня і встановлено: високу та стабільну психічну стійкість керівника у міжособистісних стосунках (у 96,3% керівників), стиль примирення та компромісу поведінки при конфліктних ситуаціях (70,3%), високу та середню ступінь стійкості керівника до конфліктів у колективі (82,3%), ситуативно-особистісну орієнтацію керівника на себе та психологічний клімат у колективі (56,1%), високий та середній управлінський потенціал керівника (96,3%), антибюрократичний стиль роботи з документами (34,6%), маргінальний стиль прийняття керівником управлінських рішень (52,2%), середній та високий ступінь авторитарного стилю управління колективом (86,0). Крім того, дослідженням було встановлено, що 66,2% управлінців області під час роботи знаходяться під впливом психологічного перевантаження та напружених стресових чинників, а їх психічна стійкість та стиль поведінки у разі конфлікту залежить від їх віку.

Отже, для досягнення ефективності у реформуванні сфери охорони здоров'я галузева кадрова політика повинна обґрунтовано розроблятися з урахуванням реальних потреб та регіональних особливостей сфери охорони здоров'я.

Одним із першочергових напрямів оптимізації кадрової політики сфери охорони здоров'я має бути вдосконалення регуляторної бази, виходячи з наявних

проблем галузі, умов її розвитку та враховуючи рекомендації та досвід міжнародної практики (питання підготовки, розподілу, працевлаштування медичних кадрів, управління кадрами, підвищення мотиваційної складової тощо).

З метою підготовки управлінців, які б відповідали сучасним вимогам, гармонізованим з міжнародними, важливою є розробка моделі системи підготовки керівних кадрів охорони здоров'я, яка б включала запровадження магістратури з «Менеджменту охорони здоров'я» та удосконалення форм і методів навчання.

Висновки

Таким чином, результати досліджень дозволили встановити, що кадрове забезпечення сфери охорони

здоров'я Закарпатської області має певні проблеми, а саме: зміни демографічних характеристик (депопуляція, високий рівень смертності, особливо немовлят); неоднорідність у географічному розподілі і професійній структурі працівників охорони здоров'я, значна міграція медичних кадрів, залежність між показниками якості і доступності медичної допомоги та параметрами кадрового забезпечення, а також проблеми психологічного характеру серед управлінців.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із безпосередньою розробкою моделі системи підготовки керівних кадрів охорони здоров'я.

Література

1. Авраменко Т.П. Державна політика щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні / Т.П. Авраменко // Матеріали науково-практичної конференції «Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я». 2015. – Київ, 22 квітня.- С.3-7.
2. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. / Т.П. Авраменко. – К.: НІСД, 2012. – 35 с.
3. Савіна Т.В. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні: стан та перспективи розвитку / Т. В. Савіна // Державне управління. Інвестиції: практика та досвід № 15/2017.- С. 95-98.
4. *The role of human resource management in improving the performance of the health care system of Ukraine (2009) / The manual was prepared within the framework of the European Union project "Promoting Reform of Secondary Health Care in Ukraine"*, Kiev, pp. 38–39.
5. "WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel", available at : <http://www.who.int/hrh/en>.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.07.2018 р.

Состояние и перспективы развития кадрового обеспечения здравоохранения на региональном уровне

Р.Ю. Погорляк

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

Цель – проанализировать и обобщить основные проблемы кадрового обеспечения на региональном уровне и обосновать приоритетные направления по повышению эффективности кадровой политики.

Материалы и методы. Материалами исследования служили данные отчетных форм и социологического опроса среди руководителей здравоохранения на региональном уровне.

Результаты. Результаты исследований позволили установить:

1. Неблагоприятную демографическую ситуацию (высокий уровень смертности, рост частоты заболеваний и инвалидности среди всех возрастных категорий) как для европейского региона;

2. Чрезмерно высокий региональный уровень обеспеченности населения койками; нерациональное использование коечного фонда; недовольство населения

качеством и доступностью предоставленными им медицинскими услугами за устаревшего оборудования, высокую стоимость процедур и платные услуги;

3. 66,2% управленцев области во время работы находятся под влиянием психологической перегрузки и напряженных стрессовых факторов, а их психическая устойчивость и стиль поведения в случае конфликта зависит от их возраста.

Выводы. Результаты исследований позволили установить, что кадровое обеспечение сферы здравоохранения Закарпатской области имеет определенные проблемы, а именно: изменения демографических характеристик (депопуляция, высокий уровень смертности, особенно новорожденных); неоднородность в географическом распределении и профессиональной структуре работников здравоохранения, значительная миграция медицинских кадров, зависимость между показателями качества и доступности медицинской помощи и параметрами кадрового обеспечения, а также проблемы психологического характера среди управленцев.

Ключевые слова: кадровое обеспечение, система здравоохранения, подготовка управленцев.

**Status and prospects of the development
of human resources provision
of health care at the regional level**

R.Yu. Pohorilyak

SHEI "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

The purpose – to analyze and generalize the main problems of personnel supply at the regional level and to justify priority directions in improving the efficiency of personnel policy.

Materials and methods. The study materials consisted of reporting forms and a sociological survey among regional health managers.

Results. The research results allowed to establish:

1. Unfavorable demographic situation (high mortality rate, increase the incidence of diseases and disability among all age categories) both for the European region;

2. Excessively high regional level of population security: irrational using of the bed fund; dissatisfaction with the quality

of the population and the availability of medical services provided to them due to outdated equipment, high cost of procedures and paid services;

3. 66.2% of regional managers during work are under the influence of psychological overload and stressful factors, and their psychological stability and style of behavior in a conflict situation depends on their age.

Conclusions. The results of the research allowed to establish that the staffing of the healthcare sector of the Transcarpathian region has certain problems, namely: changes in demographic characteristics (depopulation, high mortality, especially infants); heterogeneity in the geographical distribution and professional structure of health care workers, significant migration of medical personnel, dependence between quality indicators and availability of medical care, staffing parameters and psychological problems among managers.

Key words: personnel support, health care system, training of managers.

Відомості про автора

Погоріляк Рената Юріївна – к.м.н., доц., завідувач кафедру громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін медичного факультету № 2 ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 616.33-089.87:613.25:303.71

I.M. Тодуров, О.В. Перехрестенко, Г.О. Слабкий, О.О. Калашніков,
С.В. Косюхно, В.М. Якимець, О.І. Плегуца, О.О. Потапов

Результати рукавної резекції шлунка з лапароскопічного та лапаротомного доступу у хворих на морбідне ожиріння

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

Мета – покращити результати лікування хворих на морбідне ожиріння шляхом порівняльної оцінки результатів рукавної резекції шлунка з лапароскопічного та лапаротомного доступу.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати рукавної резекції шлунка у 105 хворих на морбідне ожиріння (у 48 (45,7%) хворих операцію виконано з лапаротомного доступу, у 57 (54,3%) пацієнтів – з лапароскопічного доступу).

Результати. Виконання операції з лапароскопічного доступу не вплинуло на ефективність, проте дозволило скоротити час втручання з $194 \pm 19,7$ хв. до $127 \pm 21,4$ хв. ($t=36,3$, $P=0,0001$), об'єм крововтрати з $180 \pm 29,6$ мл до $45 \pm 19,7$ мл ($t=6,7$, $P=0,0001$), знизити виразність післяопераційного болю, частоту віддалених ускладнень з 25% до 8,7% ($\chi^2=5,06$, $P=0,025$).

Висновки. Лапароскопічна рукавна резекція шлунка має ряд суттєвих переваг порівняно із «відкритими» операціями.

Ключові слова: морбідне ожиріння, рукавна резекція шлунка, лапароскопія, лапаротомія, результати.

Вступ

С трімке поширення пандемії ожиріння на тлі низької ефективності консервативних програм профілактики та лікування означеного захворювання зумовили інтенсивний розвиток бариатричної хірургії [1, 2]. Сучасний етап еволюції хірургії ожиріння характеризується не лише розробкою нових методик операцій, а і широким впровадженням та використанням можливостей та досягнень мініінвазивних, ендоскопічних та роботизованих технологій [3, 4]. Швидке зростання популярності рукавної резекції шлунка зі збільшенням питомої ваги оперативних втручань виконаних з лапароскопічного доступу диктує необхідність критичної оцінки безпосередніх та віддалених результатів означеної методики, проведення порівняльного аналізу з показниками ефективності та безпеки «відкритих» операцій [5–7].

Мета роботи – покращити результати хірургічного лікування хворих на морбідне ожиріння шляхом порівняльної оцінки результатів рукавної резекції шлунка з лапароскопічного та лапаротомного доступу.

Матеріали та методи

Дослідження проведено на основі результатів обстеження та хірургічного лікування 105 хворих на морбідне ожиріння (47 чоловіків та 58 жінок віком від 18 до 68 років, середній вік – $41,8 \pm 12,4$ роки), яким за період з 2011 до 2016 року у відділі хірургії шлунково-кишкового тракту ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова» НАМН України було виконано рукавну резекцію шлунка – у 48 (45,7%) з лапаротомного (група порівняння), у 57 (54,3%) пацієнтів з лапароскопічного доступу (основна група). Всіх

пацієнтів було включено в дослідження за умови отримання від них добровільної інформованої згоди.

Порівняльна оцінка безпосередніх результатів рукавної резекції шлунка у групах дослідження полягала у вивченні часу виконання операції, об'єму крововтрати, частоти та тяжкості інтраопераційних та ранніх (протягом перших 30 діб післяопераційного періоду) післяопераційних ускладнень, післяопераційного ліжкодня, показника госпітальної летальності. Дослідження динаміки інтенсивності болю у пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді було проведено за візуальною аналоговою шкалою (VAS). За ключові показники ефективності та безпеки оперативних втручань, що вивчались у віддаленому післяопераційному періоді прийнято динаміку маси тіла, перебігу супутніх ожирінню захворювань та метаболічних порушень, якості життя хворих, а також частоту віддалених післяопераційних ускладнень. Якість життя пацієнтів досліджено за методикою Moorehead–Ardelt II шляхом серійного анкетування.

Статистичну обробку даних проведено з використанням методів варіаційної та описової статистики за допомогою пакета статистичного аналізу Statistica 6.0. Розбіжності отриманих результатів вважали статистично значимими при $P < 0,05$, що забезпечує 95% рівень ймовірності.

Результати дослідження та їх обговорення

Середня тривалість рукавної резекції шлунка з лапароскопічного доступу склала $127 \pm 21,4$ хв. (від 90 до 250 хв.) з лапаротомного доступу – $194 \pm 19,7$ хв. (від 115 до 260 хв.), середній об'єм інтраопераційної крововтрати – $45 \pm 19,7$ мл (від 20 до 110 мл) та $180 \pm 29,6$ мл (від 100 до 600 мл) відповідно. Тривалість рукавної резекції шлунка

та об'єм крововтрати при виконанні операції з лапаротомного доступу суттєво перевищили аналогічні показники в порівнянні з лапароскопічним оперативним втручанням ($t=36,3$, $P=0,0001$ та $t=6,7$, $P=0,0001$).

Стартова оцінка післяопераційного болювого синдрому в день виконання лапароскопічної операції становила $3,7 \pm 1,6$ бали (від 2,5 до 5,5 балів) та була суттєво нижчою в порівнянні з пацієнтами оперованими з лапаротомного доступу – $6,5 \pm 1,6$ балів (від 3,7 до 7,8 балів) – $t=18,5$, $P=0,0001$. Динаміка інтенсивності післяопераційного болю стала наочним відображенням однієї із суттєвих переваг лапароскопічного доступу, які пояснюють швидшу реабілітацію пацієнтів після застосування мініінвазивних методик.

Так, в першу післяопераційну добу оцінка болювого синдрому в основній групі склала $3,0 \pm 1,7$ бали з наступною досить швидкою регресією болю до $2,4 \pm 1,3$ бали (третя доба після операції) та до $0,9 \pm 0,9$ балів (сьома післяопераційна доба). Середня тривалість

проведення анагетичної терапії у вказаних пацієнтів становила $2,4 \pm 1,6$ доби (від 1 до 3 діб). Натомість в аналогічні строки спостереження (перша, третя та сьома доба) після «відкритої» рукавної резекції шлунка оцінка інтенсивності болю за візуальною аналоговою шкалою була суттєво вищою – $6,1 \pm 1,7$ бали, $4,8 \pm 1,3$ бали та $2,6 \pm 0,9$ балів відповідно ($P < 0,05$ при порівнянні з інтенсивністю болю після лапароскопічних втручань). Середня тривалість проведення анагетичної терапії у групі порівняння також була суттєво вищою, ніж у основній групі та склала $5,3 \pm 0,9$ діб (від 3 до 6 діб) – $t=23,7$, $P=0,0001$.

Інтраопераційні та ранні післяопераційні ускладнення виникли у 8 (16,7%) пацієнтів при виконанні «відкритої» операції та у 6 (10,5%) хворих оперованих з лапароскопічного доступу без статистично значимої різниці у групах дослідження ($\chi^2=0,003$, $P=0,95$). Порівняння частоти та структури ускладнень представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

Структура інтраопераційних та ранніх післяопераційних ускладнень у хворих основної групи залежно від оперативного доступу

Вид ускладнення	Рукавна резекція шлунка з лапароскопічного доступу, n (%)	Рукавна резекція шлунка з лапаротомного доступу, n (%)	P
Інтраопераційні ускладнення			
Кровотеча з селезінки	-	2 (4,2)	0,2
Розгерметизація лінії степлерного шва шлункової трубки	-	4 (8,3)	0,04
Ранні післяопераційні ускладнення			
Внутрішньочеревна кровотеча: із троакарної рани черевної стінки	1 (1,75)	-	0,54
із селезінки	1 (1,75)	-	0,54
із печінки	1 (1,75)	-	0,54
Неспроможність степлерного шва шлункової трубки	1 (1,75)	2 (4,2)	0,87
Перфорація шлункової трубки	1 (1,75)	-	0,54
Токсичний гепатит	1 (1,75)	-	0,54
Разом	6 (10,5)	8 (16,7)	$\chi^2 = 0,003$ $P = 0,95$

Таким чином, виходячи з наведених у таблиці 1 результатів, можна констатувати, що виконання рукавної резекції шлунка із лапароскопічного доступу (навіть з урахуванням можливого впливу на результат так званої «кривої навчання») не призвело до зниження рівня безпеки втручання в ранньому післяопераційному періоді. Середній термін стаціонарного лікування після «відкритої» рукавної резекції шлунка склав $10 \pm 5,1$ ліжко-дня (від 6 до 50 ліжко-днів), що значимо перевищувало аналогічний показник при лапароскопічному варіанті втручання – $8,1 \pm 5,12$ ліжко-днів (від 4 до 19 ліжко-днів) – $t=3,9$, $P=0,0001$. Летальних випадків не було.

Порівняльний аналіз ефективності рукавної резекції шлунка у віддаленому післяопераційному періоді в залежності від обраного варіанту доступу включав оцінку динаміки маси тіла та перебігу дисліпідемії, цукрового діабету 2 типу, артеріальної гіпертензії, синдрому Півківа протягом 36 місяців після операції.

Виконання лапароскопічної рукавної резекції шлунка забезпечило регресію $62,7 \pm 54,9\%$ надлишку маси тіла, компенсацію артеріальної гіпертензії – у $64,1\%$ пацієнтів, синдрому Півківа – у 100% хворих, дозволило досягти повної стійкої компенсації цукрового діабету 2 типу у $62,5\%$ випадків, зменшити частоту

гіперхолестеринемії у основній групі з 82,6% до 45,7%, гіпертригліцеридемії – з 56,5% до 34,2%.

Натомість за умови «відкритого» втручання було досягнуто регресії 63,7±54,5% надлишку маси тіла, компенсації артеріальної гіпертензії – у 64,1% пацієнтів синдрому Піквіка – у 100% хворих, повної стійкої ремісії цукрового діабету 2 типу у 55,6% хворих, зменшення частоти гіперхолестеринемії у групі порівняння з 62,5% до 37,5%, гіпертригліцеридемії – з 45% до 31%.

Відсутність статистично значимої різниці у групах дослідження за середніми значеннями втрати надлишку

маси тіла та регресією ключових маркерів метаболічного синдрому ($P>0,05$) засвідчила, що впровадження в клінічну практику лапароскопічної рукавної резекції шлунка не призвело до зниження ефективності методики.

Порівняльний аналіз «профілю безпеки» перебігу віддаленого післяопераційного періоду засвідчив структурну ідентичність ускладнень при обох варіантах оперативного доступу та суттєво нижчу їх частоту у основній групі дослідження (табл. 2).

Таблиця 2

Структура віддалених післяопераційних ускладнень у хворих основної групи залежно від оперативного доступу

Вид ускладнення	Лапароскопічна рукавна резекція шлунка, n=57	Рукавна резекція шлунка з лапаротомного доступу, n=48	P
Післяопераційна вентральна грижа	1	7	0,023
Залізодефіцитна анемія	1	2	0,59
Рефлюкс-езофагіт	4	3	$\chi^2 = 0,06$ P = 0,81
Розширення шлункової трубки	2	2	0,62
Загальна кількість хворих із віддаленими ускладненнями*	5	12	$\chi^2 = 3,93$ P = 0,047

* у одного пацієнта могло бути одне чи поєднання декількох ускладнень

При цьому варто зауважити, що вищезначені результати передусім були обумовлені суттєвим зменшенням частоти виникнення вентральних гриж з 14,6% після «відкритої» до 1,8% після лапароскопічної рукавної резекції шлунка ($P=0,023$).

Суттєва регресія надлишку маси тіла у поєднанні з високою частотою компенсації супутніх захворювань та покращенням психологічного стану пацієнтів основної групи призвели до позитивної динаміки якості життя хворих після рукавної резекції шлунка зі збільшенням індексу якості життя з (-1,6±0,6) бала до 2,0±0,4 балів у основній групі та з (-1,5±0,6) бала до 1,9±0,4 бала у групі порівняння без статистично достовірної різниці між значеннями показників ($P>0,05$). При цьому варто зауважити, що у хворих прооперованих з лапароскопічного доступу у строки спостереження 3–18 місяців після операції спостерігалась більш виразна позитивна динаміка індексу якості життя, ніж у пацієнтів яким було виконано «відкрите» оперативне втручання. Одержані результати на нашу думку пояснюються більш швидкими стартовими темпами реабілітації хворих після мініінвазивних втручань з прискореним відновленням фізичної та соціальної активності, більшим естетичним задоволенням доступом, меншою частотою грижоутворення, ніж у пацієнтів після «відкритої» рукавної резекції шлунка.

Таким чином вищезазначені результати переконливо засвідчують, що впровадження лапароскопічного доступу для виконання рукавної резекції шлунка дозволило зберегти ефективність вказаного баріатричного втручання та суттєво підвищити його «профіль безпеки» у післяопераційному періоді.

Висновки

Виконання рукавної резекції шлунка з лапароскопічного доступу має ряд суттєвих переваг у порівнянні із «відкритою» методикою та асоційоване зі зменшенням часу виконання операції, об'єму інтраопераційної крововтрати, зниженням виразності більшого синдрому у ранньому післяопераційному періоді, зменшенням тривалості госпіталізації. Впровадження лапароскопічної рукавної резекції шлунка суттєво не вплинуло на ефективність методики та дозволило значимо знизити частоту віддалених післяопераційних ускладнень.

Перспективи подальших досліджень

Вивчення можливостей та перспективи використання мініінвазивних методик у баріатричних хворих потребують проведення рандомізованих мультицентрових клінічних досліджень.

Література

1. Kang JH, Le QA: Effectiveness of bariatric surgical procedures: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine* 2017, 96(46), e8632.
2. Arterburn DE, Courcoulas AP: Bariatric surgery for obesity and metabolic conditions in adults. *BMJ*. 2014 Aug 27;349:g3961.
3. Buchwald H The evolution of metabolic/bariatric surgery. *Obes Surg*. 2014 Aug;24(8):1126-35.
4. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Vitiello A, Zundel N, Buchwald H, Scopinaro N: Bariatric Surgery and Endoluminal Procedures: IFSO Worldwide Survey 2014. *Obes Surg* 2017, 27(9), 2279-2289.
5. Arman GA, Himpens J, Dhaenens J, Ballet T, Vilallonga R, Leman G: Long-term (11+years) outcomes in weight, patient satisfaction, comorbidities, and gastroesophageal reflux treatment after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis*. 2016 Dec;12(10):1778-1786.
6. Sakran N, Raziq A, Goitein O, Szold A, Goitein D: Laparoscopic Sleeve Gastrectomy for Morbid Obesity in 3003 Patients: Results at a High-Volume Bariatric Center. *Obes Surg*. 2016 Sep;26(9):2045-2050.
7. Garofalo F, Denis R, Pescarus R, Atlas H, Bacon SL, Garneau P: Long-term outcome after laparoscopic sleeve gastrectomy in patients over 65 years old: a retrospective analysis. *Surg Obes Relat Dis*. 2017 Jan;13(1):1-6.

Дата надходження рукопису до редакції: 23.07.2018 р.

Результаты рукавной резекции желудка из лапароскопического и лапаротомного доступа у больных с морбидным ожирением

*И.М. Тодуров, А.В. Перехрестенко,
А.А. Калашиников, С.В. Косюхно,
В.Н. Якимец, А.И. Плегуца, А.А. Потанов*
ГНУ «Центр инновационных медицинских технологий НАН Украины», Киев, Украина

Цель – улучшить результаты лечения больных с морбидным ожирением путем сравнительной оценки результатов рукавной резекции желудка из лапароскопического и лапаротомного доступа.

Материалы и методы. Проанализированы результаты рукавной резекции желудка у 105 больных с морбидным ожирением (у 48 (45,7%) больных из лапаротомного, у 57 (54,3%) пациентов – из лапароскопического доступа).

Результаты. Выполнение операции из лапароскопического доступа не повлияло на эффективность, однако позволило сократить время вмешательства со 194±19,7 мин до 127±21,4 мин ($t=36,3$, $P=0,0001$), объем кровопотери со 180±29,6 мл до 45±19,7 мл ($t=6,7$, $P=0,0001$), уменьшить послеоперационную боль, частоту отдаленных осложнений с 25% до 8,7% ($\chi^2=5,06$, $P=0,025$).

Выводы. Лапароскопическая рукавная резекция желудка имеет ряд существенных преимуществ по сравнению с «открытыми» операциями.

Ключевые слова: морбидное ожирение, рукавная резекция желудка, лапароскопия, лапаротомия, результаты.

The results of sleeve gastrectomy from laparotomy and laparoscopic access in patients with morbid obesity

*I.M. Todurov, O.V. Perekhrestenko,
O.O. Kalashnikov S.V. Kosiuchno,
V.M. Yakimets, O.I. Plegutsa, O.A. Potapov*
SSI “Center for innovative medical technologies of NAS of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Aim. Improve the results of treatment patients with morbid obesity by assessing the results of sleeve gastrectomy from laparotomy and laparoscopic access.

Materials and methods. The results of sleeve gastrectomy in 105 patients were analyzed (in 48 (45.7%) cases procedure was performed from laparotomy, in 57 (54.3%) patients – laparoscopically).

Results. Performing the operation from laparoscopic access did not affect the effectiveness, but reduced the time of procedure – 194±19.7 vs 127±21.4 min ($t=36,3$, $P=0.0001$), blood loss – 180±29.6 ml vs 45±19.7 ml ($t=6.7$, $P=0.0001$), postoperative pain, frequency of late complications 25% vs 8.7% ($\chi^2=5.06$, $P=0.025$).

Conclusions. Laparoscopic sleeve gastrectomy has a number of significant advantages in comparison with «open» procedure.

Key words: morbid obesity, laparoscopy, laparotomy, sleeve gastrectomy, results.

Відомості про авторів

Тодуров Іван Михайлович – доктор медичних наук, професор, директор ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», Лауреат Державної премії України; 04053, м. Київ, Вознесенський узвіз, 22.

Перехрестенко Олександр Васильович – кандидат медичних наук, заступник директора з наукової роботи ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», провідний науковий співробітник відділу ендокринної та метаболічної хірургії; 04053, м. Київ, Вознесенський узвіз, 22.

Калашніков Олександр Олександрович – кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу малоінвазивної хірургії, ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»; 04053, м. Київ, Вознесенський узвіз, 22.

Косюхно Сергій Вікторович – кандидат медичних наук, зав. відділу малоінвазивної хірургії ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»; 04053, м. Київ, Вознесенський узвіз, 22.

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

Плегуца Олександр Іларійович – старший науковий співробітник відділу ендокринної та метаболічної хірургії ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»; 04053, м. Київ, Вознесенський узвіз, 22.

Потапов Олексій Андрійович – учений секретар, науковий співробітник відділу малоінвазивної хірургії ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»; м. Київ, Вознесенський узвіз, 22.

УДК 316.314.-2

В.Б. Радчук¹, Н.В. Гасюк¹, О.В. Клітинська², В.О. Бородач², П.О. Майструк²

Аналіз рівня прозапальних цитокінів в ротовій та ясенній рідині залежно від виду одонтопрепарування під металокерамічні конструкції

¹ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна
²ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

В статті приведений огляд наукової літератури за результатами комплексних морфологічних досліджень рівня прозапальних цитокінів в ротовій та ясенній рідині залежно від виду одонтопрепарування під металокерамічні конструкції.

Мета – проаналізувати літературні джерела із результатами визначення рівня медіаторів прозапальних процесів у ротовій та ясенній рідині в залежності від виду одонтопрепарування під металокерамічні конструкції.

Результати. Дослідження захисних сил організму при запальних захворюваннях пародонту дають змогу зробити висновок, що основні клінічні прояви захворювань пародонту більшою мірою залежать від активності клітин імунітету, ніж від безпосереднього впливу мікроорганізмів порожнини рота. Неадекватна імунна відповідь визначає патологічні зміни в пародонті – руйнування сполучної тканини, деструкцію кісткової тканини, тобто ступінь важкості захворювання.

Висновки. Вивчення різних ланок імунної відповіді, яка виникає у відповідь на бактеріальну інвазію, дослідження регуляторної функції Т-клітин, цитокінів в патогенезі захворювань пародонту, розуміння імунологічних механізмів, котрі лежать в основі деструктивних процесів в тканинах пародонту необхідно для створення раціональної схеми лікування запальних процесів даної ділянки.

Ключові слова: прозапальні цитокіни, регулятори запального процесу, IL-1, IL-1α, IL-1β, IL-6, IL-10, IL-12, TNF-α.

Вступ

Цитокіни являють собою групу поліпептидних медіаторів, що беруть участь у формуванні та регуляції захисних реакцій організму. Біологічні ефекти цитокінів здійснюються через специфічні клітинні рецепторні комплекси, що зв'язують цитокіни з дуже високою афінністю, причому окремі цитокіни можуть використовувати загальні субодиниці рецепторів [3, 6].

Залежно від характеру впливу на запальний процес, цитокіни поділяються на прозапальні, які беруть участь в ініціації запалення, і протизапальні. Ключовим прозапальним цитокіном є IL-1, основним протизапальним – IL-10. IL-1 поділяється на 2 фракції – IL-1α і IL-1β. Обидва цитокіни кодуються різними генами, але володіють практично однаковим спектром біологічної активності і конкурують за зв'язування з одними і тими ж рецепторами.

Мета дослідження – проаналізувати літературні джерела з характеристикою рівня медіаторів прозапальних процесів у ротовій та ясенній рідині в залежності від виду одонтопрепарування під металокерамічні конструкції.

Методи дослідження

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри терапевтичної стоматології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» «Розробка нових

індивідуалізованих підходів до діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у пацієнтів із первинними та вторинними ураженнями тканин порожнини рота на основі вивчення патогенетичних механізмів», № державної реєстрації 0117U003024.

Результати дослідження та їх обговорення

IL-1 виробляється багатьма клітинами організму. Головними його джерелами в організмі є моноцити і макрофаги, а також клітини Лангерганса, купферівські клітини в печінці, ендотеліальні клітини, фібробласти, кератиноцити, клітини мікроглії, нейтрофіли, Т-лімфоцити, крім Т-хелперів, дендритні клітини та ін.

Індукція синтезу IL-1 може бути викликана цілим рядом біологічно активних речовин, основними з яких є компоненти клітинних стінок бактерій (ліпополісахариди і пептидоглікани), а також антигени, імунні комплекси, цитокіни, продукти клітинного розпаду. У людини IL-1β є головною формою секреторного IL-1 в навколишнє середовище, що пояснюється переважним знаходженням IL-1α у вигляді мембранної форми.

Всі відомі біологічні ефекти IL-1 здійснюються за допомогою його зв'язування зі специфічними мембранними рецепторами, які експресуються на різних типах клітин-мішеней [1].

Для IL-1 характерним є те, що відповідь клітин на його дію розвивається при наявності мінімальної кількості задіяних специфічних рецепторів і вкрай низьких

концентрації ліганда. Плейотропний тип біологічної дії ІЛ-1 проявляється, починаючи з молекулярного внутрішньоклітинного рівня. Незважаючи на мінімальну кількість рецепторів що експресуються і зникаючої концентрації самого ІЛ-1, запускається клітинну відповідь, що в кінцевому підсумку призводить до експресії генів близько 100 цитокінів, гормонів, ферментів, факторів росту, інших біологічно активних речовин і їх рецепторів. Тому всі багаточисельні біологічні ефекти ІЛ-1 в організмі визначаються вже на субклітинному рівні. Клітинами мішенями для ІЛ-1 є Т- і В-лімфоцити, макрофаги, нейтрофіли, ендотеліальні клітини, дендритні клітини, базофіли, фібробласти, остеокласти, гепатоцити і інші клітини, тобто мішенями слугують клітини практично всіх органів і тканин [3].

Невід'ємною складовою частиною біологічної дії ІЛ-1 є його стимулюючий вплив на метаболізм сполучної тканини. Він стимулює проліферацію фібробластів і збільшує продукцію ними простагландинів, факторів росту і ряду цитокінів. Під впливом ІЛ-1 клітини сполучної тканини збільшують синтез колагену, колагенази, а також інших ферментів. Завершенням репарації можуть бути гіпертрофічні або келоїдні рубці, формування яких, пов'язане з підвищеним утворенням грануляційної тканини та посилюється під впливом високих концентрацій ІЛ-1.

ІЛ-1 може опосередковано індукувати гіпералгезію шляхом стимуляції синтезу простагландинів і тромбоксанів, модуляцію симпатичних волокон через підвищення експресії рецепторів до фактору росту нервів і брадикініну. ІЛ-1 бере участь в регуляції функцій ендотелію і системи згортання крові, індукуючи прокоагулянтну активність, а також діє на судини, викликаючи вазодилатацію. У нейтрофілів під дією ІЛ-1 спостерігається кисневий вибух. Одним з найбільш важливих біологічних ефектів ІЛ-1 є активація лімфоцитів, а особливо активація Т-хелперів.

ІЛ-10 – найбільш важливий протизапальний цитокін, який має головним чином протизапальну і антицитокінову дію. Джерелами ІЛ-10 є Т-хелпер-2-лімфоцити, В-лімфоцити, моноцити/макрофаги, кератиноцити, тучні клітини, тимоцити. Макрофаги продукують ІЛ-10 під впливом екзогенних і ендогенних факторів, таких як ендотоксини, катехоламіни та ін [6].

Свій вплив даний цитокін здійснює через рецепторний комплекс, який експресується на поверхні багатьох клітин. Клітинами-мішенями для ІЛ-10 є тучні клітини, В-лімфоцити, нейтрофіли, моноцити/макрофаги, але головними цілями для нього є антиген-представляючі клітини і лімфоцити.

ІЛ-10 є інгібітором запалення і цитокінового каскаду. Він пригнічує синтез цитокінів Т-хелперів 1, хемокінів, адгезивних молекул, пригнічує синтез моноцитарно-макрофагального фактору некрозу пухлини TNF- α , ІЛ-1, ІЛ-6, ІЛ-12, гранулоцитарного колоніестимулюючого фактору. Таким чином, головною функцією ІЛ-10 є обмеження і пригнічення запального процесу [4, 13].

На клінічних етапах підготовки опорних зубів для протезування незнімними ортопедичними конструкціями, в маргінальному пародонті виникає локальна імунна відповідь на гострий подразник в процесі ретракції ясен. Лабораторно це підтверджується доклінічними проявами ознак запального процесу шляхом розвитку дисбалансу цитокінового фону. Так, концентрація ІЛ-1 β підвищується в кілька разів, при цьому рівень протизапальних цитокінів знаходиться в стані, за якого відновлення балансу власними силами організму є неможливим [7].

Дослідження складу вмісту зубо-ясенної кишені дозволило за останні кілька років сформувати цитокінову концепцію розвитку запалення в пародонті. Відповідно до даної концепції активація пародонтопатогенних мікроорганізмів моноцитів і макрофагів на рівні зубо-ясенного з'єднання збільшує продукцію цими клітинами прозапальних цитокінів, викликаючи дисбаланс між їх про- і протизапальних пулами. Це є однією з основних причин пошкодження тканини пародонту, яке може привести до резорбції альвеолярної кістки.

Вважається, що одним із ключових механізмів формування остеопорозу при пародонтиті стає збільшення рівня основних прозапальних цитокінів ясенної рідини внаслідок перемикавання імунної відповіді на Th1-тип реагування і зниження активності В-лімфоцитів. Цей дисбаланс між про- і протизапальними пулами цитокінів при захворюваннях пародонту вважається наслідком неадекватної локальної імунної відповіді на мікрофлору. Високі концентрації міжклітинних медіаторів запалення в ясенній рідині у пацієнтів з запальними захворюваннями пародонту стають причиною появи зубо-ясенної кишені, дистрофії кісткової тканини альвеолярних відростків, змін складу і властивостей ротової рідини.

Цитокіни регулюють імунні механізми, спрямовані на елімінацію будь-якої генетичної інвазії (інфекційного агента) пошкоджених структур і відновлення сталості внутрішнього середовища [2, 9].

Біологічна дія цитокінів здійснюється через специфічні клітинні рецепторні комплекси. Цитокіни регулюють розвиток місцевих захисних реакцій в тканинах за участю різних типів клітин крові, ендотелію, сполучної тканини і епітелію. Місцеві механізми захисту здійснюються через ефекти дії ряду цитокінів (TNF- α , ІЛ-2, ІЛ-4, ІЛ-6, γ -інтерферон) шляхом формування типової запальної реакції. Запалення розвивається як реакція відповіді на пошкодження тканин патогенами за участю прозапальних цитокінів, до яких відносяться ІЛ-1, TNF, ІЛ-6, хемокіни і деякі інші цитокіни.

Початок запалення в яснах характеризується збільшенням об'єму циркулюючої крові, наслідком чого стає збільшення кількості функціонуючих капілярів, вони стають розширеними і кровонаповненими. Структурні зміни в ендотелії капілярів призводять до підвищення проникності їх стінки в результаті збільшення мікровезикулярного транспорту в ендотеліоцитах. Це є причиною міжклітинного набряку в епітелії ясен і веде до зниження диференційованості епітеліальних клітин і бар'єрних властивостей, скупченню мікроорганізмів

не тільки в ясенній борозні, а й між епітеліальними клітинами, посилення агресії мікроорганізмів анаеробного типу. Таким чином, оптимальний баланс співвідношення протизапальних інтерлейкінів та ІЛ-1 забезпечує адекватну реакцію організму у відповідь на впровадження чужорідного агента, а його зміна неминуче призводить до порушення функціонування цитокінової мережі, а отже, і імунної системи в цілому. В умовах запального процесу в пародонті відбувається неминуче пошкодження епітеліального бар'єру, що в сукупності з мікробною агресією призводить до активації епітеліальних клітин. При цьому епітеліоцити набувають властивості імуннокомпетентних клітин і починають виділяти цитокіни (ІЛ-1, ІЛ-6, ІNF- γ), а також хемокіни, відповідальні за залучення в слизову оболонку циркулюючих Т-лімфоцитів. Порушення цілісності епітелію за рахунок збільшення міжклітинних щілин – найбільш важливий фактор у розвитку запалення ясен [11, 15].

Медіатори імунної системи на різних етапах запалення мають різну активність. Їх сімейство включає медіатори доімунного запалення: TNF- α , IFN- α , IFN- β , ІЛ-1, ІЛ-6, ІЛ-12; хемокіни. Їх основними продуцентами є моноцити/макрофаги, фібробласти, ендотеліоцити. Регулятори активації, проліферації і диференціювання лімфоцитів – ІЛ-2, ІЛ-4, ІЛ-13, TGF- β – продукуються межепітеліальними лімфоцитами. Основні субпопуляції Т-лімфоцитів продукують регулятори імунного запалення IFN- γ (активатор моноцитів/макрофагів, NK-клітин), IFN- β (активатор нейтрофілів), ІЛ-5 (індуктор і активатор еозинофілів і В-клітин), ІЛ-9 (активатор тучних клітин), ІЛ-10 (інгібітор активності моноцитів/макрофагів), ІЛ-12 (активатор Т-кілерів, NK-клітин). Їх основним продуцентом є зрілі Т-хелпери, Т-кілери і деякі типи аксесорних клітин.

Хемокіни підсилюють спрямовану міграцію лейкоцитів у вогнище запалення, спільно з іншими цитокінами збільшують їх функціональну активність за рахунок стимуляції фагоцитозу, продукції кисневих радикалів, що в сукупності направлено на усунення патогенів. Одночасно протизапальні цитокіни активують метаболізм сполучної тканини, стимулюють проліферацію фібробластів і клітин епітелію, заповнення дефектів тканин і відновлення їх цілісності.

Встановлено, що ІЛ-1 є патогенетичним маркером важких форм хронічного пародонтиту, він стимулює в фібробластах синтез колагенази і сприяє їх трансформації в остеобласти. Поєднання цих двох механізмів може стати причиною тканинної деструкції слизової оболонки порожнини рота.

TNF- α є головним регулятором ранніх імунних реакцій, провідним активатором запального процесу і облігатним маркером аутоімунних захворювань. Виявлено, що TNF- α найбільш інтенсивно пригнічується кортизолом. У зв'язку з цим оцінка механізмів регуляції даного цитокіну створює певні складнощі. Рівень цитокінів в слині відрізняється варіабельністю в стані норми і значно змінюється в умовах патології. При цьому зміна концентрації цитокінів обумовлена не тільки важкістю патологічного процесу, а й його тривалістю.

Ряд робіт свідчить про зміни концентрацій ряду цитокінів (ІЛ-4, ІЛ-8, ІNF- γ , ІЛ-1 β і ін.) і деяких показників місцевого імунітету порожнини рота у процесі проведення ортопедичного лікування. У той же час до цих пір залишаються не вивченими механізми впливу на показники місцевого та системного імунітету самого процесу протезування. До цих пір не сформульовані критерії оцінки ступеня ризику порушення імунного статусу пацієнтів після проведеного ортопедичного лікування [8, 10, 14].

У більшості публікацій, присвячених вивченню показників місцевого імунітету у стоматологічних хворих, основним об'єктом дослідження є слина, а також капілярна кров ясен. В основному дослідження стосуються таких маркерів, як CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺, CD19⁺, відомості про фенотипування NK-клітин практично відсутні.

Поодинокі дослідження свідчать про велике практичне значення реакції систем загального і місцевого імунітету організму для з'ясування складних механізмів впливу протезів і протезних матеріалів на стан тканин порожнини рота і можливості прогнозування ефективності різних методів ортопедичного лікування.

Встановлено, що умовами, які сприяють порушенню імунного гомеостазу організму, є зміна субпопуляційного складу лімфоцитів, зниження імунорегуляторного коефіцієнта, збільшення кількості цитолітичних Т-лімфоцитів-кілерів і зміна кількості NK-клітини в крові людини. У периферичній крові, в залежності від тяжкості патологічних процесів в порожнині рота, відзначено зниження відносного і абсолютного вмісту Т-лімфоцитів. Запалення слизової оболонки порожнини рота супроводжується підвищенням вмісту В₁-клітин, яке нерідко поєднується з дисбалансом в співвідношеннях CD4⁺ і CD8⁺ клітин. Дослідження підтверджують наявність жорсткої кореляції між ушкодженнями м'яких тканин порожнини рота і вмістом в периферичній крові Т-лімфоцитів і їх регуляторних субпопуляцій. Це дозволяє по мірі зниження фенотипових лімфоцитів оцінювати і прогнозувати важкість патологічного процесу. При цьому вміст імуноглобулінів (G, A, M, D, E) в периферичній крові відрізняється від їх концентрації в слині. Залежно від тривалості і важкості захворювання рівень імуноглобулінів в слині може перевищувати сироваткові концентрації в 3–5 разів [5, 12, 16].

Висновки

Дослідження захисних сил організму при запальних захворюваннях пародонту дають змогу зробити висновок, що основні клінічні прояви захворювань пародонту більшою мірою залежать від активності клітин імунітету, ніж від безпосереднього впливу мікроорганізмів порожнини рота. Неадекватна імунна відповідь визначає патологічні зміни в пародонті – руйнування сполучної тканини, деструкцію кісткової тканини, тобто ступінь важкості захворювання.

Перспективи подальших досліджень

Вивчення різних ланок імунної відповіді, яка виникає у відповідь на бактеріальну інвазію, дослідження регуляторної функції Т-клітин, цитокінів в патогенезі захворювань пародонту, розуміння імунологічних механізмів, котрі лежать в основі деструктивних процесів

в тканинах пародонту необхідно для створення раціональної схеми лікування запальних процесів даної ділянки. Впливаючи на процеси і механізми регенерації, регулюючи баланс прозапальних та протизапальних цитокінів, враховуючи індивідуальні особливості пацієнта, можливим стає вплив на розвиток захворювань пародонту шляхом призупинення їх прогресування.

Література

1. *Абатуров А. Е.* Участие интерлейкинового семейства 1 в развитии воспалительной реакции при инфекционном процессе. 2. Роль il-1f1 (il-1a) и il-1f2 (il-1β) / А. Е. Абатуров, А. П. Волосовец, Е. И. Юлиш. // *Здоровье ребенка.* – 2014. – № 3 (54). – С. 154–159.
2. *Изменение* баланса цитокинов в десневой жидкости при заболеваниях пародонта и его значение для прогнозирования регенераторных нарушений в тканях пародонта / Л. Ю. Островская, Н. Б. Захарова, А. П. Могила [и др.] // *Саратовский научно-медицинский журнал.* – 2014. – № 3. – С. 435–440.
3. *Интерлейкин 1* как медиатор воспаления и терапевтическая мишень / А. Е. Ильина, М. Л. Станислав, Л. Н. Денисов [и др.] // *Научно-практическая ревматология.* – 2011. – № 5. – С. 62–71.
4. *Интерлейкин-1*, интерлейкин-10 в регуляции воспалительного процесса / С. Н. Серебренникова, И. Ж. Семинский, Н. В. Семенов [и др.] // *Сибирский медицинский журнал.* – 2012. – № 8. – С. 5–7.
5. *Оскольский Г. И.* Анализ местного и общего иммунитета при одонтопрепарировании / Г. И. Оскольский, А. В. Щеглов // *Фундаментальные исследования.* – 2012. – № 12. – С. 167–172.
6. *Роль* катехоламинов в развитии воспаления / В. П. Репина, О. А. Ставинская, А. В. Полетаева [и др.] // *Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия: Естественные науки.* – 2008. – № 2. – С. 30–34.
7. *Свойства* десневой жидкости при остром гингивите и хроническом пародонтите / Л. Н. Цыбиков, Е. Т. Доманова, В. В. Зобнин [и др.] // *Российский стоматологический журнал.* – 2012. – № 1. – С. 40–42.
8. *Cytokine profile in the gingival crevicular fluid of rheumatoid arthritis patients with chronic periodontitis* / F. Javed, H. B. Ahmed, T. Mikami [et al.] // *J Invest Clin Dent.* – 2013. – Vol. 5, № 1. – P. 1–8.
9. *Expression of TRAF6 and pro-inflammatory cytokines through activation of TLR2, TLR4, NOD1, and NOD2 in human periodontal ligament fibroblasts* / L. Tang, X. D. Zhou, Q. Wang [et al.] // *Arch Oral Biol.* – 2011. – Vol. 56, № 10. – P. 1064–1072.
10. *Fine-tuning of Th17 cytokines in periodontal disease by IL-10* / S. Moretti, L. Bartolommei, C. Galosi [et al.] // *J Dent Res.* – 2015. – Vol. 94, № 9. – P. 1267–1275.
11. *Mayer Y.* Anti-tumor necrosis factor-alpha therapy and periodontal parameters in patients with rheumatoid arthritis / Y. Mayer, A. Balbir-Gurman, E. E. Machtei // *J Periodontol.* – 2009. – Vol. 80, № 9. – P. 1414–1420.
12. *Rao R. S.* Oral cytokeratins in health and disease / R. S. Rao, S. Patil, B. S. Ganavi // *J Contemp Dent Pract.* – 2014. – Vol. 15, № 1. – P. 127–136.
13. *Salivary biomarkers associated with gingivitis and response to therapy* / B. Syndergaard, M. Al-Sabbagh, R. J. Kryscio [et al.] // *J Periodontol.* – 2014. – Vol. 85, № 8. – P. 295–303.
14. *Śledziewski T. K.* Proinflammatory cytokines in periodontal diseases and certain systemic disorders / T. K. Śledziewski, K. Glińska // *Przegl Lek.* – 2015. – Vol. 72, № 7. – P. 354–357.
15. *Tawfig N.* Proinflammatory cytokines and periodontal disease / N. Tawfig // *J Dent Probl Solut.* – 2016. – Vol. 3, № 1. – P. 012–017.
16. *The pro- and anti-inflammatory properties of the cytokine interleukin-6* / J. Scheller, A. Chalaris, D. Schmidt-Arras [et al.] // *Biochim Biophys Acta.* – 2011. – Vol. 1813, № 5. – P. 878–888.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.08.2018 р.

Анализ уровня провоспалительных цитокинов в ротовой и десневой жидкости в зависимости от вида одонтопрепарирования под металлокерамические конструкции

*В.Б. Радчук¹, Н.В. Гасюк¹,
О.В. Клитинская², В.О. Бородач², П.О. Майструк²*
¹ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины»,
г. Тернополь, Украина
²ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель исследования. Проанализировать литературные источники с характеристикой уровня медиаторов провоспалительных процессов в ротовой и десневой жидкости в зависимости от вида одонтопрепарирования под металлокерамические конструкции.

Результаты исследования. На клинических этапах подготовки зубов для протезирования несъемными ортопедическими конструкциями, в маргинальном пародонте возникает локальный иммунный ответ на острый раздражитель. Лабораторно это подтверждается доклиническими проявлениями признаков воспалительного процесса путем развития дисбаланса цитокинового фона.

Ключевым провоспалительным цитокином является IL-1, основным противовоспалительным – IL-10. IL-1 делится на 2 фракции – IL-1 α и IL-1 β . Индукция синтеза IL-1 может быть вызвана целым рядом биологически активных веществ, главными из которых являются компоненты клеточных стенок бактерий, а также антигены, иммунные комплексы, цитокины, продукты клеточного распада. При наличии раздражающего фактора концентрация IL-1 β повышается в несколько раз, при этом уровень противовоспалительных цитокинов находится в состоянии, при котором восстановление баланса собственными силами организма невозможно.

IL-10 является ингибитором воспаления и цитокинового каскада. Он подавляет синтез цитокинов Т-хелперов 1, хемокинов, адгезивных молекул, подавляет синтез моноцитарно-макрофагального фактора некроза опухоли TNF- α , IL-1, IL-6, IL-12, гранулоцитарного колониестимулирующего фактора. Таким образом, главной функцией IL-10 является ограничение и подавление воспалительного процесса.

Выводы. Основные клинические проявления заболеваний пародонта напрямую зависят от активности клеток иммунитета. Влияя на процессы и механизмы регенерации, регулируя баланс провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, становится возможным влияние на развитие заболеваний пародонта путем приостановления их прогрессирования.

Ключевые слова: провоспалительные цитокины, регуляторы воспалительного процесса, IL-1, IL-1 α , IL-1 β , IL-6, IL-10, IL-12, TNF- α .

Analysis of the level of proinflammatory cytokines in the oral and gingival fluid, depending on the type of odontopreparation for cermet structures

*V.B. Radchuk¹, N.V. Hasiuk¹,
O.V. Klitynska², V.O. Borodach², P.O. Maystruk²*
¹I. Horbachevsky Ternopil State Medical University,
Ternopil, Ukraine
²Department of Pediatric Dentistry, State Higher
Educational Establishment Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine.

Purpose. Analyze literature sources with a characteristic of the level of mediators of proinflammatory processes in the oral and gingival fluid, depending on the type of odontopreparation for cermet structures.

Results. At the clinical stages of the preparation of teeth for prosthetics with non-removable orthopedic structures, a local immune response to the acute stimulus appears in the marginal periodontium. This is confirmed in laboratory by preclinical manifestations of signs of the inflammatory process by developing an imbalance in the cytokine background.

The main pro-inflammatory cytokine is IL-1, the main anti-inflammatory cytokine is IL-10. IL-1 is divided into 2 fractions – IL-1 α and IL-1 β . The induction of IL-1 synthesis can be caused by a number of biologically active substances, the main of which are the components of the cell walls of bacteria, as well as antigens, immune complexes, cytokines, cell-decay products. In the presence of an irritating factor, the concentration of IL-1 β increases several times, while the level of anti-inflammatory cytokines is in a state where the balance of the body's own forces can not be restored. IL-10 is an inhibitor of inflammation and a cytokine cascade. It inhibits the synthesis of cytokines of T-helpers 1, chemokines, adhesion molecules, suppresses the synthesis of monocyte-macrophage tumor necrosis factor TNF- α , IL-1, IL-6, IL-12, granulocyte colony-stimulating factor. Thus, the main function of IL-10 is the restriction and suppression of the inflammatory process.

Conclusions. The main clinical manifestations of periodontal diseases directly depend on the activity of immunity cells. By influencing the processes and mechanisms of regeneration, regulating the balance of proinflammatory and anti-inflammatory cytokines, it becomes possible to influence the development of periodontal diseases by suspending their progression.

Key words: proinflammatory cytokines, inflammatory regulators, IL-1, IL-1 α , IL-1 β , IL-6, IL-10, IL-12, TNF- α .

Відомості про авторів

Радчук Володимир Богданович – аспірант кафедри терапевтичної стоматології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; майдан Волі 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Гасюк Наталія Володимирівна – д.мед.н., доц., доцент кафедри терапевтичної стоматології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; майдан Волі 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Клітинська Оксана Василівна – д.мед.н., професор, завідувач кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України»; площа Народна, 3, Ужгород, 88000, Україна

Бородач Володимир Олексійович – к.мед.н., доцент, доцент кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України»; площа Народна, 3, Ужгород, 88000, Україна

Майструк Павло Олегович – к.мед.н., доцент, доцент кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України»; площа Народна, 3, Ужгород, 88000, Україна

УДК 616.314–02:616.513.07–07

N.V. Hasiuk¹, R.A. Levandovsky², O.V. Klitynska³, P.O. Maistruk³, M.M. Sorohan²

Features of the diagnostic process of the red flap in the practice of a dentist

¹Ternopil State Medical University I. Ya Gorbachevsky, Ternopil, Ukraine

²Bukovynsky State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

³Uzhgorod National National University, Uzhhorod, Ukraine

The article presents the results of the study of the cellular composition of the oral mucosal membrane among patients with the most common clinical-morphological forms of the red flapper.

The purpose is to elaborate the peculiarities of the restructuring of the cellular composition of the mucous membrane of the oral cavity among patients with red scaly licorice.

Materials and methods. The material for cytological examination was carried out by means of scissors, and then transferred to a sterile slide glass, dried for 2-3 minutes. with open air access. Subsequently, they were painted for Romanovskii-Gimza, and carried out microscopic and morphological analysis of the cellular composition, taking into account maturation of cells of the multilayered flat epithelium in the normal range.

Results. The obtained data provide an opportunity to state that the restructuring of the cellular composition of patients oral mucosa with Juniper flap is characterized by changes in the epithelial component of the cytogram and due to the reaction of the own plate of the mucous membrane.

Conclusion. The obtained results give an opportunity to optimize the diagnostic process of the red flap at the early stages of the disease, to substantiate the treatment scheme and to predict the transformation of one clinico-morphological form into another.

Key words: lichen, cytogram, cellular composition, hyperkeratosis, pareceratosis, keratinization.

Introduction

The problem of timely diagnosis on the dental treatment of dermatoses with an autoimmune component, such as red flapper, aimed at achieving positive long-term results, is one of the leading places among the priority directions of the development of modern pathology of the oral mucosa.

The diagnostic process is difficult due to the isolated localization only on the mucous membrane of the oral cavity and is 30-35% [6].

An essential role in the etiopathogenesis of the red flap is given to the epitheliocytes, after activation of which they produce proinflammatory cytokines in a much larger number than mononuclear cells that infiltrate the affected tissues [4].

With the development of autoimmune conditions, including those such as red flap, there are changes in the level of cytokines in the blood and biological fluids (in the oral liquid), often correlating with the severity of the process [5].

It was established that the course of red flapping lichen occurs on the background of immunodeficiency states, which in the result leads to changes in the quantitative and qualitative composition of the microflora of the oral cavity [1].

According to the work of predecessors, among the patients with this nosological unit in 86.5%, violations of microbiocynosis of the oral cavity were detected, and in cases of severe forms of the disease, dysbiotic shifts in prevale.

Some atypical clinical manifestations of this disease, the bullous form of the red flap, Green's syndrome, require clinicians to use the most accurate and invasive laboratory diagnostic methods for verifying the diagnosis, which is difficult for dental treatment. Existing immunofluorescence,

histological, cytological methods of laboratory examination in most cases allow to clarify the diagnosis, but the issue of cytospecific changes in the epithelium of the oral mucosa in the early stages of the development of the pathological process and in the dynamics remains relevant.

Our preliminary work shows that it is not always possible to establish a diagnosis of "acantolytic pustular" with a detailed clinical morphological form in the first visit of the patient, provided the location of the focal point of the lesion in the oral cavity without a combined lesion of the skin [2, 3]. A similar clinical situation arises at the stage of diagnosis of "red scaly licorice".

The obtained results made it necessary to study in depth the clinically-morphological forms most widely used in dentistry and to propose cytological guidelines, since the main difficulties are related to the absence of a specific cytological picture of this disease. Necessity of candidiasis infection is determined in all subjects [7, 8].

The purpose of study was to optimize the minimally invasive methods of diagnosis of red flap on dentistry and to offer cytospecific criteria for diagnosis in the early stages of the disease, under the conditions of localization of the primary focus of the lesion only on the mucous membrane of the oral cavity.

Materials and methods

Patients received a general clinical dental examination and a material collection for cytological examination of the elements of the defeat, depending on the clinical and morphological form. Randomized patients with localization of lesion elements isolated on the oral mucosa.

Subsequently, the material was subjected to treatment according to the stages of the manufacture of the cytological preparation.

Patients received a general clinical dental examination and cytological examination. All patients underwent a dental examination with the definition of the prevalence of periodontal tissue diseases and the assessment of oral hygiene.

Indicators of the clinical dental examination were registered in medical cards of the dental patient form 0-43.

The hygienic Index (HI) was calculated by J.C. Green, J.R. Wermillion (1964), objectified the state of periodontal tissues on the basis of the analysis of the papillary-marginal-alveolar index (PMA) in the modification of C. Parma (1960).

The material for cytological examination was carried out by means of scissors, and then transferred to a sterile slide glass, dried for 2-3 minutes. with open air access. Subsequently, they painted for Romanovskii-Gimza, and carried out microscopic and morphological analysis of the cellular composition, taking into account maturation of cells of the multilayered flat epithelium in the normal range.

Results of the research and their discussion

Among clinic-morphological forms, hyperkeratinic-19 patients prevailed, 11 suffered from erosive-ulcer and 6 patients had oxidative-hyperemic. The sex distribution of patients remains constant – mostly female, middle-aged, with some tendency to rejuvenate. Patients' complaints are due to the clinic-morphological form of nosology. The clinical picture was characterized by the presence of keratinous papules, which are grouped in the form of strips, nets, lace plexuses, forming keratinized bridges between them. Accordingly, by the nature of the reactive changes of the mucous membrane on which the papules are located, one can determine the clinical and morphological form of the disease. It should be noted that the localization of the elements of the defeat is characterized by lesions of distal oral cavity and retro-molar area [6].

We have studied the cellular composition of the material in conditions of defeat of the mucous membrane of the oral cavity hyperkerathetic, oxidative-hyperemic, erosive-ulcer clinical and morphological forms.

In the study of the cytological composition of the smears taken from patients at the bottom of the ulcers in the erosive-ulcerative form of the red flap, the epithelial cells are determined at different stages of differentiation, namely, single basal cells that correspond to the first stage and the predominant number of intermediate cells.

Attention is drawn to the absence of parabasal cells. It should be noted that the intermediate epithelial cells have a polygonal shape, which violates the contamination of plasmolars and numerous usuries, with an eccentrically displaced nucleus in the stage of karyopicnosis. Determined single lymphocytes and neutrophilic granulocytes at different stages of phagocytosis. In the typical red-plated form, the composition of the cytogram taken from the papule elements of the defeat is characterized by a large number of epithelial cells, with the advantage of cells of the fourth, fifth and sixth stages of differentiation and horny scales, which characterizes the phenomenon of hyperkeratosis of these sites. In this case, an increase in the processes of desquamation of the horny

scales indicates the presence of inflammatory process in the own plate of the mucous membrane.

The analysis of the cytology of patients with the oxidative-hyperemic form of the red flap is characterized by the presence of a large number of epithelial cells at the fourth, fifth, and sixth stages of differentiation, namely superficial.

It should be noted that in single cells of the surface layer, the size and contours of plasmolars of which size correspond to the horny scales, nuclei are found in the state of karyopicnosis and fragmentation. The above cellular changes characterize the phenomenon of abnormal keratinization in the form of dyskeratosis and paracerotomy. It should be noted that the number of epithelial cells in the intermediate layer is relatively low, which indicates maturation of the epitheliocytes mucosa of the oral cavity.

The mechanism of transformation of the clinically-morphological forms of the red flap can occur under the conditions of both general (somatic pathology) and local factors (presence of dissimilar metals in the oral cavity, sharp edges of teeth, orthopedic constructions). We have proposed a scheme for cytotransformation of the epithelial component of the mucous membrane of the oral cavity under conditions of damage by the red flaccid lichen.

Conclusions

It is compulsory to conduct a microbiological investigation of the scaffold from the elements of the defeat, which will enable the verification of the microflora, which maintains this clinical and morphological form of the red plain lizard. Since we can assume that the transition from one form to another is characterized by a change in the microbiocynosis and the reaction of adsorption of microorganisms on the surface of the epithelial cells.

The cell composition of the cytogram is characterized by maturation of the epithelium in the form of para-hyper- and dyskeratosis and depends on the clinical-morphological form of the red flap. Cytospecific changes in epithelial cells are characterized by multiple invaginations of plasmolars, and karyopicnosis of the nucleus, up to fragmentation. The presence and quantitative composition of inflammatory cellular elements reflects the essence of pathomorphological changes in the epithelial and connective tissue components.

In particularly complex clinical cases characterized by a lack of positive dynamics in the prescribed pharmacotherapy, we recommend dynamic cytological monitoring and highly specific methods using immunohistochemistry and lectinogistochemistry in order to exclude the malignancy of this nosological unit. For immunohistochemical identification, we recommend using the KI-67 marker.

Prospects for further research

In the future it is planned to introduce into the clinic the pathology of the oral mucosa as a results of the study, which will enable to optimize the diagnostic process as the primary lesions of the mucous membrane of the oral cavity and manifestations of dermatosis in it with an autoimmune component under isolated isolation, through the use of minimally invasive diagnostic methods.

References

1. Anuradha C. H. Oral lichen planus / C. H. Anuradha, B. V. Reddy, S. R. Nandan // A review. N Y State Dent J., 2008. – Vol. 74, № 4. – P. 66–68.
2. Гасюк Н. В. Поширеність та аспекти діагностики акантолітичної пухирчатки в практиці лікаря стоматолога / Н. В. Гасюк, І. О. Іваницький, І. Ю. Попович // Вісник Української медичної стоматологічної академії : Актуальні проблеми сучасної медицини. – Том 13, випуск 3 (43). – 2013. – С. 16–19.
3. Prevalence and diagnostics aspects of akantolytic pemphigus in dentists practice / Гасюк Н.В., Іваницький І.О., Попович І.Ю., Мошель Т.М. // Матеріали V научно-практичної конференції Асоціації стоматологів Придністров'я. – Тирасполь. – 2013. – С. 109–111.
4. Лукиных Л. М. Перекисное окисление липидов как одно из звеньев потогенеза красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / Л. М. Лукиных, Н. В. Тиунова // Нижегородский медицинский журнал. – 2008. – № 2, вып. 2. – С. 105–107.
5. Mattila R. Immunohistochemical study on topoisomerase II alpha, Ki-67 and cytokeratin-19 in oral lichen planus lesions / R. Mattila, K. Alanen, S. Syrjnen // Arch Dermatol Res, 2007. – Vol. 298, № 8. – P. 381–388.
6. Терапевтична стоматологія: захворювання слизової оболонки порожнини рота / Данилевський М. Ф., Борисенко А. В., Антоненко М. Ю., Сідельникова Л. Ф., Нісін О. Ф., Рахній Ж. І. – Київ : Медицина, 2010. – С. 346–361.
7. Zeng X. Carriage rate and virulence attributes of oral Candida albicans isolates from patients with oral lichen planus: a study in an ethnic Chinese cohort / X. Zeng, X. Hou, Z. Wang // Mycoses, 2009. – Vol. 52, № 2. – P. 161–165.
8. Zeng X. Genotypic profiles and virulence attributes of Candida albicans isolates from patients with oral lichen planus / X. Zeng, C. Xiong, Z. Wang // APMIS. – 2008. – Vol. 116, № 4. – P. 284–291.

Дата надходження рукопису до редакції: 27.08.2018 р.

Особливості діагностичного процесу червоного плескатоного лишая у практиці лікаря-стоматолога

Н.В. Гасюк¹, Р.А. Левандовський²,

О.В. Клітинська³, П.О. Майструк³, М.М. Сорохан²

¹ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

²Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

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

В статті приведені результати дослідження клітинного складу слизової оболонки порожнини рота у хворих на найбільш поширені клініко-морфологічні форми червоного плескатоного лишая.

Мета – деталізувати особливості перебудови клітинного складу слизової оболонки порожнини рота у хворих на червоний плескатоный лишай.

Матеріали та методи. Забір матеріалу для цитологічного дослідження проводили шляхом зішкрябу із подальшим перенесенням його на стерильне предметне скло, висушуванням протягом 2-3 хв. при відкритому доступі повітря. В подальшому забарвлювали за Романовським-Гімза, і проводили мікроскопічний та морфологічний аналізом клітинного складу з урахуванням дозрівання клітин багатошарового плоского епітелію в нормі.

Результати. Отримані дані дають можливість стверджувати, що перебудова клітинного складу слизової оболонки порожнини рота у хворих на червоний плескатоный лишай характеризується змінами в епітеліальній складовій цитограм та обумовлена реакцією власної пластинки слизової оболонки.

Висновки. Отримані результати що дають можливість оптимізації діагностичного процесу червоного плескатоного лишая на ранніх стадіях захворювання, обґрунтування схеми лікування та прогнозування трансформації однієї клініко-морфологічної форми в іншу.

Особенности диагностического процесса красного плоского лишая в практике врача-стоматолога

*Н.В. Гасюк¹, Р.А. Левандовський²,
О.В. Клитинская³, П.О. Майструк³, Н.Н. Сорохан²*
¹ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины», г. Тернополь, Украина
²Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина
³ГВУЗ «Ужгородский национальный университет МОН Украины», г. Ужгород, Украина

В статье приведены результаты исследования клеточного состава слизистой оболочки полости рта у больных из разными клинико-морфологическими формами красного плоского лишая.

Цель – детализировать особенности перестройки клеточного состава слизистой оболочки полости рта у больных красным плоским лишаем.

Материалы и методы исследования. Забор материала для цитологического исследования проводили

путем соскоба с последующим переносом его на стерильное предметное стекло, высушиванием в течение 2–3 мин. при открытом доступе воздуха. В дальнейшем окрашивали по методике Романовского-Гимза, и проводили микроскопический и морфологический анализом клеточного состава с учетом созревания клеток многослойного плоского эпителия в норме.

Результаты. Полученные данные позволяют утверждать, что перестройка клеточного состава слизистой оболочки полости рта у больных на красный плоский лишай характеризуется изменениями в эпителиальной составляющей цитограмм и обусловлена реакцией собственной пластинки слизистой оболочки.

Выводы. Полученные результаты дающие возможность оптимизации диагностического процесса красного плоского лишая на ранних стадиях заболевания, обоснования схем лечения и прогнозирования трансформации одной клинико-морфологической формы в другую.

Ключевые слова: лишай, цитограмма, клеточный состав, гиперкератоз, паракератоз, ороговение.

Відомості про авторів

Гасюк Наталія Володимирівна – д.мед.н., доц., доцент кафедри терапевтичної стоматології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»; майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Левандовський Роман Адамович – д.мед.н., доцент кафедри ортопедичної стоматології Буковинського державного медичного університету; Театральна площа, 2, м. Чернівці, 58000, Україна.

Клітинська Оксана Василівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедрою стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська область, 88000, Україна.

Майструк Павло Олегович – к.мед.н., доцент кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська область, 88000, Україна.

Сорохан Микола Миколайович – асистент кафедри ортопедичної стоматології Буковинського державного медичного університету; Театральна площа, 2, м. Чернівці, 58000, Україна.

Профілактика плацентарної дисфункції у вагітних з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, Ужгород

Мета – проаналізувати ефективність проведеної профілактики плацентарної дисфункції в жінок із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі згідно з лабораторними, інструментальними, імуногістохімічними та гістологічними показниками.

Матеріали та методи. Для проведення поставлених нами завдань жінки були розподілені на дві групи. Основну групу сформували 70 вагітних, ІА (n=35) – вагітні з проявами плацентарної дисфункції без специфічної профілактики плацентарної дисфункції, ІВ (n=35) – вагітні зі специфічною профілактикою плацентарної дисфункції. Контрольна група – 30 здорових вагітних. Клінічно-лабораторне дослідження проводили відповідно до Наказу МОЗ України.

Результати та висновки. Оцінюючи позитивні результати з боку гормональної, білокпродукувальної системи, даних інструментального, морфологічного та імуногістохімічного дослідження у вагітних із застосуванням запропонованої нами профілактики плацентарної дисфункції (ІВ підгрупі) можна дійти висновку, що традиційні методи профілактики плацентарної дисфункції не спроможні суттєво вплинути на порушення та покращення показників до фізіологічного рівня. Водночас запропонована власна методика дозволяє досягти кращих результатів щодо більшості показників, а стосовно окремих процесів у плаценті дозволяє довести їх до рівня фізіологічної вагітності.

Ключові слова: вагітність, недиференційована диспазія сполучної тканини, відшарування плаценти, вітаміни та поліненасичені жирні кислоти.

Вступ

Плацентарна дисфункція може розвиватися під впливом різних причин. Порушення формування і функції плаценти можуть бути обумовлені захворюваннями серцево-судинної системи вагітної (вади серця, недостатність кровообігу, артеріальна гіпер та гіпотензія), патологією нирок, печінки, легень, крові, хронічною інфекцією, захворюваннями нейроендокринної системи (цукровий діабет, гіпо- і гіперфункція щитовидної залози, патологія гіпоталамуса і наднирників) та іншими патологічними станами. ПД при анемії обумовлена зниженням рівня заліза як у материнській крові, так і у самій плаценті, що призводить до пригнічення активності дихальних ферментів і транспортування заліза до плода [3].

За останній час помітно розширилися уявлення про етіологію та патогенез розвитку гестаційних ускладнень у вагітних жінок, однак ні одна із більшості теорій не дає повного пояснення всіх причин їх виникнення. Особливо на значну увагу заслужила теорія системної дисплазії сполучної тканини, як окремого прояву поліорганної недостатності сполучної тканини на рівні репродуктивної системи [8]. Вагітність і пологи у жінок з дефіцитом сполучної тканини поєднані з високим ризиком ускладнень як зі сторони матері, так і зі сторони плоду [6].

В останні роки у літературі зустрічаються наукові ствердження щодо ролі сполучнотканинних дисплазій з порушенням процесу плаценталізації, одним із проявів якого є передчасне відшарування плаценти. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, незважаючи на відносно низьку частоту (за різними

даними, від 0,8 до 2%), у порівнянні з іншими ускладненнями вагітності, залишається актуальною проблемою сучасного практичного акушерства.

Мета роботи – проаналізувати ефективність проведеної профілактики плацентарної дисфункції в жінок із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі згідно з лабораторними, інструментальними, імуногістохімічними та гістологічними показниками.

Матеріали та методи

Для проведення поставлених нами завдань жінки були розподілені на дві групи. Основну групу сформували 70 вагітних, ІА (n=35) – вагітні з проявами плацентарної дисфункції без специфічної профілактики плацентарної дисфункції, ІВ (n=35) – вагітні зі специфічною профілактикою плацентарної дисфункції. Контрольна група – 30 здорових вагітних. Клінічно-лабораторне дослідження проводили відповідно до Наказу МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р. "Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги".

Для оцінки ефективності профілактики плацентарної дисфункції проведено дослідження визначення рівня гормонів: естрадіолу, прогестерону, плацентарного лактогену, кортизолу в сироватці крові вагітних. Показники ендокринної функції визначали методом твердо фазового імуноферментного аналізу з використанням тест-систем, що ґрунтуються на дії моноклональних антитіл (ДИАМЕБ, Україна).

Білоксинтезувальну функцію вивчали методом твердофазового імуоферментного аналізу з використанням тест-систем, що оснований на дії моноклональних антитіл. Дослідження концентрації специфічних трофобластичного β 1-глікопротеїну (ТБГ) та плацентарного α 1-мікроглобуліну (ПАМГ) білків у сироватці крові у вагітних основної та контрольної груп [12].

Ультразвукове дослідження (УЗД) проводили з використанням УЗД-апарата «АЛОКА-1400» із застосуванням датчика з частотами 5,0 та 7,5 МГц. Обстеження виконували в термінах 20-24, 28-32 та 36-38 тижнів вагітності, яке включало фотометрію, оцінку стану плода, виявлення маркерів хромосомних аномалій і внутрішньоутробного інфікування плода, плацентографія, оцінку якості навколоплідних вод, доплерометрію. Макроскопічну характеристику плаценти здійснювали описовим методом, згідно з органо метричними параметрами, які є найбільш інформативними для оцінки плацентарної недостатності. Проводили імуногістохімічні методики на плацентарний лактоген та ТБГ.

Результати дослідження та їх обговорення

Основну групу сформували 70 вагітних, ІА (n=35) – вагітні з проявами плацентарної дисфункції без специфічної профілактики плацентарної дисфункції, ІВ (n=35) – вагітні зі специфічною профілактикою плацентарної дисфункції. Контрольна група – 30 здорових вагітних з фізіологічним перебігом вагітності. Наведені результати ефективності проведеної профілактики плацентарної дисфункції у жінок групи ризику, які оцінені завдяки клінічним, лабораторним, інструментальним, імуногістохімічним та гістологічним методами досліджень.

Під час аналізу нами було встановлено, що середній вік жінок у двох досліджуваних групах статистично не відрізнявся і становив у контрольній – $27,23 \pm 0,76$ року, в основній – $27,12 \pm 0,44$ року. Половина осіб у двох групах були віком 25–30 років, практично однакову частку становили жінки віком до 25 та понад 30 років.

При виявленні плацентарної дисфункції у вагітних жінок із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі, до комплексу лікувальних профілактичних заходів слід призначати препарати, які поліпшують МПК і ФПК, які дають змогу пролонгувати вагітність, оптимізувати гомеостаз, інтенсифікувати газообмін, коригувати реологічні та коагуляційні властивості крові, усунути гіповолемію та гіпропротеїнемію, нормалізувати судинний тонус та скоротливу активність матки, посилити антиоксидантний захист, нормалізувати метаболічні та обмінні процеси, підготувати вагітну до розродження в оптимальні терміни [13].

Метаболічна терапія ПД в амбулаторних умовах включає застосування Актотегіну. Амбулаторно його можна призначати для профілактики ПД вже у І триместрі вагітності по 1 таблетці (200 мг) 2–3 рази на день протягом 3 тижнів і далі у групах ризику розвитку ПД. Основою фармакологічної дії Актотегіна є його вплив на процеси внутрішньоклітинного метаболізму, поліпшення транспортування глюкози і поглинання кисню в тканинах.

Доведено нейропротекторний ефект Актотегіна щодо головного мозку плода, який знаходиться в умовах гіпоксії. Цей лікарський засіб має анаболічну дію. Аналогічні схеми рекомендують для лікування гіпотрофії плода І–ІІ ступенів.

При порушенні кровообігу у мозкових артеріях плода призначають 80–160 мг (2–4 мл) Актотегіна + 2 мл Інстенона на 200 мл 57% глюкози протягом 5–10 днів під контролем доплерометрії з наступним переходом на амбулаторний прийом таблеток. Приймання Актотегіну при вагітності із соматичною патологією (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет), а також при акушерських ускладненнях (загроза переривання вагітності, пізній гестоз) дає змогу поліпшити стан матері та внутрішньоутробний розвиток плода. А це знижує частоту дострокового розродження [12].

Після 22–23 тижнів вагітності з метою профілактики плацентарної дисфункції (ПД) у комплексному лікуванні вагітних із ПД використовували препарат Цитофлавін та озонований 0,9% розчин NaCl. Препарат Цитофлавін застосовували зважаючи на низку обґрунтованих клінічно-лабораторних та морфологічних ланок патогенезу ураження фетоплацентарного комплексу (ФПК). До складу діючої речовини 1 мл Цитофлавіну входить 100 мг бурштинової кислоти, нікотинамід 10 мг, рибоксину 20 мг, рибофлавіну мононуклеотиду (рибофлавіну) 2 мг. Фармакологічний ефект зумовлений комплексним впливом антигіпоксичних речовин, які входять до складу компонентів препарату Цитофлавін. Препарат стимулює дихання й енергоутворення в клітинах, поліпшує процеси утилізації кисню тканинами, відновлює активність ферментів антиоксидантного захисту [10]. Цитофлавін активує внутрішньоклітинний синтез білка, сприяє утилізації глюкози, жирних кислот і ресинтезу в нейронах гамма-аміномасляної кислоти. Стимулює синтез АТФ, підсилює проліферацію пошкоджених клітин, ангиогенез, створює сприятливі умови для синтезу колагену і росту грануляційної тканини, покращує обмін у тканинах, підтримує і відновлює енергетичний метаболізм та окисне фосфорилування, забезпечує високоенергетичними фосфатами клітини, які знаходяться в умовах дефіциту живлення. Цитофлавін призначали жінкам основної групи по 10 мг (1 мл) у 200 мл 0,9% ізотонічного розчину NaCl або 5% розчині глюкози 1 раз на добу через день [11].

Поєднання медичного озону на тлі комплексної терапії покращує матково-плацентарний та плодово-плацентарний кровообіг за рахунок нормалізації судинної резистентності в маткових, спіральних та плацентарних артеріях. Механізмом дії озонованого фізіологічного розчину є активація біоенергетичних процесів на клітинному рівні, покращання мембранного стану формених елементів крові і зниження їхньої агрегаційної здатності, позитивний вплив на гемореологію і периферичну гемодинаміку, що призводить до нормалізації мікроциркуляції, покращення віддачі кисню тканинам. Під впливом озону відбувається активний ріст тонкостінних судин з розширенням та збільшенням їхньої довжини [12]. Останній сприятливо впливає на функцію органів

(міометрій, плацента), які перебувають у стані гіпоксії. Застосування медичного озону не тільки позитивно впливає на перебіг вагітності та плацентарний комплекс.

Для поліпшення матковоплодово-плацентарного кровообігу ефективно застосувати Пентоксифілін (трентал). Препарат має судинорозширювальну дію, знижує периферичний судинний опір, посилює колатеральний кровообіг і капілярний кровотік, зменшує в'язкість крові та поліпшує її реологічний стан.

Невід'ємною частиною комплексу терапевтичних заходів є використання лікарських засобів, направлених на поліпшення метаболічних і біоенергетичних процесів, гемодинаміки, газообміну та інших функцій плаценти (віт. В6, кокарбоксілаза, фолієва кислота). Використовують препарат «Фоліо» – поєднання фолієвої кислоти та йоду, застосовують 1 раз на день під час їди.

Зниженню тонуусу і резистентності судинної стінки сприяє прийом Магне В6. Іони Mg зменшують збудливість нейронів і сповільнюють нервово-м'язову передачу, а також беруть участь у різних метаболічних процесах разом із піридоксином. МагнеВ6 призначають по 2 таблетки 2–3 рази на день.

Важливе значення в терапії плацентарної дисфункції має нормалізація антиоксидантного захисту (віт. Е, С) [2]. У комплексному лікуванні ПД доцільно використовувати гепатопротектори (ессенціале), враховуючи важливу детоксикаційну функцію печінки. Ессенціале поліпшує перебіг ферментних реакцій, функцію печінки, мікроциркуляцію. Під його впливом у плаценті нормалізуються процеси ліпідного обміну, біосинтез циклічних нуклеотидів, білків та інших речовин [3].

Під час вивчення інфекцій, які передаються статевим шляхом, у контрольній групі не було виявлено жодного випадку на відміну від основної групи. Практично у кожній четвертій вагітній з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі був уреоплазмоз – 34 пацієнтки (28,33±4,11%), у 19 (15,83±3,33%) – гарднерельоз. З однаковою частотою у цих групах констатовано хламідіоз та трихомоніаз – по 10 випадків (8,33±2,52%). Половина вагітних основної групи (51,67±4,56%) були інфіковані грибами роду *Candida*, а в контрольній групі була тільки третина таких жінок (33,33±8,81%).

При гормональному дослідженні рівень естрадіолу, прогестерону, плацентарного лактогену при проявах ПД був значно нижчим, ніж при фізіологічній вагітності (контрольна група), але запропонована нами методика профілактики дозволила вірогідно підвищити показники ($P < 0,05$). Рівень вказаних гормонів порівняно зі стандартною методикою профілактики (ІА підгрупа) підвищувався [1].

Зокрема, рівень естрадіолу в жінок ІВ підгрупи був вищим при запропонованій методиці профілактики $44,7 \pm 1,14$ (нмоль/л) порівняно з жінками ІА групи $41,4 \pm 1,12$ (нмоль/л), рівень прогестерону у жінок ІВ підгрупи становив $579,1 \pm 4,86$ (нмоль/л) проти $538,6 \pm 4,14$ (нмоль/л), рівень плацентарного лактогену становив у підгрупі ІВ $277,0 \pm 4,11$ (нмоль/л) проти $258,4 \pm 4,02$ (нмоль/л) [9]. Водночас рівень кортизолу при застосованій нами профілактиці плацентарної дисфункції, на відміну від інших гормонів, особливо не відрізнявся ($p > 0,05$) (таблиця).

Таблиця

Динаміка змін рівнів гормонів плаценти у жінок досліджуваних груп залежно від виду лікування

Гормон	Строк гестації, тиж	ІА група	ІВ група
Естрадіол, нмоль/л	27-28	$41,4 \pm 1,12$	$44,7 \pm 1,14$
	32-33	$42,2 \pm 1,10$	$45,3 \pm 2,12$
Прогестерон, нмоль/л	27-28	$538,6 \pm 4,14$	$579,1 \pm 4,86$
	32-33	$539,2 \pm 2,12$	$583,6 \pm 2,32$
Плацентарний лактоген, нмоль/л	27-28	$258,4 \pm 4,02$	$277,0 \pm 4,11$
	32-33	$260,0 \pm 1,12$	$286,9 \pm 3,42$

Примітки: * – достовірність різниці відносно контрольної групи ($p < 0,05$); ** – достовірність різниці між I та II групами ($p < 0,05$).

Оцінюючи показники білок продукувальної функції плаценти встановлено, що рівень ТБГ при застосуванні запропонованої методики профілактики був вищим (ІВ) $10,30 \pm 0,080$ нг/мл, ніж при стандартній методиці профілактики $9,52 \pm 0,075$ нг/мл (ІА). При цьому запропонована методика профілактики дозволила досягти рівень ТБГ майже до цифр контрольної групи $10,34 \pm 0,074$ нг/мл. Інші закономірності були відзначені за ПАМГ. Зокрема, запропонована методика профілактики дозволила більш суттєво знизити рівень ПАМГ, а саме: для групи ІВ $62,11 \pm 0,27$ нг/мл порівняно з жінками підгрупи ІА $80,1 \pm 0,52$ нг/мл.

При імуногістохімічному дослідженні встановлено, що концентрація плацентарного лактогену в трофобласті хоріональних ворсин у підгрупі ІВ дещо покращила показники даного гормону $0,295 \pm 0,0127$ у. о. опт. густ. порівняно із стандартною методикою профілактики (група ІА) $0,241 \pm 0,0154$ у. о. опт. густ. При визначенні плацентарного лактогену в інвазивному трофобласті матково-плацентарної ділянки відзначені позитивні результати у групі ІВ ($0,298 \pm 0,0123$ у. о. опт. густ.) порівняно з групою ІА ($0,221 \pm 0,0125$ у. о. опт. густ.). Позитивний результат відзначений у підгрупі ІВ при дослідженні ТБГ у трофобласті хоріональних ворсинок ($0,325 \pm 0,0126$ у. о. опт. густ.). Проте концентрація ТБГ порівняно з жінками, які

отримували стандартну схему профілактики ПД (ІА), становила $(0,279 \pm 0,0134$ у. о. опт. густ.).

Морфологічні зміни в плацентах дали змогу обґрунтувати окремі ланки патогенезу більш високої ефективності запропонованого методу профілактики порівняно зі стандартним методом. Так, у відношенні до показника «середня кількість цитотрофобластичних клітин» запропонований метод профілактики виявився ефективним. Показник «середня кількість цитотрофобластичних клітин» нормалізувався і значно перевищував величину показника у групі зі стандартною профілактикою ПД $28,4 \pm 0,94$ (ІВ підгрупа) проти $16,2 \pm 0,64$ (ІА підгрупа). Визначаючи оптичну щільність специфічного імуногістохімічного дослідження протеїну ВАХ у цитоплазмі цитотрофобластичних клітин матково-плацентарної ділянки, встановлено, що даний показник знижувався в підгрупі ІВ $0,332 \pm 0,0034$ порівняно з підгрупою ІА $0,423 \pm 0,0061$. Застосування цитофлавіну, у комплексному поєднанні з озонованим фізіологічним розчином, зменшує інтенсивність ВАХ-залежного апоптозу інвазивного цитотрофобласта матково-плацентарної ділянки до фізіологічного рівня $0,329 \pm 0,0086$, що дає змогу зберегти необхідну кількість клітин цитотрофобласта для здійснення його інвазивних функцій.

Оцінюючи частоту ПД, відзначено, що в підгрупі ІВ значно менше траплялися акушерські ускладнення порівняно з жінками, яким застосовували традиційну методику профілактики дисфункції плаценти (ІА). Так, частота гіпотрофії плода та показник СЗРП І ступеня (симетрична форма) траплялися менше на 7,1% у групі ІВ, гіпоплазія плаценти рідше спостерігалася в жінок підгрупи ІВ на 1,4%. Помірне багатоводдя значно менше (на 15,7%) було відзначено у підгрупі ІВ.

Найбільш доказові зміни при КТГ дослідженні відзначено для наступних показників: базальна частота серцевих скорочень (БЧЧ), кількість, амплітуда та тривалість акселерації і децелерації. Відзначено, що в жінок, які отримували специфічну профілактику ПД, значно кращі результати були зареєстровані КТГ

дослідження порівняно з жінками, які отримували традиційну профілактику дисфункції плаценти. Так, БЧСС на 9,8% перевищувала показники у підгрупі ІВ порівняно з показниками жінок ІА підгрупи. Відзначено, що кількість, амплітуда та тривалість акселерацій значно більше спостерігались у жінок ІВ підгрупи, що характеризувало позитивний внутрішньоутробний стан плода. Кількість акселерацій у групі ІВ перевищувала показники на 41,9%, амплітуда акселерацій ІВ підгрупі перевищувала показники на 18%, триваліші акселерації були зареєстровані у жінок із проведеною специфічною профілактикою дисфункції плаценти – у підгрупі ІВ – на 31,8%. Встановлено, що кількість, амплітуда та тривалість децелерацій значно підвищувалися в жінок із традиційною методикою профілактики ПД (ІА), що свідчило про негативний внутрішньоутробний стан плода.

Ефективність проведеної нами профілактики плацентарної дисфункції оцінювали за показниками досліджень у жінок ІА та ІВ основної групи. Слід відзначити, що в жінок ІВ групи (з проведеною специфічною профілактикою дисфункції плаценти) лабораторні, інструментальні, імуногістохімічні та гістологічні дані позитивно відрізнялися від показників ІА групи.

Висновки

Запропонована методика профілактики порушень плацентарного комплексу дозволяє досягти кращих результатів щодо більшості показників, а у відношенні до окремих процесів у плаценті дозволяє довести їх до рівня фізіологічної вагітності.

Перспективи подальших досліджень

Отримані дані дозволяють уточнити та доповнити патогенетичну концепцію даного захворювання у вагітних жінок та відкрити нові напрямки лікування та профілактики гестаційних ускладнень, що зумовлює перспективу подальших досліджень.

Література

1. *Бесєдін В.М.* Стан гормональної функції плаценти у немолодих першородячих, можливості комплексної терапії фетоплацентарної недостатності / В.М. Бесєдін, М.В. Дорошенко-Кравчик // Вісн. наук. досліджень. – 2006. – № 2 (35). – С. 227-229.
2. *Громова О.А.* Применения витаминов у беременных в разных странах / О.А. Громова, И.Ю.Торшин, Н.В. Авдеева // Витамины в акушерстве и гинекологии С.156-158.
3. *Спиричев //* Вопросы перинатологии, акушерства и гинекологии. – 2011. - №11. – С.12-15.
4. *Жук С.І.* Плацентарна дисфункція та натуропатичні методи її лікування / С.І. Жук, Н.О. Данкович, Е.Ш. Абляєва // Здоров'я жінчини. – 2012. – № 2. – С. 96–99.
5. *Зарубина Е.Н.* Современный подход к лечению хронической фетоплацентарной недостаточности / Е. Н. Зарубина, О. А. Бермишева, А. А. Смирнова // Вестник Рос. ассоциации акушеникологов. – 2000. – № 4. – С. 61–64.
6. *Каліновська І.В.* Дослідження рівня плацентарного $\alpha 1$ -мікроглобуліну в материнській сироватці крові при плацентарній формі фетоплацентарної недостатності у різні терміни вагітності / І.В. Каліновська // Одес. мед. ж. – 2008. – № 2. – С. 53-55.

7. *Кирющенко П.А.* Патогенетическое обоснование тактики ведения отслойки хориона и плаценты на ранних сроках беременности / П.А. Кирющенко, Д.М. Белоусов, О.С. Александрина // Гинекология. – 2010. – Т. 12, № 1. – С.12-15.
8. *Липатов И.С.* Прогнозирование и диагностика плацентарной недостаточности на основе маркеров эндотелиальной дисфункции апоптоза и клеточной пролиферации / И.С. Липатов, Ю.В. Тезиков // Саратов. науч. мед. журн. – 2011. – Т. 7, № 1. – С. 52–59.
9. *Рец Ю.В.* Гормонально-гистометрические корреляции при хронической плацентарной недостаточности / Ю.В. Рец // Вопр. гинекол., акуш. и перинатол. – 2008. – Т. 7, № 1. – С. 12-15.
10. *Филиппов О.С.* Прогностическая значимость различных методов диагностики фетоплацентарной недостаточности / О.С. Филиппов, А.А. Казанцева // Пробл. репродукции. – 2007. – № 3. – С. 60-63.
11. *ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics.* Premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists // *Obstet. Gynecol.* – 2007. i Vol.109.iQ.1007-1019.
12. *Persicov A.V., Brodsky B.* Unstable molecules form stable tissues // *Proc. Natl. Acad. Sci.* – 2002. – Vol. 99 (3). – P. 1101–1103.
13. *Serhan C.N.* Resolving inflammation: dual anti-inflammatory and proresolution lipid mediators / C.N. Serhan, N. Chiang, T.E. Van Dyke // *Nat Rev Immunol.* – 2008. – № 8 (5). – P. 349-361.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.06.2018 р.

Профилактика плацентарной дисфункции у беременных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты в анамнезе

О.О. Корчинська, О.Ю. Чонко

Ужгородский национальный университет, медицинский факультет, кафедра акушерства и гинекологии, Ужгород

Цель – проанализировать эффективность проведенной профилактики плацентарной дисфункции у женщин с преждевременным отслоением нормально расположенной плаценты в анамнезе согласно лабораторным, инструментальными, иммуногистохимическими и гистологическими показателями.

Материалы и методы. Для проведения поставленных нами задач женщины были разделены на две группы. Основную группу сформировали 70 беременных, ИА (n=35) – беременные с проявлениями плацентарной дисфункции без специфической профилактики плацентарной дисфункции, ИС (n=35) – беременные со специфической профилактикой плацентарной дисфункции.

Контрольная группа – 30 здоровых беременных. Клинико-лабораторное исследование проводили в соответствии с приказом МЗ Украины.

Результаты и выводы. Оценивая положительные результаты со стороны гормональной, белокпродуцирующей системы, данных инструментального, морфологического и иммуногистохимического исследования у беременных с применением предложенной нами профилактики плацентарной дисфункции (ИС подгруппе) можно сделать вывод, что традиционные методы профилактики плацентарной дисфункции не способны существенно повлиять на нарушение и улучшение показателей в физиологического уровня. В то же время предложена собственная методика позволяет достичь лучших результатов по большинству показателей, а по отдельным процессам в плаценте позволяет довести их до уровня физиологической беременности.

Ключевые слова: беременность, недифференцированная диспазия соединительной ткани, отслойка плаценты, витамины и полиненасыщенные жирные кислоты.

Prevention of placental dysfunction in pregnancy with prevalent distribution of normally located placenta in anamnesis

O.O. Korchynska, O.U. Chonko

Uzhgorod National University, Faculty of Medicine,
Department of Obstetrics and Gynecology, Uzhhorod

Purpose – to analyze the effectiveness of the prevention of placental dysfunction in women with premature detachment of a normally located placenta in the history according to laboratory, instrumental, immunohistochemical and histological parameters.

Materials and methods. To accomplish our tasks, women were divided into two groups. The main group formed 70 pregnant women, IA (n=35) – pregnant with manifestations of placental dysfunction without specific prophylaxis of placental dysfunction, IV (n=35) – pregnant women with specific prophylaxis of placental dysfunction. Control group –

30 healthy pregnant women. Clinical and laboratory research was carried out in accordance with the Order of the Ministry of Health of Ukraine.

Results. Assessing the positive results from the hormonal, protein production system, data instrumental, morphological and immunohistochemical studies in pregnant women using the proposed prophylaxis of placental dysfunction (IV subgroup), we can conclude that traditional methods of preventing placental dysfunction can not significantly affect the violation and improvement of the indicators before physiological level. At the same time, the proposed own technique allows to achieve better results in relation to most indicators, and in relation to individual processes in the placenta allows them to reach the level of physiological pregnancy.

Key words: pregnancy, undifferentiated connective tissue dispassion, placental ablation, vitamins and polyunsaturated fatty acids.

Відомості про авторів

Корчинська Оксана Олександрівна – доктор медичних наук, професор кафедри акушерства та гінекології медичного факультету УжНУ, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Чонко Ольга Юрївна – лікар акушер-гінеколог Рахівської районної лікарні(90600, Закарпатська обл., Рахівський р-н, м. Рахів, вул. Карпатська, асистент кафедри акушерства та гінекології УжНУ, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Структурно-функціональні особливості серцево-судинної системи у пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки та супутньою артеріальною гіпертензією в складі метаболічного синдрому

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

Мета – дослідити функціональні особливості серцево-судинної системи у пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) та супутньою артеріальною гіпертензією (АГ) в складі метаболічного синдрому (МС) та провести аналіз зв'язку між виявленими змінами, метаболічними порушеннями та артеріальним тиском (АТ).

Матеріали та методи. Обстежено 60 пацієнтів із НАЖХП та супутньою АГ, 30 із яких мали ознаки метаболічного синдрому. Використано антропометричні, клінічні, лабораторні, інструментальні, статистичні методи дослідження.

Результати. У пацієнтів із НАЖХП у складі МС відмічається достовірне зниження систолічної функції лівого шлуночка в порівнянні із групою НАЖХП без МС: середнє значення фракції викиду у осіб із НАЖХП в складі МС – $56,30 \pm 8,83\%$, що достовірно нижче ($p < 0,05$), ніж у хворих на НАЖХП без МС – $62,83 \pm 5,75\%$. Показник маси міокарду лівого шлуночка, що характеризує ступінь гіпертрофії лівого шлуночка, у осіб із НАЖХП у складі МС достовірно більший, ніж у групі пацієнтів із НАЖХП з супутньою АГ без ознак МС ($p < 0,05$). Кореляційні зв'язки між лабораторними тестами (глюкоза, холестерин) та показниками ехокардіографії свідчать, що зміни вуглеводного та ліпідного обміну у хворих на НАЖХП із супутньою АГ асоціюються із ознаками ремоделювання серця.

Висновки. Серцево-судинна система у пацієнтів із НАЖХП та супутньою артеріальною гіпертензією у складі метаболічного синдрому має свої особливості, що залежать від рівня та варіабельності АТ, індексу маси тіла, рівня глікемії та дисліпідемії.

Ключові слова: неалкогольна жирова хвороба печінки, артеріальна гіпертензія, метаболічний синдром, ремоделювання серця, ехокардіографія, гіпертрофія лівого шлуночка, добове моніторинг артеріального тиску

Вступ

Актуальність вивчення коморбідної патології із залученням кардіологічних захворювань зумовлена не тільки важливістю попередження поліпрагмазії, а й потенціюванням негативного впливу поєданого перебігу на функціональний стан серцево-судинної системи (ССС) [1, 6]. З огляду на це, важливим є дослідження функціонального стану серця та судин в умовах наявності у пацієнта метаболічного синдрому (МС) – коморбідної патології, яку справедливо називають «смертельним квартетом» [7]. За умови існування неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) у складі метаболічного синдрому спостерігається взаємний обтяжуючий вплив даних захворювань, що, безперечно, накладає негативний відбиток на стані серцево-судинної системи, збільшуючи рівень кардіо-васкулярного ризику (КВР) коморбідних хворих [2–4].

Метою дослідження є оцінка функціональних особливостей ССС та аналіз зв'язку між виявленими змінами, метаболічними порушеннями та артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи

Аналіз функціональних особливостей серцево-судинної системи хворих на НАЖХП із супутньою АГ проведений у 60 пацієнтів, обстежених та пролікованих на кафедрі терапії та сімейної медицини ДВНЗ

«Ужгородський національний університет» протягом 2014–2017 рр. Кожному із пацієнтів, окрім загального клінічного обстеження, зроблено антропометричні вимірювання (маса тіла, зріст, індекс маси тіла (ІМТ) за формулою Кетле, обхват талії (ОТ)); знято ЕКГ в 12 стандартних відведеннях, проведено ехокардіографію (Ехо-КГ) у V- та M-режимах з доплером та добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ). Лабораторне обстеження включало показники, необхідні для постановки діагнозів НАЖХП і МС, та ліпідограму (загальний холестерин (ЗХС), тригліцериди (ТГ), ліпопротеїди низької щільності (ХС ЛПНЩ), ліпопротеїди дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ), ліпопротеїди високої щільності (ХС ЛПВЩ), коефіцієнт атерогенності (КА)). НАЖХП на стадії стеатозу верифікували за допомогою УЗД печінки та неінвазивного тесту – коефіцієнту накопичення жирів (Lipid Accumulation Product – LAP) [5, 8], який вираховувався за формулою: $LAP = (OT - 65) \times TГ$ (для чоловіків) або $LAP = (OT - 58) \times TГ$ (для жінок), де: ОТ – обхват талії в сантиметрах, ТГ – рівень тригліцеридів сироватки крові в ммоль/л. Значення LAP більше 4,28 інтерпретувалося як стеатоз печінки. Обробка даних здійснювалася за допомогою комп'ютерної програми STATISTICA 10.0 із попереднім створенням бази за допомогою електронних таблиць Excel.

Залежно від поєднання супутньої патології, хворі поділені на 2 групи. До групи 1 увійшли 30 пацієнтів із НАЖХП та АГ в складі метаболічного синдрому. Критеріями включення в цю групу були такі параметри:

наявна АГ>130/85 мм.рт.ст. (або прийом на момент включення в дослідження антигіпертензивної терапії); обхват талії (ОТ) >94 см для чоловіків і >80 см для жінок, що свідчить про абдомінальний тип розподілу жиру; ожиріння I, II або III ступеня (індекс маси тіла (ІМТ) >30); порушення вуглеводного обміну (предіабет або цукровий діабет другого типу); дисліпідемія: тригліцериди сироватки крові (ТГ) >1,7 ммоль/л; ЛПВЩ<1,0 ммоль/л для чоловіків і <1,3 ммоль/л для жінок; діагностована НАЖХП. Група 2 включала 30 хворих на НАЖХП, у яких не було ознак класичного МС, але була наявна артеріальна гіпертензія. Критеріями включення в цю групу були: діагностована НАЖХП; АТ>130/85 мм.рт.ст.; нормальна або надлишкова маса тіла (29,9>ІМТ>18,5); відсутність абдомінального типу ожиріння: ОТ<94 см у чоловіків та ОТ<80 см для жінок; відсутність цукрового діабету. Дана група була сформована з огляду на те, що важливим є визначення причини змін у серцево-судинній системі: просте переважання артеріальним тиском (цей фактор

є в обох досліджуваних групах) чи вплив метаболічних факторів, присутніх лише у осіб першої групи, що мають НАЖХП в складі метаболічного синдрому. НАЖХП в осіб другої групи в більшості випадків була випадковою знахідкою при проведенні УЗД печінки, виявлялася на стадії стеатозу та не супроводжувалася вираженими змінами ліпідного і вуглеводного обміну. Групами порівняння служили 20 нормотензивних осіб, що мали НАЖХП із нормальним вуглеводним обміном (НВО), та група 30 практично здорових осіб (ПЗО). Розподіл пацієнтів у групах за віком та статтю достовірно не відрізнялися. Дослідження виконано із дотриманням норм та правил біомедицинської етики. Пацієнти проінформовані про мету та дизайн дослідження, підписані інформовані згоди.

Результати дослідження та їх обговорення

У табл. 1 подано аналіз відхилень від норми, виявлених у показниках ехокардіографії (ЕхоКГ).

Таблиця 1

Зміни деяких показників ЕхоКГ у пацієнтів із поєднанням НАЖХП та АГ, що входили до групи 1 (із метаболічним синдромом) та групи 2 (без метаболічного синдрому)

Показник		І група (n=30)		II група (n=30)	
		n	(%)	n	(%)
↑ТМШП	всього	29	96,67	28	93,33
	чоловіки	20	95,24	22	95,65
	жінки	9	100	6	85,71
↑ТЗСЛШ	всього	21	70	19	63,33
	чоловіки	15	71,43	15	65,22
	жінки	6	66,67	4	57,14
Дилятація ЛШ	всього	11	36,67	3	10
	чоловіки	10	47,61	3	13
	жінки	1	11,11	0	0
Дилятація ЛП	всього	27	90	29	96,67
	чоловіки	20	95,24	22	95,65
	жінки	7	77,78	7	100
Знижена ФВ	всього	2	6,67	1	3,33
	чоловіки	2	9,52	0	0
	жінки	0	0	1	14,29
Зниження Е/А	всього	24	80	23	76,67
	чоловіки	16	76,19	18	78,26
	жінки	8	88,89	5	71,43
Збільшення DT	всього	23	76,67	30	100
	чоловіки	17	80,95	23	100
	жінки	6	66,67	7	100
Збільшення IVRT	всього	23	76,67	20	66,67
	чоловіки	15	71,43	15	65,22
	жінки	8	88,89	5	71,43

Примітки: n – кількість хворих з показником Ехо-КГ, що виходить за межі норми; % – відсоток пацієнтів з ненормальним показником від загальної кількості хворих у групі; ТМШП – товщина міжшлуночкової перегородки; ТЗСЛШ – товщина задньої стінки лівого шлуночка; ЛШ – лівий шлуночок; ЛП – ліве передсердя; ФВ – фракція викиду; Е/А – співвідношення максимальної швидкості раннього і пізнього наповнення лівого шлуночка; IVRT – час ізовольмічної релаксації (період від закриття аортального клапану до відкриття мітрального клапану); DT – час сповільнення потоку раннього діастолічного наповнення лівого шлуночка.

Як видно із табл. 1, достовірної різниці між показниками Ехо-КГ у двох групах не відмічалось ($p > 0,05$), за винятком фракції викиду (ФВ) ($p < 0,05$) (рис. 1).

Кожному із обстежених пацієнтів також розраховано масу міокарду лівого шлуночка (ММЛШ)

та індекс маси міокарду лівого шлуночка (іММЛШ), відповідно до яких оцінюється наявність гіпертрофії міокарду (табл. 2).

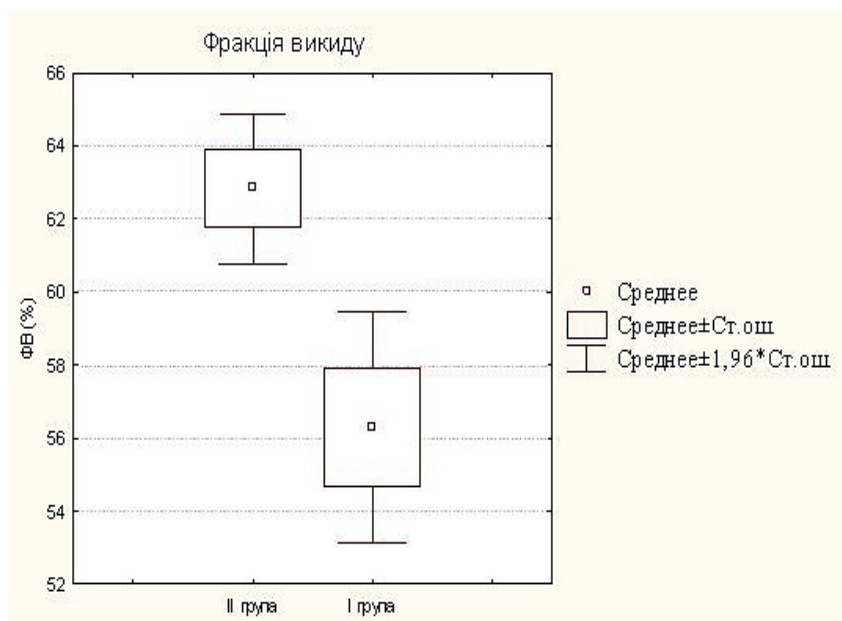


Рис. 1. Значення показника фракції викиду (ФВ) у пацієнтів обох груп

Таблиця 2

Середні значення окремих ехокардіоскопічних показників пацієнтів із НАЖХП та супутньою АГ в складі метаболічного синдрому (група 1) та із НАЖХП з АГ без метаболічного синдрому (група 2)

Показники Ехо-КГ		Група 1	Група 2	p
ММЛШ	всього	367,69±95,16	305,74±53,29	$p < 0,05^*$
	чоловіки	380,71±91,92	311,74±50,54	$p < 0,05^*$
	жінки	337,44±100,65	285,86±61,25	$p < 0,05$
іММЛШ	всього	175,63±43,04	169,30±28,17	$p < 0,05$
	чоловіки	178,33±43,14	170,70±26,58	$p < 0,05$
	жінки	169,33±44,72	165,14±35,04	$p < 0,05$
ФВ, %	всього	56,30±8,83	62,83±5,75	$p < 0,05^*$
	чоловіки	55,38±10,22	63,83±3,08	$p < 0,05^*$
	жінки	58,44±3,75	59,57±10,42	$p < 0,05$

Примітки: p – достовірність різниці показників двох груп; * – статистично вірогідна різниця при порівнянні показників між обома групами ($p < 0,05$); ММЛШ – маса міокарду лівого шлуночка; іММЛШ – індекс маси міокарду лівого шлуночка; ФВ – фракція викиду.

Зробивши аналіз даних показників Ехо-КГ окремо в кожній гендерній групі, виявлено, що показник ММЛШ достовірно відрізнявся лише у осіб чоловічої статі ($p < 0,05$). У жінок достовірної різниці між групами хворих із МС та без МС не спостерігалось (табл. 2).

При аналізі ураження органів-мішеней обстежених хворих встановлено, що частота збільшення пульсового артеріального тиску (ПАТ) більше 60 мм.рт.ст. у групі НАЖХП із АГ у складі МС (група 1) становить 66,7%, а це у 1,8 разу більше, ніж у групі НАЖХП із АГ без МС

(група 2) та в 3,1 разу більше, ніж у контрольній групі практично здорових осіб. Частота виявлення іММЛШ, більшого за норму (для чоловіків більше 115 г/м^2 , для жінок – більше 95 г/м^2) в групі 1 – 97%, що достовірно ($p < 0,05$) більше відповідного показника у групі 2 – 65%. При цьому, за даними ДМАТ, рівні середньодобового САТ достовірно не відрізнялися.

Таким чином, розвиток гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) пов'язаний, скоріше, з особливостями метаболічного навантаження, ніж із гемодинамічним

навантаженням артеріальним тиском. Частота потовщення стінки сонної артерії більше 0,9 мм або наявність бляшки в групі 2 була достовірно нижчою, ніж у групі 1. Дані особливості можна виділити як окремі чинники погіршення перебігу серцево-судинних захворювань у осіб із метаболічним синдромом. Отже, наявність ознак МС у осіб із НАЖХП асоціюється із достовірно більшою частотою виявлення уражень органів-мішеней: підвищеного іММЛШ та атеросклеротичного ураження сонних артерій.

Аналіз частоти різних типів ГЛШ у всіх обстежених осіб продемонстрував, що у 90% осіб із МС виявлено концентричну гіпертрофію ЛШ. Тобто наявність ознак МС у осіб із НАЖХП асоціюється не тільки із більшою частотою виявлення ГЛШ, а й саме її концентричного типу, що є прогностично гіршою ознакою, ніж ексцентрична ГЛШ. Це, ймовірно, можна пов'язати із особливостями метаболічного впливу (гіперхолестеринемії, гіперглікемії, гіперурикемії та ін.) за наявності МС, із більш високими значеннями офісного САТ, а також із особливостями добового профілю АТ.

Отримані результати підтверджують, що у розвитку артеріальної гіпертензії при метаболічному синдромі важливе значення має комплексний вплив гіперінсулінемії (за умов інсулінорезистентності) та супутніх порушень метаболізму. У виникненні артеріальної гіпертензії у пацієнтів із метаболічним синдромом відіграють важливу роль такі чинники як: затримка натрію в організмі із-за збільшеної його реабсорбції в нефронах внаслідок дії інсуліну; активація симпатичної нервової системи в результаті впливу підвищеного рівня інсуліну; збільшення концентрації внутрішньоклітинного кальцію в гладеньком'язевих міоцитах; проліферація гладеньком'язевих клітин судинних стінок та, як наслідок цього, звуження просвіту артеріол. Всі названі чинники можуть приводити до виникнення АГ у пацієнтів, що мають НАЖХП в складі метаболічного синдрому.

За даними добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ), у хворих на НАЖХП з артеріальною гіпертензією у складі МС виявлено вірогідне підвищення пульсового артеріального тиску (ПАТ) як вдень, так і вночі, а також ранкове підвищення АТ, що є важливим фактором кардіо-васкулярного ризику (КВР). Якщо рівень середнього АТ залежить насамперед від скоротливої здатності ЛШ і периферичного опору судин, то основними чинниками, що визначають рівень пульсового АТ, є серцевий викид, жорсткість великих артерій і час повернення відбитої пульсової хвилі. Збільшення жорсткості великих артерій, що спостерігається із віком або внаслідок розвитку атеросклерозу чи в результаті метаболічних порушень, призводить до більш раннього повернення відбитої пульсової хвилі, що в свою чергу веде до збільшення пульсового АТ. Збільшення ПАТ сприяє розвитку ГЛШ. Ураження органів-мішеней при АГ у пацієнтів із НАЖХП на тлі МС визначається рівнем АТ і корелює із показниками ДМАТ, що свідчить про багатовекторність впливу АГ на зміни органів-мішеней як основного фактора ризику серцево-судинної патології.

Використання ДМАТ дозволяє виявити зміни добового профілю АТ як для встановлення високих

абсолютних значень АТ, так і для виявлення варіабельності АТ. У пацієнтів, що ввійшли у дане дослідження і склали групу 1 (НАЖХП+АГ+МС), середні значення добової варіабельності САТ перевищували норму – (17,7±1,2) мм. рт. ст., в той час як у групі осіб, що мали лише НАЖХП із АГ без МС (група 2), варіабельність була нижчою – (15,9±0,8) мм. рт. ст., проте різниця між групами не була достовірною. Серед обстежених пацієнтів підвищена варіабельність САТ в денний період доби спостерігалася в 65% осіб у групі 1 та у 38% пацієнтів групи 2, статистично ця різниця оцінювалася як достовірна ($p < 0,05$). Вночі картина була дещо іншою: підвищена варіабельність відзначена у 35% пацієнтів 1 групи та у 22% – 2 групи, ця різниця статистично не була достовірною. Таким чином, відсоток хворих із підвищеною денною та нічною (добовою) варіабельністю САТ у групі 1 був вірогідно вищим, ніж у групі 2. При цьому середні значення АТ достовірно не відрізнялися. Це свідчить про значимість похідних АТ (варіабельність, добовий ритм, ранковий підйом) у розвитку уражень органів-мішеней. Відомо кілька типів добового профілю АТ: non-dipper, dipper, night-peaker, over-dipper. Пацієнтів із добовим профілем non-dipper у групі пацієнтів із НАЖХП в складі МС було 50%, що на 13,4% більше, ніж у групі 2 (без МС). Виявлена особливість є актуальною з огляду на те, що недостатнє зниження АТ в нічний час (навіть при м'якій та помірній АГ) сприяє розвитку та ускладненню ішемічної хвороби серця та мозку, ураженням нирок і серцево-судинною смертністю, тому важливо виявляти пацієнтів саме з профілем non-dipper.

Таким чином, при порівнянні результатів добового моніторингу в пацієнтів із НАЖХП та супутньою АГ виявлено, що за умови наявності метаболічного синдрому мають місце такі особливості артеріального тиску: ПАТ вдень та протягом доби вірогідно вищий, ранкове підвищення систолічного АТ (САТ) вірогідно більше, вірогідно вищий відсоток пацієнтів із недостатнім нічним зниженням АТ (профіль non-dipper) порівняно із групою хворих на НАЖХП та АГ без МС. У групі із НАЖХП у складі МС виявлено вірогідно більший відсоток пацієнтів із підвищеною варіабельністю САТ вдень порівняно з групою порівняння. На підставі цього можна зробити висновок, що пацієнти з метаболічним синдромом мають більше факторів КВР, ніж пацієнти з НАЖХП та супутньою АГ без МС.

Для виявлення впливу основних компонентів МС на структурну та функціональну перебудову ССС проведено кореляційно-регресійний аналіз зв'язків між основними гемодинамічними показниками хворих на НАЖХП із АГ у складі МС (група 1 – табл. 3) та пацієнтів із НАЖХП та супутньою АГ без МС (група 2 – табл. 4).

Аналіз даних табл. 3 свідчить про страждання скоротливої функції міокарду (зменшення ФВ) при збільшенні маси міокарду ЛШ (рис. 2). Також виявлено, що із зростанням АТ, особливо ДАТ (оскільки коефіцієнт кореляції із ДАТ за модулем більший, ніж із САТ), спостерігається погіршення скоротливої функції міокарду. Крім того, виявлено наявність вірогідного прямого помірної кореляційного зв'язку між кінцевим

діастолічним розміром лівого шлуночка (КДР ЛШ) та площею поверхні тіла (ППТ) ($r=0,37$, $p<0,05$), а також достовірний негативний помірної сили кореляційний зв'язок ($r=-0,44$, $p<0,05$) між товщиною міжшлуночкової перегородки (ТМШП) та частотою серцевих скорочень (ЧСС), а також між LAR та ММЛШ ($r=-0,52$, $p<0,05$) у хворих на НАЖХП із супутньою АГ у складі метаболічного синдрому.

Не виявлено достовірного кореляційного зв'язку ($p>0,05$) між структурно-функціональними показниками ССС та лабораторними показниками, що характеризують стан ліпідного і вуглеводного обміну у хворих на НАЖХП в складі МС. Проте отриманий результат не можна розцінювати як нівелювання впливу гіперглікемії та дисліпідемії на серцево-судинну систему в умовах уже наявного метаболічного синдрому. Це може свідчити лише про опосередкований вплив вказаних показників та, ймовірно, на дещо знижену чутливість тканин, в тому числі й міокарду, до гіперглікемії та дисліпідемії в умовах МС. Виявлений факт можна пояснити наростанням синдрому інсулінорезистентності, що лежить в основі виникнення МС та є характерним для всіх тканин та систем організму, в тому числі й серцево-судинної системи. Крім того, наявність достовірного негативного

кореляційного зв'язку між індексом LAR, що характеризує наявність стеатозу печінки, і ММЛШ дає підстави виділити НАЖХП (навіть на ранній стадії стеатозу) окремим чинником розвитку гіпертрофії міокарду та погіршення стану ССС за умови метаболічного синдрому.

Таблиця 3

Коефіцієнти кореляції між структурними та функціональними показниками у групі хворих на НАЖХП у складі метаболічного синдрому (група 1) ($p<0,05$)

Показники	r	p
ФВ & ММЛШ	-0,35	0,04
ФВ & САТ	-0,42	0,02
ФВ & ДАТ	-0,57	0,001
ЧСС & ТМШП	-0,44	0,01
ЧСС & ІМТ	-0,47	0,01
КДР ЛШ & ППТ	0,37	0,04
LAR & ММЛШ	-0,52	0,01

Примітки (тут і далі): r – коефіцієнт кореляції;
p – достовірність різниці показників.

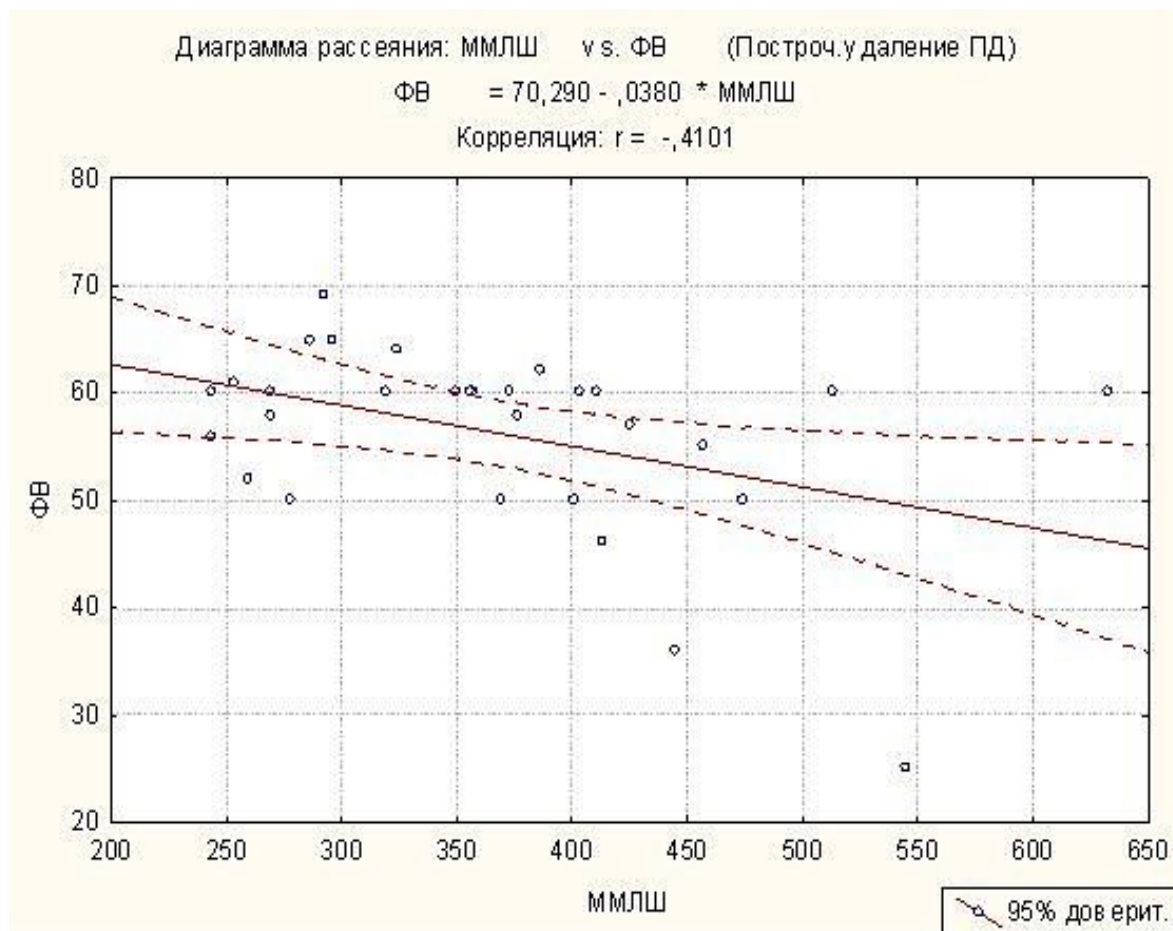


Рис. 2. Кореляційний зв'язок між скоротливою здатністю міокарду (показник ФВ) та масою міокарду лівого шлуночка (ММЛШ) у хворих на НАЖХП із супутньою АГ у складі МС

Таблиця 4
Кореляційні зв'язки між показниками групи 2 пацієнтів (НАЖХП із супутньою АГ без ознак метаболічного синдрому) ($p < 0,05$)

Показники	r	p
ФВ & IVRT	0,42	0,02
ММЛШ & ЛПд	0,73	0,00
ММЛШ & ЧСС	0,50	0,01
ММЛШ & ІМТ	0,49	0,01
ММЛШ & ППТ	0,38	0,04
ІММЛШ & ЧСС	0,40	0,03
DT & ЧСС	0,43	0,02
ЧСС & КДР ЛШ	0,39	0,03
ЧСС & ТЗСЛШ	0,48	0,01
ЧСС & ІМТ	0,44	0,01
САТ & ТЗСЛШ	0,46	0,01
САТ & ТМШП	0,69	0,00
САТ & ІМТ	0,39	0,04
САТ & ППТ	0,44	0,01
ДАТ & ТЗСЛШ	0,38	0,04
ДАТ & ТМШП	0,58	0,00
ДАТ & ІМТ	0,39	0,03
ДАТ & ППТ	0,36	0,04
ТЗСЛШ & ІМТ	0,81	0,00
ТМШП & ІМТ	0,68	0,00
ТЗСЛШ & ППТ	0,58	0,00
ТМШП & ППТ	0,64	0,00
глюкоза & IVRT	-0,37	0,04
холестерин & DT	0,41	0,03
холестерин & IVRT	0,47	0,01

Як видно із таблиці 4, зростання ІМТ та ППТ у людей із надмірною масою тіла супроводжувалися збільшенням ТЗСЛШ та потовщенням МШП. Виявлено прямий помірний кореляційний зв'язок між САТ та ІМТ ($r=0,39$, $p<0,05$), САТ і ППТ ($r=0,44$, $p<0,05$), САТ та ТМШП ($r=0,69$, $p<0,05$), САТ і ТЗСЛШ ($r=0,46$, $p<0,05$). Крім того, виявлено достовірний зворотний помірної сили кореляційний зв'язок між рівнем глюкози та IVRT ($r=-0,37$, $p<0,05$), а також прямий кореляційний зв'язок між холестерином та IVRT ($r=0,47$, $p<0,05$), між холестерином та DT ($r=0,41$, $p<0,05$). Тобто зміни вуглеводного та ліпідного обмінів у хворих на НАЖХП із супутньою АГ асоціюються із ознаками ремоделювання серця.

Згідно результатів даного дослідження, метаболічні порушення (гіперглікемія та дисліпідемія) сприяють ремоделюванню серця за умови наявності АГ у коморбідних пацієнтів із НАЖХП (продемонстровано у групі 2) за умови відсутності метаболічного синдрому. Проте при наростанні маси тіла, розвитку абдомінального ожиріння, погіршенні вуглеводного та ліпідного обмінів, коли НАЖХП є одним із компонентів класичного метаболічного синдрому (група 1), такі патогенетичні

чинники як гіперглікемія та дисліпідемія перестають бути провідними в ремоделюванні серця, хоча його структурна перебудова достовірно більш виражена, ніж за умови розвитку АГ при НАЖХП без МС. На перший погляд, такі компоненти метаболічного синдрому, як порушення вуглеводного та ліпідного обмінів не суттєво впливають на структурну перебудову міокарду, а відтак і не повинні б призводити до збільшення рівня КВР. Натомість, гіпертрофія лівого шлуночка була достовірно більш вираженою при наявності метаболічного синдрому, навіть стеатоз у пацієнтів із НАЖХП асоціювався із більшою масою міокарда лівого шлуночка, а це, як відомо, сприяє подальшому розвитку ішемії міокарду та збільшенню рівня КВР.

Ймовірно, що однією із причин недостатньо повної оцінки практичного значення метаболічного синдрому є відсутність єдиної спеціальної методики розрахунку рівня кардіо-васкулярного ризику із врахуванням і таких потенційно значущих факторів як: мікроальбумінурія, гіперурикемія, попередні серцево-судинні події, спадковість по серцево-судинним захворюванням, гіподинамія, куріння, вживання алкоголю, прозапальні і протромботичні маркери, психосоціальний стрес, низький соціально-освітній статус.

Висновки

У пацієнтів із НАЖХП у складі МС відмічається достовірне зниження систолічної функції лівого шлуночка в порівнянні із групою НАЖХП без МС: середнє значення фракції викиду (ФВ) у осіб із НАЖХП в складі МС – $56,30 \pm 8,83\%$, що достовірно нижче ($p < 0,05$), ніж у хворих на НАЖХП без МС – $62,83 \pm 5,75\%$, причому достовірно відрізняються показники ФВ лише у чоловіків. На зниження ФВ у осіб із НАЖХП в складі МС ФВ більше впливає діастолічний, ніж систолічний артеріальний тиск. Показник маси міокарду лівого шлуночка, що характеризує ступінь гіпертрофії лівого шлуночка, у осіб із НАЖХП у складі МС достовірно більший, ніж у групі пацієнтів із НАЖХП із супутньою АГ без ознак МС ($p < 0,05$), причому АГ із МС асоціюється не тільки із більшою частотою виявлення гіпертрофії лівого шлуночка, а й саме із гіпертрофією концентричного типу, що вважається прогностично гіршою ознакою, ніж ексцентрична ГЛШ.

Пацієнти із НАЖХП у складі МС мають більше факторів серцево-судинного ризику, ніж хворі з НАЖХП без МС: за даними ДМАТ, середньо-добове значення їх пульсового АТ та ПАТ вдень вірогідно вищі; ранкове підвищення САТ вірогідно більше; відсоток пацієнтів із підвищеною варіабельністю САТ вдень та недостатнім зниженням АТ вночі теж вірогідно вищий порівняно із групою без проявів МС.

Перспективи подальших досліджень

З огляду на існування певних суперечностей щодо першості патогенних факторів розвитку гіпертрофії лівого шлуночка у пацієнтів із неалкогольною жирною

хворобою печінки та супутньою артеріальною гіпертензією у складі метаболічного синдрому, перспективним напрямом дослідження є розробка спеціальної методики розрахунку рівня кардіо-

васкулярного ризику у коморбідних пацієнтів із метаболічним синдромом, яка б максимально враховувала всі можливі чинники розвитку серцево-судинних захворювань у таких хворих.

Література

1. *Коморбідність і високий кардіокаскулярний ризик – ключові питання сучасної медицини / Г.Д. Фадєєнко, О.С. Гріднєв, А.О. Несен [та ін.] // Український терапевтичний журнал. – 2013. – № 1. – С. 102-107.*
2. *Яринич Ю.М. Маркери функціонування гепатоцитів у хворих на артеріальну гіпертензію, ожиріння та метаболічний синдром / Ю.М. Яринич, В.І. Маценко, Л.П. Сидорчук, О.І. Бондаренко // Буковинський медичний вісник. – 2016. – № 1 (77). – С. 188-192.*
3. *Almeda-Valdés P. Metabolic syndrome and non-alcoholic fatty liver disease / P.Almeda-Valdés, D.Cuevas-Ramo, C.A. Aguilar-Salinas // Ann Hepatol. – 2009. – (Suppl 1). – S18–S24.*
4. *Ballestri S. Nonalcoholic fatty liver disease is associated with an almost two-fold increased risk of incident type 2 diabetes and metabolic syndrome. Evidence from a systematic review and meta-analysis. // Journal of Gastroenterology and Hepatology – 2016. – 31(5). – P. 936–944. Doi:10.1111/jgh.13264.*
5. *Bedogni G. A simple index of lipid overaccumulation is a good marker of liver steatosis / G.Bedogni, H.S. Kahn, S. Bellentani, C. Tiribelli // BMC Gastroenterology. – 2010. – Aug 25. – P. 10-98. Doi: 10.1186/1471-230X-10-98.*
6. *Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine / D.Campbell-Scherer // Evid Based Med. – 2010. – Vol. 15. – P. 165-166.*
7. *Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement / S.M. Grundy, J.I. Cleeman, S.R. Daniels [et al.] // Circulation. – 2005. – Oct 25. – № 112 (17). – P. 2735-2752.*
8. *Lipid accumulation product is a powerful tool to predict non-alcoholic fatty liver disease in Chinese adults / H.Dai, W. Wang, R. Chen [et al] // Nutrition & Metabolism (Lond). – 2017. – №1. – P. 14-49.*

Дата надходження рукопису до редакції: 09.08.2018 р.

Структурно-функциональные особенности сердечно-сосудистой системы у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и сопутствующей артериальной гипертензией в составе метаболического синдрома

С.В. Фейса

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород

Цель: исследовать функциональные особенности сердечно-сосудистой системы у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и сопутствующей артериальной гипертензией (АГ) в составе метаболического синдрома (МС) и провести анализ связи между выявленными изменениями, метаболическими нарушениями и артериальным давлением (АД).

Материалы и методы исследования. Обследовано 60 пациентов с НАЖБП и сопутствующей АГ, 30 из которых имели признаки метаболического синдрома. Использованы антропометрические, клинические, лабораторные, инструментальные, статистические методы исследования.

Результаты. У пациентов с НАЖБП в составе МС отмечается достоверное снижение систолической

функции левого желудочка по сравнению с группой НАЖБП без МС: среднее значение фракции выброса у лиц с НАЖБП в составе МС $56,30 \pm 8,83\%$, что достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у больных НАЖБП без МС – $62,83 \pm 5,75\%$. Показатель массы миокарда левого желудочка, характеризующий степень его гипертрофии, у лиц с НАЖБП в составе МС достоверно больше, чем в группе пациентов с НАЖБП с сопутствующей АГ без признаков МС ($p < 0,05$). Корреляционные связи между лабораторными тестами (глюкоза, холестерин) и показателями эхокардиографии свидетельствуют, что изменения углеводного и липидного обменов у больных НАЖБП с сопутствующей АГ ассоциируются с признаками ремоделирования сердца.

Выводы. Сердечно-сосудистая система у пациентов с НАЖБП и сопутствующей артериальной гипертензией в составе метаболического синдрома имеет свои особенности, зависящие от уровня и вариабельности АД, индекса массы тела, уровня гликемии и дислипидемии.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, артериальная гипертензия, метаболический синдром, ремоделирование сердца, эхокардиография, гипертрофия левого желудочка, суточный мониторинг артериального давления.

Structural and functional features of the cardiovascular system in patients with non-alcoholic fatty liver disease and concomitant arterial hypertension as components of metabolic syndrome

S.V. Feisa

Uzhhorod National University, Uzhhorod

Purpose: to investigate the functional features of the cardiovascular system in patients with non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) and concomitant arterial hypertension (AH) as components of metabolic syndrome (MS) and to analyze the correlation between the detected changes, metabolic disorders, and blood pressure (BP).

Materials and methods. Sixty patients with NAFLD and concomitant AH were examined, 30 of them had signs of metabolic syndrome. Anthropometric, clinical, laboratory, instrumental, and statistical methods of research were used.

Results. A significant decrease in systolic function of the left ventricle has been noticed in the patients with NAFLD within the MS compared with the NAFLD group without MS: the average value of the ejection fraction (EF) in persons with

NAFLD in the MS is $56.30 \pm 8.83\%$, which is significantly lower ($p < 0.05$) than EF in patients with NAFLD without MS – $62.83 \pm 5.75\%$. The left ventricular myocardial mass index, which characterizes the degree of left ventricular hypertrophy, is significantly higher in patients with NAFLD in the MS than in the NAFLD and AH patients without signs of MS ($p < 0.05$). The correlation between the laboratory (glucose, cholesterol) and echocardiography tests indicates that carbohydrate and lipid metabolism disorders in patients with NAFLD with concomitant hypertension are associated with cardiac remodeling signs.

Conclusions. The cardiovascular system in patients with NAFLD and associated arterial hypertension as components of the metabolic syndrome has its own peculiarities, which depend on the level and variability of blood pressure, body mass index, glycemia, and dyslipidemia.

Key words: non-alcoholic fatty liver disease, arterial hypertension, metabolic syndrome, cardiac remodeling, echocardiography, left ventricular hypertrophy, daily blood pressure monitoring.

Відомості про автора

Фейса Сніжана Василівна – к.мед.н., доцент кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 88001, м. Ужгород, вул. Собранецька, 148.

Значение научно-исследовательских кафедр социальной гигиены в становлении и развитии социально-гигиенической науки в Украине

Харьковский национальный медицинский университет

Создание в Украине научно-исследовательских кафедр социальной гигиены и научно-исследовательских институтов, в двадцатые годы прошлого столетия, было обусловлено задачами советского периода по изучению состояния здоровья населения и необходимостью научно обоснованного планирования практических мероприятий по его сохранению. Созданные советской властью Народные комиссариаты здравоохранения и просвещения уделяли этому особое внимание. Для освещения материалов научно-исследовательских работ в этой области, санитарно-гигиенического воспитания и просвещения населения Народным комиссариатом здравоохранения был создан профильный журнал «Профилактическая медицина», издательство «Наукова думка».

Создание научно-исследовательских институтов в Украине в 1920 годах проводил Народный комиссариат здравоохранения Украины, вначале на основе национализированных общественных и частных научно-практических учреждений, но большая их часть была вновь организована. Таким образом, к 1925 г. в Украине были реорганизованы или открыты целый ряд научно-исследовательских институтов: Харьковский, Одесский и Днепропетровский санитарно-бактериологические, протозойный в Харькове, тубинституты в Харькове, Киеве и Одессе, Харьковский и Одесский венерологические, Харьковский и Киевский рентгенологические, Украинский психоневрологический в Харькове, Институт рабочей медицины в Харькове (позднее были открыты его филиалы в Одессе, Донецке и Днепропетровске), Украинский институт охраны материнства и младенчества в Харькове, Харьковский институт ортопедии и травматологии, Киевский детский ортопедический институт [1]. Эти институты проводили большую лечебно-профилактическую и научно-исследовательскую работу, в том числе принимали участие в решение ряда социально-гигиенических проблем.

Необходимо подчеркнуть огромное внимание государственных органов власти того времени к развитию и формированию медицинской науки по различным ее направлениям, что особенно удивительно в стране, обескровленной бурными событиями гражданской войны, терзаемой голодом, холодом, эпидемиями, хозяйственной разрухой.

Научная и практическая деятельность институтов Наркомздрава Украины получила достаточно широкое

освещение в печати, в том числе в изданиях, посвященных юбилейным датам, истории институтов, многие из которых продолжают работать и ныне.

Гораздо меньшее внимание историков привлекли создаваемые Народным комиссариатом просвещения Украины научно-исследовательские кафедры при высших учебных заведениях. При их организации Наркомпрос широко привлекал научный потенциал профессорско-преподавательского состава высших учебных учреждений того времени.

При Наркомпросе Украины в конце 1920-го года было учреждено Главное управление профессионально-технического и специального научного образования (Укрглавпрофобр), в ведение которого перешло руководство высшими и средними специальными учебными заведениями. Для обеспечения руководства медицинскими учебными заведениями при Укрглавпрофобре был организован специальный отдел медицинского образования [2].

В начале апреля 1921 г. при Укрглавпрофобре был организован Научный комитет (Укрнаука), на который была возложена задача обеспечить деятельностью научных учреждений Украины и координировать научно-исследовательскую работу. Со второй половины 1921 г. ведущим направлением его работы стала организация научно-исследовательских кафедр, целью которых была планомерное выполнение научно-исследовательских работ и подготовка профессуры [3]. Медицинские научно-исследовательские кафедры создавались, как правило при учебных медицинских институтах и к концу 1925–1926 года в Украине функционировало 11 медицинских кафедр, из них 6 в Харькове, 2 в Киеве и 3 в Одессе [4]. В состав кафедр входили секции, которых на этот период насчитывалось 33, число их сотрудников достигало 173 человек [5]. В организационном и финансовом отношении кафедры находились в подчинении Научного комитета (Укрнаука), в научном – Украинской академии наук (УАН) [6].

В 1922 г. [7] в Одессе были организованы научно-исследовательские кафедры профилактической медицины, а также эпидемиологии и бактериологии [8], позднее слившиеся воедино. Объединенную кафедру возглавил профессор Л.В. Громашевский, он же руководил в ней секцией эпидемиологии и социальной гигиены [9]. При определении задач кафедры была подчеркнута тесная связь эпидемиологии с социальной медициной и гигиеной: «Непосредственно

соприкасающейся с эпидемиологией областью профилактической медицины, изучающей общие, предрасполагающие к массовой заболеваемости условия социальной жизни современного человеческого общества и изыскивающей приемы к устранению этих вредных влияний, является социальная медицина. Социальная гигиена жилищ и питания масс населения, в связи с голодом и современным состоянием жилищного вопроса, борьба с социальными болезнями, социальная охрана детского возраста – таковы те основы..., которые... определяют круг научно-исследовательской работы в области социальной медицины” [10].

Научно-учебный план научно-исследовательской кафедры на 1925–26 г. был тесно связан с вопросами советского строительства [11]. В план были включены вопросы исследования травматизма и общей заболеваемости застрахованных г. Одессы, обследование работ в кузнечных цехах в связи с состоянием здоровья кузнецов и др. Все это и составило основное направление деятельности кафедры в данный период.

За 1923–1925 гг. под руководством Л.В. Громашевского были разработаны материалы холерных эпидемий 1918–1922 гг. в Одессе [12]. М.Л. Левонтин провел исследование травматизма на промышленных предприятиях г. Одессы за 1924 г. [13], он же изучил амбулаторно-поликлиническую обращаемость застрахованных и членов их семей в Одессе за 1923 г. Анализируя болезненность, он установил, что в ее структуре первые места занимали болезни нервной системы, органов кровообращения, лимфатической системы, расстройства питания, травматизм [14].

По инициативе М.Л. Левонтина его доклад о промышленном травматизме был внесен в повестку дня III съезда хирургов Одесской губернии, состоявшегося 12–16 сентября 1925 г. В докладе была показана социально-гигиеническая значимость промышленного травматизма, приведено большое количество статистических данных по г. Одессе за 1923–1925 гг. [15]. Он был хорошо принят хирургической общественностью и вызвал живой обмен мнениями. На этом примере, далеко не единственном, можно убедиться, что призывы к интеграции клинических наук с социально-гигиеническими направлениями находил отклик и встречал понимание среди клиницистов.

Научно-исследовательская кафедра профилактической медицины в Одессе и после отъезда Л.В. Громашевского в Днепропетровск продолжала сохранять в своем составе секцию гигиены (куда входила и социальная гигиена), возглавляемую Н.Н. Костяниным. Общее руководство кафедрой в 1928 г. было передано профессору В.Л. Елину [16].

Научно-исследовательская кафедра гигиены и социальной медицины в Харьковском медицинском институте была организована согласно постановлению коллегии Укрглавпрофобра от 25 апреля 1923 г. [17]. Этим же постановлением руководителем кафедры был утвержден профессор А.А. Цветаев (он же руководитель секции гигиены, эпидемиологии и социальной медицины).

8 мая 1924 г. решением президиума Укрглавпрофобра она была реорганизована в научно-

исследовательскую кафедру социальной и профессиональной гигиены. Ее заведующим стал профессор М.Г. Гуревич, который одновременно руководил уже учебной кафедрой социальной гигиены в этом же институте (с 1923 г.). Свою работу научно-исследовательская кафедра выполняла работы на базе институтов профессиональной гигиены и охраны материнства и детства [18].

В 1926 г. к уже существовавшим кафедрам, в круг деятельности которых входило изучение социально-гигиенических проблем, (Одесса, Харьков) дополнительно была открыта научно-исследовательская кафедра при Украинской академии наук в Киеве.

Научно-исследовательская кафедра теоретической медицины в Киеве была основана, согласно постановлению Укрнауки, 10 октября 1925 г., но фактически приступила к работе, как указано в отчете о ее деятельности [19], осенью 1926 г., к этому времени был окончательно оформлен и персональный состав членов кафедры. Осенью 1926 г. в составе кафедры было организовано 5 секций, в их числе секция гигиены и эпидемиологии, руководителем которой был академик УАН А.В. Корчак-Чепурковский (президиум Укрнауки утвердил его 18 декабря 1926 г.) [20], научным сотрудником – С.С. Каган (утвержден 19 июня 1926 г.) [21]. Секция проводила исследовательскую работу на базе лаборатории социальной гигиены, кабинета профилактической медицины Украинской академии наук, учреждений Киевского окрздравотдела и др. По перспективному плану деятельности кафедры на 1927–28 г. [22], предполагалось разделить эту секцию на подсекции: общей гигиены, социальной гигиены и общей эпидемиологии.

Харьковской научно-исследовательской кафедрой социальной и профессиональной гигиены в конце 1925 г. в президиум Укрнауки была направлена докладная записка “Об организации и плане ближайшей деятельности научно-исследовательской кафедры социальной гигиены” за подписью ее заведующего Э.М. Кагана [23], который сменил М.Г. Гуревича на этом посту. В первой части докладной записки определены задачи кафедры и причины, затрудняющие ее работу. Задачи кафедры вытекают из большого значения проблем социальной гигиены, “имеющих первостепенное значение для оздоровления всего государства, особенно в ... стране, выдвигающей на передний план систему социально-профилактических мероприятий”. В круг задач кафедры должны входить не только научные исследования в области общественного здоровья, но и интеграция социально-гигиенических работ с клиническими дисциплинами, а также подготовка преподавателей по разным направлениям гигиены для медицинских вузов, институтов народного образования, народного хозяйства, технических вузов и других.

Трудности, с которыми сталкивается кафедра, вытекают из того, что социальная гигиена включает в себя элементы многих наук, в связи с чем научный сотрудник должен владеть многообразными методами (экспериментальными, инструментальными наблюдения,

статистическими, клиническими, в том числе патолого-анатомическим и антропометрическим); в социальной гигиене в 1920-х годах недостаточно были еще разработаны целый ряд вопросов особенно методологического характера. Имелась проблема с квалифицированными научными кадрами, с оборудованием и финансированием.

Было предложено реструктуризировать научно-исследовательские кафедры с организацией четырех секций: общей гигиены, социальной, профессиональной и гигиены воспитания. Рекомендовалось установить следующий штат: заведующий кафедрой, 4 заведующих секциями, 8 научных сотрудников (по 2 в секции), по 6 аспирантов в секциях социальной и профессиональной гигиены и по 3 аспиранта в остальных секциях.

Для более качественного выполнения исследовательских работ были проведены мероприятия по установлению более тесной связи с научными институтами и учреждениями. В связи с чем секция социальной гигиены, должна размещаться, помимо учебной кафедры, также в социально-патологических отделениях клинических институтов (Туберкулезного, Психо-неврологического), Наркомздраве, отделе социального страхования Наркомтруда. Сотрудники секции вместе с представителями данных учреждений и институтов создавали совет секции. Пленум всех секций под председательством заведующего кафедрой формировал совет кафедр.

Идея о координации усилий для совместного разрешения научных задач, высказанная руководителями научно-исследовательской кафедры, являлась плодотворной и свидетельствовала о совершенствовании социально-гигиенической науки. Несомненно, что в подготовке вышеуказанной докладной записки активное участие принял, помимо Э.М. Кагана, и С.А. Томилин. Не случайно, что предложение о комплексном изучении социально-гигиенических проблем показано на примере именно секции социальной гигиены.

Докладная записка рекомендовала фиксировать руководящий состав кафедры: заведующий кафедрой и секцией профессиональной гигиены – профессор Э.М. Каган, заведующий секцией социальной гигиены – профессор С.А. Томилин.

Особый интерес представляет раздел записки, намечающий направления работы кафедры на 1925–26 гг. Секция социальной гигиены предполагала вести научную работу в четырех направлениях: сущность социальной гигиены и методология; социальная гигиена, дарвинизм и марксизм; проблема народонаселения с социально-гигиенической точки зрения; антропометрические и статистические методы в социальной гигиене. Примечательно, что и в тематике научных исследований других секций четко просматривается социально-гигиенический аспект. Секция профессиональной гигиены наметила три направления работы, в том числе: утомляемость и производительность труда; статистика травматизма и профессиональной болезненности. Из двух направлений работы секции общей гигиены одно касалось экспериментального изучения общественного питания.

Новое направление научной деятельности секции социальной гигиены – обследование современных типов жилищного строительства и изучение санитарного быта рабочего населения – появилось в 1926 г. В связи с этим С.А. Томилин обратился в Укрнауку с просьбой командировать аспирантов кафедры в Московские и Ленинградские медицинские учебные и научные учреждения для повышения квалификации в области жилищной гигиены [24].

Одним из вопросов, которыми занималась секция социальной гигиены, явилось изучение биологических факторов детской (младенческой) смертности. Было установлена связь младенческой смертности с возрастом матери, количеством родов, интервалом между родами. Оказалось, что наиболее высокой младенческая смертность была среди детей, рожденных молодыми женщинами (до 19 лет). У перворожденных детей смертность была также очень высока, минимальная отмечалась у рожденных вторыми, а затем снова возрастала. Существенное повышение смертности наблюдается у детей первого года жизни, которые родились в промежутке одного года после предшествующих родов. Эти данные были проанализированы С.А. Томилиным в монографии «Социально-гигиеническая оценка детской смертности» [25].

Дальнейшую судьбу научно-исследовательских кафедр, подтвержденную документально, нам изучить не удалось из-за отсутствия каких либо сведений. Наиболее вероятно, что большинство их прекратило существование в 1930 году, так как руководство медицинскими вузами от Наркомпроса перешло в ведение Наркомздрава. Научно-исследовательские кафедры, созданные Народным комиссариатом просвещения Украины прекратились финансироваться и были закрыты. Подтверждением нашего предположения о 1930-м годе, как последнем сроке деятельности этих кафедр, может служить такой факт, что профессор С.А. Томилин, изучавший детскую смертность по материалам международной и украинской статистики по плану секции социальной гигиены, опубликовал в 1930 г. свою монографию уже от Отделения социальной гигиены и патологии, которым он заведовал в первом украинском государственном институте охраны материнства и детства.

Крупные научно-исследовательские кафедры, объединялись с родственными кафедрами, превращались в различные научно-исследовательские институты [26]. Именно таким образом в 1925 г. появились Биохимический и Патолого-анатомический научно-исследовательские институты. Существенную роль здесь сыграло то, что во главе соответствующих кафедр стояли ученые, обладавшие большим научным авторитетом и организаторским талантом.

Патолого-анатомический НИИ был создан при Харьковском медицинском институте. Институт возглавил его организатор профессор Н.Ф. Мельников-Разведенков. Заслуживает упоминания, что в плане работы этого института были включены и социально-гигиенические вопросы: борьба с социальными и профессиональными заболеваниями, предупреждение преждевременного

изнашивания организма (нервная система и мозг людей) [27]. Директор института помещал в журнале “Украинский медицинский архив” отчеты о его деятельности; последний из трех годовых отчетов появился в 1930 г., в нем приведены данные о работе института с 1.10.1928 по 1.10.1929 г. Должность его директора Н.Ф. Мельников-Разведенков занимал с 1925 по 1930 г. Этот институт тоже не смог преодолеть рубеж 1930 года.

Биохимическому институту это удалось в полной мере. Созданный в 1923 г. как научно-исследовательская кафедра при Харьковском медицинском институте, в 1925 г. по инициативе профессора А.В. Палладина он был

преобразован в Украинский биохимический институт, в 1931 г. переведен в Киев. Профессор А.В.Палладин, член четырех отечественных и почетный член четырех зарубежных академий наук руководил созданным им институтом 43 года. В настоящее время институт биохимии НАН Украины носит имя своего организатора.

Научно-исследовательские кафедры социальной гигиены, хотя и просуществовали в Украине сравнительно недолго, оставили заметный след в науке. Они заслуживают отдельного рассмотрения как своеобразные центры развития социально-гигиенической науки.

Архивные и литературные источники

1. *Николаев И.И.* Научные институты и их роль и значение в деле здравоохранения. / Профилактическая медицина, 1927. – № 10. – С. 169–180.
2. *Духин Л.Х.* К сорокалетию I Всеукраинской конференции по медицинскому образованию. / Анналы истории медицины Всесоюзного научного историко-медицинского общества. – М., 1963. – С. 106–107.
3. *Центральний державний архів органів влади та управління України (ЦДАВО України).* Київ. Ф. 166. Оп. 3. Спр. 405. Арк. 140.
4. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 3. Спр. 405. Арк. 9.
5. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 3. Спр. 405. Арк. 66.
6. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 3. Спр. 405. Арк. 3,7 - 8.
7. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 3. Спр. 405. Арк. 35.
8. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 3. Спр. 439. Арк. 1,20.
9. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 3. Спр. 440. Арк. 6.
10. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 3. Спр. 440. Арк. 5.
11. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 3. Спр. 440. Арк. 7.
12. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 3. Спр. 439. Арк. 20.
13. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 3. Спр. 439. Арк. 37.
14. *Левонтин М.Л.* Болезненность застрахованных и членов семьи г. Одессы. / Профилактическая медицина, 1925. – № 12. – С. 61–76.
15. *Третий съезд хирургов Одесской губернии:* Приложение к журналу “Новый хирургических архив”. – Екатеринослав, 1926. – С. 124–126.
16. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 6. Спр. 5534. Арк. 1.
17. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 3. Спр. 456. Арк. 155.
18. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 4. Спр. 296. Арк. 11, 12.
19. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 6. Спр. 5516. Арк. 108.
20. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 6. Спр. 5516. Арк. 160.
21. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 6. Спр. 5516. Арк. 178.
22. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 6. Спр. 5516. Арк. 111.
23. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 6. Спр. 5476. Арк. 7–9.
24. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 6. Спр. 5476. Арк. 134.
25. *Томилин С.А.* Социально-гигиеническая оценка детской смертности. – Изд-во “Научная мысль”, 1930. – 77 с.
26. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 3. Спр. 405. Арк. 3.
27. *ЦДАВО України.* Ф. 166. Оп. 3. Спр. 405. Арк. 5, 6.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.08.2018 р.

Примітка. У статтях збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду», у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

**В.о. директора ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень МОЗ України»**

П. С. Мельник

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації» запрошує Вас до активної співпраці!

Тематична спрямованість журналу: здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

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

Правила подання матеріалу для опублікування

• **Структура матеріалу:** вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.

• Стаття має супроводжуватись офіційним направленням (супровідним листом), гарантійним листом про оплату публікації, експертним висновком (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та рецензією з візою керівництва (наукового керівника) і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка: прізвище, ім'я та по батькові (повністю), науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів.** Звертаємо вашу увагу, що зазначена інформація буде надрукована наприкінці статті.

• Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

- тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);
- списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50),
- таблиць;
- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;
- резюме (українською, російською та англійською мовами).

• Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі .rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

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

- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з ДСТУ, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.

- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.

- У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються аббревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. ***Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.***

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Журнал видається за рахунок авторів статей. Журнал не є комерційним, тому кошти витрачаються виключно на його видання. **Інформаційний спонсор журналу – Закарпатський обласний благодійний фонд «Закарпаття проти СНІДу». Кошти необхідно перераховувати на його рахунок ПР – 26006011339902; МФО 300346; ІНН – 26395674; ПАТ «Альфа-Банк» у м. Києві.** Вартість однієї повної (чи неповної) сторінки рукопису (відповідно до зазначених вище вимог) уточнюється.

Редакційна рада