

ISSN 2415–8763

**Економіка і право
охорони здоров'я**

№ 1 (9), 2019

Економіка і право охорони здоров'я

№ 1 (9), 2019

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

ПЕРІОДИЧНІСТЬ ВИХОДУ – 2 рази на рік

ЗАСНОВАНИЙ – грудень 2014 року

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 – 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.

ГОЛОВА СЕКРЕТАРІАТУ – Дудник С.В.

СЕКРЕТАРІАТ – Касинець С.С. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Качала Л.О. (Ужгород)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ (голова редакційної колегії – д.мед.н., проф. Ковальова О.М.)

Голованова І.А., Істомін С.В., Карамзіна Л.А., Лазур Я.В., Мельник П.С., Мікловда В.П.,
Нагорна А.М., Приходько В.О., Рогач І.М., Рогач О.Я., Ситенко О.Р., Слабкий Г.О.,
Фера О.В., Чепелевська Л.А., Черемухіна О.М., Чопей І.В., Шатило В.Й.

РЕДАКЦІЙНА РАДА (голова редакційної ради – д.мед.н., проф. Лехан В.М. (Дніпропетровськ))

Васильєв К.К. (Одеса), Вороненко Ю.В. (Київ), Голубчиков М.В. (Київ), Грузєва Т.С. (Київ),
Децик О.З. (Івано-Франківськ), Камінська Т.М. (Харків), Клименко В.І. (Запоріжжя),
Кобер Л. (Словаччина), Коваленко О.С. (Київ), Кочет О.М. (Київ), Краков'як Я. (Польща),
Кудренко М.В. (Київ), Лашкул З.В. (Запоріжжя), Лобас В.М. (Красний Лиман), Любінець О.В. (Львів),
Медведовська Н.В. (Київ), Миرونюк І.С. (Ужгород), Моїсеєнко Р.О. (Київ), Овоц А. (Польща),
Огнєв В.А. (Харків), Тодоров І.Я. (Ужгород), Толстанов О.К. (Київ), Шафранський В.В. (Київ)

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань

України, в яких можуть публікуватися результати
дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів
доктора і кандидата наук, затвердженого наказом
Міністерства освіти і науки України від 07.10.2016 № 1222

Рекомендовано до друку Вченою радою
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень
МОЗ України» (протокол № 8 від 02.10.2019 р.)

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

провулок Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна
телефон: +380 44 576-41-19; 576-41-09
факс: +380 44 576-41-20; 576-41-09
e-mail: s.nauka@ukr.net

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 21125-10925Р від 24.12.2014 р.

Підписано до друку 3 жовтня 2019 р.
Загальний наклад 100 прим. Зам. № 10//06/01

ВИДАВЕЦЬ:

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень
Міністерства охорони здоров'я України»
провулок 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»
вулиця Котельникова, 95, м. Київ, 03179, Україна
тел./факс +380 44 501-35-69

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 рецензовано. 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.

ЗМІСТ / CONTENT

<i>Рогач І.М., Смірнов М.М., Жорник В.В., Пішковці А.-М.М.</i> Однорідні групи пацієнтів як передова система уніфікації тарифікації стаціонарної допомоги	5
<i>Rogach I.M., Smirnov M.M., Zhornyk V.V., Pishkovtsi A.-M.M.</i> Homogeneous patient groups as an advanced system for standardizing inpatient care billing	
<i>Мочалов Ю.О., Клітинська О.В.</i> Аналіз ціни випадку стоматологічного лікування в системі добровільного медичного страхування України	10
<i>Mochalov I.O., Klitynska O.V.</i> Price analysis of dental treatment in Ukrainian voluntary health insurance system	
<i>Микитенко Д.О., Бадюк В.М., Микитенко В.В.</i> Деонтологічні питання медико-генетичного консультування у контексті соціально-економічної моделі розвитку України	17
<i>Mykytenko D.O., Badiuk V.M., Mykytenko V.V.</i> Deontological problems of medical-genetic counseling in the context of the socio-economic development model in Ukraine	
<i>Августинівич Я.І.</i> Сучасні особливості захворюваності в дитячому та підлітковому віці в аспекті адміністративних територій (Україна, регіон, район)	28
<i>Avgustynovich Ya.I.</i> Modern features of morbidity in infants and adolescence in the aspect of administrative territories (Ukraine, region, district)	
<i>Вороненко В.В., Якимець В.М., Печиборщ В.П., Чернявський В.В., Кушнір В.А., Лисун Д.М., Йосипенко І.О., Якимець В.В.</i> Особливості організації надання медичної допомоги ураженим при застосуванні хімічної зброї, при хімічних аваріях та терористичних актах	34
<i>Voronenko V.V., Yakymets V.N., Pechyborshch V.P., Chernyavskiy V.V., Kushnir V.A., Lysun D.N., Yosypenko I.O., Yakimets V.V.</i> Peculiarities of organization of medical care affected by chemical accidents and terrorist acts	
<i>Єрошкіна Т.В., Шевченко Т.М., Дерев'янку Д.В.</i> Системний підхід до підготовки медичних кадрів для клініко-діагностичної лабораторної служби регіону: концептуальна модель	46
<i>Yeroshkina T.V., Shevchenko T.M., Derevyanko D.V.</i> System approach to the training of medical personnel for the clinical diagnostic laboratory of the region: a conceptual model	
<i>Лашкул З.В., Курган А.П.</i> Поширеність фізичного, психологічного та сексуального насилля серед студентів професійно-технічних училищ м. Запоріжжя	53
<i>Lashkul Z.V., Kurgan A.P.</i> The prevalence of physical, psychological and sexual violence among students of vocational schools in Zaporozhye	
<i>Таралло В.Л., Грицюк М.І.</i> Ідеологія і методичні аспекти використання інтегральної інформації про здоров'я населення в управлінні системою його охорони	62
<i>Tarallo V.L., Hrytsiuk M.I.</i> The ideology and methodical aspects of the use of integrated information on the issues of the population health in management of its healthcare system	

Рішко М.В., Гузинець Є.Ф., Туряниця С.Р., Корнаш В.В.

Значення циркулюючих імунних комплексів при цукровому діабеті у хворих на остеоартроз 66

Rishko M., Huzynets Y., Turyanytsya S., Kornash V.

Importance of circular immune complexes in diabetes mellituses in patients with deforming osteoarthritis

Слабкий Г.О., Щербинська О.С.

Характеристика абортів у жінок України 70

Slabkiy G.O., Shcherbinska O.S.

Abortion characteristics in women of Ukraine

Рогач І.М., Данко Д.В.

Характеристика населення Закарпатської області 75

Rohach I.M., Danko D.V.

Characteristic of population in Transcarpathian region

Однорідні групи пацієнтів як передова система уніфікації тарифікації стаціонарної допомоги

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет,
кафедра соціальної медицини та гігієни, м. Ужгород, Україна

Фінансування закладів охорони здоров'я, засноване на конкретних випадках госпіталізації однорідних груп пацієнтів, починаючи з 1990-х років, поступово стало основним засобом реімбурсації витрат лікувально-профілактичних закладів на стаціонарну допомогу в більшості країн світу з високим рівнем доходу. Мотиви, що лежать в основі розробки і імплементації систем ОГП в різних країнах, розрізняються, але в основному до них відносяться підвищення прозорості та ефективності діяльності лікувально-профілактичних установ і оптимізація їх управління.

Метою роботи було вивчення та інтерпретація "case mix" підходу до класифікації випадків госпіталізації пацієнтів для оптимізації єдиної системи тарифікації лікарняних послуг, варіації якого імплементовані в багатьох розвинених країнах світу.

Матеріали та методи. Дані сучасної наукової літератури, в яких розкривається питання визначення груп, а також передумов і нормативів їх створення, проаналізовано та інтерпретовано для читача. Використовувався контент-аналіз, метод системного і порівняльного аналізу, а також бібліосемантичний метод вивчення відповідних наукових робіт.

Результати та обговорення. В основній частині статті описано визначення поняття однорідних груп пацієнтів та системи обов'язкових атрибутів, якими вона повинні володіти, наведено загальні причини та етапи імплементації однорідних груп пацієнтів в національні системи охорони здоров'я, а також загальні відмінності в методиці підрахунку фактичної ставки оплати випадку госпіталізації. Відзначено, що країни, в яких імплементовані національні системи класифікацій, можуть у крайньому разі різнитися за кількістю груп.

Дослідження показують, що в більшості країн Європи кількість груп після їх імплементації збільшується з часом. Таким чином між 2005-2011 роками кількість груп у Німеччині збільшилась у 1,36 рази, в Англії більш ніж подвоїлась, а у Франції стала в чотири рази більше. Загальним наслідком запровадження розглянутої моделі відшкодування витрат в Європі є збільшення активності медичних закладів та витрат на охорону здоров'я, і, навпаки, у Сполучених Штатах Америки використання однорідних груп пацієнтів стримує витрати країни на дану галузь.

Висновки. Клініцистам і національним органам системи охорони здоров'я України рекомендовано розглянути питання впровадження системи однорідних груп пацієнтів і вивчити підхід інших країн до класифікації і розрахунку фактичної ставки оплати випадків госпіталізації для створення сучасної та ефективною національної моделі реімбурсації стаціонарної допомоги в Україні.

Ключові слова: фінансування, однорідні групи пацієнтів, ОГП, DRG, відшкодування витрат, стаціонарна допомога.

ВСТУП

Фінансування закладів охорони здоров'я, засноване на конкретних випадках госпіталізації однорідних груп пацієнтів (ОГП) (фр. Groupes homogènes de malades – GNM), починаючи з 1990-х років, поступово стало основним засобом реімбурсації витрат лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) на стаціонарну допомогу в більшості країн світу з високим рівнем доходу [1]. Таким чином, в більшості європейських країн в даний час імплементовані різні форми або ретроспективної реімбурсації витрат закладів охорони здоров'я на випадки госпіталізації ОГП, або ж проспективного розподілу коштів у вигляді бюджетного асигнування, заснованого на обсягах госпіталізації за попередній звітний період [2]. У більшості країн впровадження даної системи відбувалося поступово: шляхом включення все більшого числа ЛПЗ, додавання більшої кількості ОГП і їх складових частин до реєстру, і поступового переходу від індивідуалізованої тарифікації ОГП до стандартизованої [1].

Мотиви, що лежать в основі розробки і імплементації систем ОГП в різних країнах, розрізняються, але в основному до них відносяться підвищення прозорості та ефективності діяльності лікувально-профілактичних установ і оптимізація їх управління [3, 4]. Сьогодні ОГП в основному сприймаються як механізм фінансування ЛПЗ, однак, їх первісне призначення було іншим: вони були спрямовані на забезпечення можливості порівняння продуктивності закладів. Поняття «ОГП» було розроблено в 1970-х роках дослідниками з Єльського університету. Метою їх дослідження було визначення «продукту діяльності ЛПЗ» і розробка методу вимірювання цієї діяльності [5]. Medicare в США незабаром усвідомила потенціал ОГП щодо фінансування ЛПУ і представила першу систему виплат на основі ОГП ще в 1983 році [6].

Реформування системи охорони здоров'я в Україні вже торкнулося первинної медико-санітарної допомоги і служби швидкої медичної допомоги; в свою чергу, планування вторинної ланки досі проходить в розрахунку ліжок, які нерідко використовуються нераціонально [7], і стаціонарна допомога фінансується за їх кількістю. Але

стрімкий розвиток складних медичних технологій, регіональні особливості захворюваності [8], поява нових потреб пацієнтів і викликів перед системою охорони здоров'я призводять до необхідності планування на регіональному рівні не тільки ліжкових фондів, але і конкретних сучасних лікарняних послуг, обладнання та витратних матеріалів. Рішення вищезазначених проблем стає можливим в умовах використання ОГП, інформації про які, на нашу думку, у вітчизняній літературі недостатньо.

Мета роботи – вивчення та інтерпретація «case mix» підходу до класифікації випадків госпіталізації пацієнтів для оптимізації єдиної системи тарифікації лікарняних послуг, варіації якого імплементовані в багатьох розвинених країнах світу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дані сучасної наукової літератури, в яких розкривається питання визначення груп, а також передумов і нормативів їх створення, проаналізовано та інтерпретовано для читача. Використовувався контент-аналіз, метод системного і порівняльного аналізу, а також бібліосемантичний метод вивчення відповідних наукових робіт. Пошук джерел англійською, французькою, російською та українською мовами проводився в наступних інформаційних базах і пошукових системах: PubMed, ResearchGate і GoogleScholar – відповідно до ключових слів: case mix, DRG, diagnosis related groups, GHM, клиничко-статистическыегруппы.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Відомо, що в процесі своєї діяльності ЛПЗ надають діагностичні та терапевтичні послуги, що є «замовлені» лікарями своїм пацієнтам. Вважається, що до результатів роботи лікарні як господарюючого суб'єкта відносяться консультації фахівців, догляд, забезпечення лікарських препаратів і засобів їх введення, а також лабораторних та інструментальних методів дослідження. Ресурсом даних послуг є праця персоналу, витратні матеріали та обладнання. Також пацієнтам під час перебування в ЛПЗ надаються інші додаткові немедичні послуги. До них можна віднести харчування, адміністративне й юридичне консультування, прибирання, надання ночівлі, послуги пральні тощо. Таким чином пацієнт отримує певний спектр «продуктів» і послуг: іншими словами, продукт діяльності ЛПЗ. З огляду на те, що кожен пацієнт отримує різні типи та обсяги послуг, продукт діяльності ЛПЗ в кожному конкретному випадку відрізняється [5].

Безсумнівно, кожен окремий пацієнт, що поступає в ЛПЗ, є унікальним, але, в той же час, він/вона має певні спільні з іншими пацієнтами характеристики: демографічні, діагностичні, терапевтичні. Саме ці характеристики визначають послуги і продукти, які пацієнт отримує, перебуваючи в ЛПЗ [5]. Таким чином пацієнтів, лікування яких вимагає схожих послуг і продуктів, а відповідно і витрат ресурсів, можна об'єднати в певні групи.

Існує загальний термін – «case mix», що об'єднує моделі класифікації випадків госпіталізації і по суті є когортою пацієнтів, пов'язаних певними статистичними

ознаками. У різних системах охорони здоров'я розроблені різні національні системи ОГП, такі як DBC (нід. *Diagnose behandel combinatie*) в Голландії і GHM (фр. *Groupes homogènes de malades*) у Франції, але найвідомішою є американська DRG (*Diagnosis-related groups*). У даній статті ми прийняли рішення використовувати термін «однорідні групи пацієнтів», або ОГП, так як, на нашу думку, він в найбільш повній мірі відображає зміст поняття. У російськомовній літературі також можна зустріти КСГ (рос. *Клиничко-статистические группы*) та КЗГ (рос. *Клиничко-затратные группы*) [9].

Феттер та ін. сформулювали систему атрибутів, якими має володіти кожна ОГП [5]:

- Групи повинні мати можливість бути інтерпретованими з медичної точки зору, а саме чітко надавати портрет пацієнтів, які відносяться до групи, і визначати конкретний процес ведення пацієнтів.

- Окремі групи повинні визначатися показниками, які зазвичай зустрічаються в лікарняній документації і мають відношення до використання продуктів діяльності ЛПЗ, що забезпечують процес лікування пацієнта і його перебування в стінах установи. До них можна віднести основний діагноз, ускладнення, супутні захворювання, вік, основне хірургічне втручання і додаткові хірургічні процедури.

- Групи повинні містити пацієнтів з аналогічними очікуваними показниками використання продуктів діяльності ЛПЗ.

- Кількість ОГП має бути такою, щоб можливість управління ними була оптимальною: переважно сотні коректних, замість тисяч вичерпних і взаємовиключних.

- Назви груп повинні виходити із різних схем кодування.

Важливо зазначити, що ОГП не визначають схему діагностики та лікування пацієнта. Дані заходи визначаються протоколами, стандартами медичної допомоги та рекомендаціями [9]. А певна ОГП присвоюється *post-factum*, виходячи з даних медичної документації.

Оплата випадків госпіталізації, об'єднаних в одну ОГП, відбувається за усередненим тарифом. Хоча випадки в групі і схожі між собою з точки зору ресурсовитратності, їх вартість коливається і повинна укладатися в межі 95% довірчого інтервалу [9].

Імплементация ОГП в системи охорони здоров'я має на меті наступне [3, 9, 10]:

- запровадження єдиної системи тарифікації та оплати медичних послуг;

- оптимізація фінансування стаціонарів у вигляді більш високої оплати важких випадків, що вимагають більшого обсягу послуг і ресурсів;

- підвищення ефективності управління стаціонарами за рахунок зсуву в системі стимулів від невинувато до довгих термінів госпіталізації і невинувато до великих неефективно функціонуючих ліжкових фондів до оптимізації кількості і профілю ліжок та покращення маршрутизації пацієнтів, удосконалення послуг, що надаються, і використання сучасних доказових методів діагностики, лікування і реабілітації пацієнтів.

Більшість країн Європи використовують ОГП для фінансування невідкладної стаціонарної допомоги, але

ряд країн за прикладом США розширюють концепт ОГП щодо фінансування психіатричної допомоги, денних стаціонарів та реабілітації пацієнтів [11].

При імплементації систем ОГП існують два альтернативних варіанти вибору системи класифікації: вона може бути перейнята з-за кордону або може бути розроблена з нуля. Багато країн для початку вибирають перший менш ресурсовитратний шлях, а потім використовують впроваджені системи як основу для подальшої розробки своїх власних національних систем. Наприклад, такі країни як Франція, Німеччина, Португалія та Ірландія використовують системи ОГП, які віддалено пов'язані із системою в США. Інші ж країни, такі як Англія, Австрія і Нідерланди розробили національні системи з нуля. Польща, в свою чергу, розробила власну систему на основі англійської версії [10, 12].

У літературі описано загальну послідовність дій по впровадженню систем ОГП [1, 6, 10, 13]. В обох вищеперерахованих випадках перед розробкою національної системи необхідно зібрати і проаналізувати певний масив даних: клінічних, демографічних (число і структуру населення), економічних (визначення ресурсів ЛПЗ), географічних тощо. Потім проходить вибір системи класифікації пацієнтів відповідно до змінних, що будуть використовуватися: основний і супутні діагнози, наявність ускладнень, проведені процедури, демографічні характеристики тощо. Надалі використання спеціального програмного забезпечення використовується для автоматизації процесу присвоєння груп і полегшення збору статистичної інформації [6].

На наступному етапі проводиться збір інформації про витрати на забезпечення послуг і ресурсів, а також вибір стандартизованої системи обліку цих витрат. При відсутності даної інформації країни нерідко імпортують підігнані під власні реалії дані зарубіжних систем ОГП. Наступним важливим рішенням є вибір порядку реімбурсації: або ретроспективний (ОГП-засновані платежі за випадок госпіталізації), або проспективний (ОГП-засноване бюджетне асигнування). У першому випадку до загальної суми виплат нерідко додається певна сума з бюджету країни для покриття дорогих інноваційних послуг [10, 13].

У більшості країн фактична ставка оплати випадку (O_r) госпіталізації дорівнює добутку значення ОГП (Z_r) і його коефіцієнту грошового перетворення (коэф.):

$$O_r = Z_r * \text{коэф.}$$

Розрізняють три основні підходи до вираження значень ОГП (у відносній вазі, вихідних тарифах і балах) і коефіцієнтів грошового перетворення (в базових ставках, поправочних коефіцієнтах і вартості балів). Кожен з цих підходів відповідає певному методу грошового перетворення. В одних країнах відносна вага ОГП, яка співвідносить середні витрати на лікування пацієнтів в межах однієї ОГП до середніх витрат на лікування всіх пацієнтів, включених в систему ОГП, множиться на базову ставку, яка має грошове значення і найчастіше єдина для всієї країни (наприклад, $2,46 \times 15000 \text{ грн} = 36900 \text{ грн}$). В інших, вихідні тарифи ОГП у вигляді грошового значення множаться на поправочні коефіцієнти, які можуть

враховувати особливості лікарні (наявність статусу клінічної тощо) або регіону в цілому (наприклад, $12000 \text{ грн} \times 1,14 = 13680 \text{ грн}$). В третій значення ОГП, виражене в балах, множиться на вартість останніх (наприклад, $120 \text{ балів} \times 100 \text{ грн} = 12000 \text{ грн}$) [1, 10].

На останньому етапі після розробки й імплементації нової або оновлення наявної системи ОГП важливим є аналіз діяльності системи і виявлення навмисних і ненавмисних ефектів на якість і ефективність стаціонарної допомоги [10].

В цілому, проект системи ОГП залежить від ряду технічних і політичних рішень, прийнятих щодо варіанту системи, програмного забезпечення групувальників ОГП, системи класифікації діагнозів і процедур, методу калькуляції витрат, а також рівнів штрафів за шахрайське кодування і процедури повторної госпіталізації. Крім того, суб'єкти фінансування охорони здоров'я повинні визначити, хто оплачує початкові витрати на впровадження системи ОГП, а потім і поточні, такі як регулярні перегляди системи ОГП і додаткові процедури моніторингу практик кодування і забезпечення якості [1].

Зазвичай країни стверджують, що їх національні системи ОГП адаптовані до внутрішніх потреб, враховуючи національні шаблони лікування і структуру споживання ресурсів. Але в своїх дослідженнях Буссе і ін. не змогли визначити будь-який зв'язок між відмінностями в клінічній практиці і дизайном системи ОГП різних країн [6, 10]. Наприклад, в Англії бідні стани не використовуються в якості класифікаційної змінної для пацієнтів з гострим інфарктом міокарда, хоча кількість пацієнтів з даними станами є подібною до такої у країнах, де даний показник використовується [6].

Варто відзначити, що країни, в яких імплементовані національні системи класифікацій, можуть украй різнитися за кількістю груп. При чому країни з великою кількістю груп якогось одного стану зовсім не обов'язково мають велику кількість груп усіх інших станів. Наприклад, в Англії існують 14 ОГП із заміни кульшового суглоба, а пацієнти з інсультом поділяються всього на дві. Навпаки ж, в Німеччині пацієнти з інсультом поділяються на 10 груп, а в Нідерландах і Швеції існують всього по 2 групи пацієнтів, яким показана заміна кульшового суглоба. Що стосується гострого інфаркту міокарда, то в більшості країн Європи пацієнти поділяються на групи відповідно до певних ускладнень та супутніх захворювань (таких як діабет і серцева недостатність), але в трьох країнах (Австрія, Англія і Нідерланди) цього не відбувається [6, 14].

Дослідження показують, що в більшості країн кількість груп збільшується з часом після їх імплементації. Між 2005-2011 роками кількість груп у Німеччині збільшилась у 1,36 раза, в Англії більш ніж подвоїлось, а у Франції стало в чотири рази більше. В Ірландії та Іспанії число ОГП в ці роки залишалось практично незмінним. У той же час у Нідерландах ситуація кардинально відрізнялася. У 2005 році там налічувалось 100 тис. ОГП, і, як наслідок, ідентичні пацієнти потрапляли в різні групи в залежності від спеціалізації відділень, в яких вони перебували. Така велика кількість груп йшла в розріз із вимогами системи атрибутів ОГП за Феттер і ін. і була некерованою, тому було прийнято рішення зменшити число груп до 4 тис. (в 25 разів) до 2011 року [6, 10].

Імплементация систем ОГП в Європі призвела до збільшення активності ЛПЗ більшості країн. Наприклад, в Англії в період з 2003 по 2007 роки активність денних стаціонарів зросла приблизно на 15%, в той час як загальна активність стаціонарів збільшилася на 10% [12]. Але оскільки більшість країн Європи перейшли на фінансування стаціонарної допомоги на основі ОГП від загальнодержавного бюджетного асигнування, їх досвід відрізняється від досвіду Сполучених Штатів Америки (США), де платежі на основі ОГП замінили оплату за послуги [6]. Таким чином введення платежів на основі ОГП в США спочатку призвело, навпаки, до зниження активності ЛПЗ, що в результаті допомогло стримати витрати на галузь охорони здоров'я [15].

ВИСНОВКИ

Клініцистам і національним органам системи охорони здоров'я України рекомендовано розглянути питання впровадження системи ОГП і вивчити підхід інших країн до класифікації і розрахунку фактичної ставки оплати випадків госпіталізації, щоб оптимізувати майбутню систему ОГП і забезпечити справедливе і належне відшкодування витрат.

ЛІТЕРАТУРА

1. Mathauer I, Wittenbecher F. DRG-based payment systems in low- and middle-income countries: Implementation experiences and challenges. World Health Organization; 2012. Report No.: HSS/HSF/DP. E. 10.2..55 p.
2. Paris V, Devaux M, Wei L. Health institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. OECD Health Work Pap. 2010;(50).
3. Scheller-Kreinsen D, Geissler A, Busse R. The ABC of DRGs. Euro Obs. 2009;11(4):1–5.
4. Slabkiy GO, Rogach IM, Smirnov MM, Zhornik VV. Financing model of healthcare institutions based on the example of France within the T2A system. Economy and Legislation of Health Care. 2018;(2 (8)):59–63. [in Ukrainian]
5. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, work(s): JDTR. Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups. Med Care. 1980;18(2):1–53.
6. Busse R, Geissler A, Aaviksoo A, Cots F, Hakkinen U, Kobel C, et al. Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals? BMJ. 2013 Jun 7;346:f3197–f3197.
7. Rogach IM, Smirnov MM, Keretsman AO, Zhornik VV. Characteristics of the usage of a bed fund for inpatient treatment of adults with diseases of the nervous system in the Transcarpathian region. Ukraine. Health of Nation. 2018;(1 (47)):83–9. [in Ukrainian].
8. Rogach IM, Smirnov MM, Zhornik VV. Epidemiology of neurological disorders in the Transcarpathian region in 2017. Art of Medicine. 2019;(2 (10)):93–7. [in Ukrainian].
9. Avksenteva MV, Salahutdinova SK. Kliniko-statisticheskie gruppyi (KSG) kak novyyi metod oplatyi stacionarnoy i stacionarozameschayushey pomoschi v Rossiyskoy Federatsii. Lekarstvennyy Vestnik. 2016;10(2):31–6. [in Russian].
10. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals. Open University Press ; 2011. 490 p.
11. Moisson J-C. Une histoire de la T2A. J Gest Déconomie Médicales. 2013;31(2):107.
12. Farrar S, Yi D, Sutton M, Chalkley M, Sussex J, Scott A. Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis. BMJ. 2009 Aug 27;339(aug27 2):b3047–b3047.
13. Lehtonen T. DRG-based prospective pricing and case-mix accounting—Exploring the mechanisms of successful implementation. Manag Account Res. 2007 Sep;18(3):367–95.
14. Peltola M, Quentin W. Diagnosis-Related Groups for Stroke in Europe: Patient Classification and Hospital Reimbursement in 11 Countries. Cerebrovasc Dis. 2013;35(2):113–23.
15. Lave JR. The effect of the Medicare prospective payment system. Annu Rev Public Health. 1989;10(1):141–61.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.05.2019 р.

У майбутньому необхідно провести кількісні дослідження задля перевірки, чи враховуються найбільш важливі детермінанти витрат в системі класифікації пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень полягають у:

- вивченні досвіду країн світу, особливо країн з низьким і середнім рівнем доходів, по впровадженню систем ОГП;
- аналізі навмисних і ненавмисних наслідків імплементації систем ОГП для розробки ефективної, якісної та інноваційної національної системи ОГП в Україні.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ОСОБИСТІЙ ВНЕСОК КОЖНОГО АВТОРА У ВИКОНАННЯ РОБОТИ

Кожен з авторів займався пошуком та аналізом літературних джерел, написанням рукопису та його редагуванням.

Homogeneous patient groups as an advanced system for standardizing inpatient care billing

*I.M. Rogach, M.M. Smirnov,
V.V. Zhornyk, A.-M.M. Pishkovtsi*
SU "Uzhhorod National University", Medical Faculty,
Department of Social Medicine and Hygiene,
Uzhhorod, Ukraine

Health-care financing, which is based on hospitalization cases of homogeneous patient groups, has gradually become the primary means of reimbursement of costs of acute inpatient care in most high-income countries in the world since the 1990s. The motives that underlie the development and implementation of homogeneous patient groups systems in different countries differ, but they mainly relate to increasing the transparency and efficiency of treatment in health care institutions and to optimizing their management.

The purpose of the survey was to study and interpret the case mix approach to the classification of patient hospitalization cases in order to optimize a unified pricing system for hospital services, variations of which have been implemented in the variety of developed countries. The modern scientific literature, which addresses the issue of identifying groups, the prerequisites and the standards for their creation, was analyzed and interpreted for the Ukrainian reader. The content analysis, the systematic and comparative analysis, as well as the bibliosemantic method were used.

The main part of the article describes the definition of homogeneous patient groups and the system of mandatory attributes that they must possess, outlines the common causes and stages of implementation of homogeneous patient groups in national health-care systems, as well as the general differences in the methods of calculating the actual rate of payment for the patient hospitalization case. It is noted that the countries in which national classification systems are implemented may vary greatly in the number of groups.

Other studies show that in most European countries the number of groups increases over time after their implementation. Thus, between 2005-2011, the number of groups in Germany increased 1.36 times, in England more than doubled, and in France quadrupled. The overall implication of this cost-reimbursement model in Europe increased the activity of health-care facilities and the national expenditure on health care, and, conversely, the use of homogeneous patient groups in the United States restrained the country's expenditure on the industry.

Clinicians and national health-care authorities in Ukraine are advised to consider the introduction of homogeneous patient groups and to examine the approaches of other countries to classifying and calculating the actual rate of hospitalization case to create a modern and effective national model of inpatient care cost-reimbursement in Ukraine.

KEY WORDS: financing, homogeneous patient groups, OGP, DRG, reimbursement, inpatient care.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Рогач Іван Михайлович – доктор медичних наук, професор, звідувач кафедри соціальної медицини та гігієни УжНУ, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Смірнов Микита Миколайович – аспірант кафедри соціальної медицини та гігієни УжНУ, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Жорник Віталіна Василівна – студентка УжНУ, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Пішковці Анна-Марія Михайлівна – аспірант кафедри наук про здоров'я УжНУ, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Аналіз ціни випадку стоматологічного лікування в системі добровільного медичного страхування України

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

Визначення ціни випадку стоматологічного лікування є необхідним етапом для створення програм добровільного медичного страхування, а також оцінки доступності стоматологічної допомоги для населення. Такий вид медичного забезпечення має свої особливості, котрі полягають у високій поширеності стоматологічних захворювань у населення країни та потребі в лікуванні, високій собівартості і технологічності допомоги.

Мета. Встановити вартість випадку стоматологічного лікування в проектах добровільного медичного страхування в Україні.

Матеріали та методи. Проведено аналіз преїскурантів 345 стоматологічних клінік, розраховано середню ціну найпоширеніших випадків лікування.

Результати. Середня ціна випадку лікування поверхневого карієсу становила 912,37±357,91 грн (M = 830,00), глибокого карієсу – 1286,24±485,38 грн (M = 1200,00), ендодонтичного лікування однокореневого зуба – 2433,66±1001,76 грн (M = 2260,00), багатокореневого – 3306,80±1454,79 грн (M = 2960,00). Різниця в цінах між приватними і «бюджетними» медичними закладами досягала до 2 крат.

Висновки. Вартість стоматологічного лікування значно відрізняється в різних регіонах, а також в закладах різної форми власності.

Ключові слова: стоматологія, лікування, страхування, ціна, доступність.

ВСТУП

Проблема раціонального використання бюджетних асигнувань на охорону здоров'я та пошук додаткових джерел фінансування витрат на охорону здоров'я є важливим і актуальним питанням для України. В особливо в умовах реформування галузі охорони здоров'я [6, 7, 14, 15]. Стосовно стоматологічної допомоги населенню, то такий вид медичного забезпечення має свої особливості, котрі полягають у високій поширеності стоматологічних захворювань у населення країни, і відповідно у високій потребі населення в лікуванні, високій собівартості зазначених лікувально-діагностичних технологій, у тривалому але непостійному ефекті стоматологічного лікування [3, 8, 12]. Такі умови призводять до неповного фінансування стоматологічної допомоги зі сторони держави, і в переважній більшості стоматологічна допомога в Україні надається за кошт населення. Також частково компенсація вартості стоматологічного лікування здійснюється завдяки функціонуванню проектів добровільного медичного страхування [1, 7, 9, 10]. Загалом, за даними Ліги страхових організацій України та відкритих звітів страховиків, проекти добровільного медичного страхування та аналогічні до них види послуг надають захист до 1,0 млн населення країни, якщо провести уточнення змісту програм страхування, то обмежена компенсація вартості стоматологічного лікування передбачена у 20,0% із вищезгаданого контингенту населення [11, 13]. Хоча обсяги пулу страхових премій і витрат за договорами добровільного медичного страхування в Україні є значно меншими в порівнянні із показниками зведеного бюджету охорони здоров'я, такі кошти використовуються максимально ефективно [4].

Мета дослідження – встановити вартість випадку стоматологічного лікування в проектах добровільного медичного страхування в Україні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було проведено аналіз преїскурантів стоматологічних клінік різної форми власності та організаційної структури – державні, відомчі, комунальні, приватні, – які надавали послуги застрахованим особам за договорами добровільного медичного страхування. Загальні кількість суб'єктів господарювання склала 345. Із них 299 були підприємствами приватної власності і 46 – державної (комунальної) власності, а також відомчі. Варто відмітити, що 6 закладів із обсягу досліджених (а це – 1,7%) можна вважати університетськими клініками за своєю формою і суттю. Переважна кількість медичних закладів – 126, знаходилися в м. Київ, що становило майже 36,5% від загальної кількості. Методика розрахунку ціни випадку на стоматологічне лікування була запозичена із добровільного медичного страхування, яка використовується для проведення актуарних розрахунків при створенні програм добровільного медичного страхування, і дозволяє визначити верхню лімітовану вартість страхового випадку (тобто є ризиковою). Відповідно до змісту преїскуранту клініки проводився розрахунок ціни випадку лікування згідно переліку маніпуляцій і втручань, необхідних в ході лікування обраної нозологічної форми [2, 5]. Для аналізу було обрано 4 варіанти випадків лікування – лікування поверхневого карієсу зуба, глибокого карієсу зуба, ендодонтичне лікування однокореневого зуба та ендодонтичне лікування багатокореневого зуба. Актуалізація преїскурантів закладів охорони здоров'я була проведена станом на 1 січня 2018 р. Розрахунки проводилися із використанням програмних

пакетів Microsoft Excel 2016 та LibreOffice Calc 5.4.4, де було використано методи описової статистики.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз прейскурантів із розрахунком середньої ціни на випадок лікування дозволив встановити, що ціни на такі послуги значно відрізнялися в Україні. Так, середня ціна на

лікування поверхневого карієсу зуба в країні становила 912,37±357,91 грн (M = 830,00). Середня ціна на випадок лікування глибокого карієсу зуба дорівнювала 1286,24±485,38 грн (M = 1200,00). Середня ціна по Україні випадок ендодонтичного лікування однокореневого зуба становила 2433,66±1001,76 грн (M = 2260,00). Середня ціна в Україні випадку ендодонтичного лікування багатокореневого зуба становила 3306,88±1454,79 грн (M = 2960,00) (табл. 1).

Таблиця 1
Аналіз середньої ціни одного випадку лікування в стоматологічній клініці різної форми власності в окремих містах України, в грн

Населений пункт	Поверхневий карієс зуба	Глибокий карієс зуба	Ендодонтичне лікування однокореневого зуба	Ендодонтичне лікування багатокореневого зуба
Біла Церква (Київська обл.)	516,67±108,89 M = 470,00	776,67±215,56 M = 690,00	1293,33±517,78 M = 980,00	1580,00±633,33 M = 1120,00
Бориспіль	786,25±98,75 M = 787,50	1141,25±186,25 M = 1132,50	2146,25±211,25 M = 2110,00	2831,25±226,25 M = 2755,00
Бровари	855,00±246,67 M = 880,00	1388,33±467,78 M = 1370,00	2228,33±742,22 M = 2660,00	2908,33±888,89 M = 3130,00
Вінниця	842,43±159,39 M = 890,00	1234,86±228,73 M = 1390,00	2174,86±467,35 M = 2210,00	2900,43±725,35 M = 2900,00
Дніпро	860,20±199,13 M = 862,66	1278,98±336,35 M = 1288,50	2277,49±616,01 M = 2292,27	3137,27±919,11 M = 3186,62
Житомир	884,25±74,25 M = 860,00	1225,50±147,00 M = 1251,00	2420,50±237,00 M = 2498,50	3323,00±436,00 M = 3195,00
Запоріжжя	790,18±166,71 M = 835,00	1151,73±255,21 M = 1180,00	2160,27±708,61 M = 2270,00	2972,36±1077,24 M = 3170,00
Івано-Франківськ	629,78±215,33 M = 690,00	914,04±304,95 M = 970,00	1858,46±714,05 M = 2025,00	2653,19±1049,31 M = 2512,50
Ірпінь	740,00±50,00	1190,00±300,00	1850,00±730,00	2235,00±1045,00
Кам'янець-Подільський	604,50±150,50 M = 630,00	893,00±342,00 M = 935,00	1722,00±342,00 M = 1890,00	2107,75±408,38 M = 2280,00
Київ	1196,73±468,60 M = 1082,50	1630,85±596,89 M = 1502,50	3194,83±1216,04 M = 2967,50	4420,53±1836,11 M = 3815,00
Кропивницький	485,45±134,55	612,95±257,05	978,20±591,80	1368,20±881,80
Кривий Ріг	325,00±68,00 M = 325,00	619,00±203,20 M = 725,00	1355,00±348,00 M = 1465,00	1801,00±498,80 M = 1970,00
Луцьк	872,00±244,00 M = 725,00	1231,00±419,50 M = 1052,50	1868,50±470,75 M = 1584,00	2499,25±655,38 M = 2080,50
Львів	751,12±273,82 M = 680,00	1101,29±380,77 M = 1070,00	2198,81±872,43 M = 2200,00	3151,30±1341,74 M = 3220,00
Маріуполь	661,86±195,84 M = 614,00	1070,29±311,47 M = 1040,00	1690,29±405,55 M = 1564,00	2233,86±633,80 M = 2040,00
Миколаїв	570,03±50,02 M = 577,56	842,04±143,54 M = 824,08	1652,51±477,51 M = 1615,00	1887,57±552,57 M = 1785,00
Нова Каховка	613,33±145,56 M = 665,00	895,00±290,00 M = 845,00	1613,33±731,11 M = 1410,00	1968,33±1001,11 M = 1640,00
Нікополь	844,50±364,50	1029,50±399,50	1659,00±659,00	2204,00±954,00
Одеса	1014,86±341,39 M = 975,00	1545,14±580,31 M = 1337,50	2765,43±1032,86 M = 2915,00	3581,29±1399,39 M = 3808,00
Павлоград	610,00±15,00	770,00±75,00	1122,50±42,50	1457,50±107,50
Полтава	810,57±242,08 M = 720,00	1297,71±390,90 M = 1310,00	2472,71±746,61 M = 2560,00	3434,14±1084,98 M = 3760,00
Прилуки	522,33±115,11 M = 439,00	642,33±115,11 M = 571,00	1028,00±111,33 M = 965,00	1458,33±144,22 M = 1528,00
Рівне	718,33±124,44 M = 690,00	1200,00±363,33 M = 1290,00	2035,00±490,00 M = 2260,00	2548,33±572,22 M = 2895,00

Сіверодонецьк	735,00±86,67 M = 720,00	1088,33±178,89 M = 1120,00	1733,33±142,22 M = 1780,00	1928,33±138,89 M = 2010,00
Суми	502,28±242,18 M = 321,38	699,40±340,48 M = 480,00	1321,28±564,98 M = 981,38	1731,11±545,11 M = 1640,54
Тернопіль	698,25±134,13 M = 731,50	978,00±189,00 M = 1076,00	1510,50±320,25 M = 1616,00	1905,50±519,50 M = 1931,00
Ужгород	819,53±470,31 M = 583,59	1172,22±675,18 M = 781,67	2244,73±1090,18 M = 1854,18	2953,70±1650,86 M = 2181,11
Харків	852,70±263,76 M = 902,50	1170,02±347,98 M = 1182,50	2163,71±733,16 M = 2045,00	2881,54±948,61 M = 2815,00
Херсон	1087,83±121,22 M = 1137,48	1491,48±153,48 M = 1480,00	2881,69±613,36 M = 2892,50	3360,26±775,26 M = 3592,50
Черкаси	808,75±151,25 M = 752,50	1040,00±247,50 M = 950,00	1934,25±319,25 M = 1956,00	2298,00±303,00 M = 2293,50
Чернівці	608,75±121,25 M = 632,50	931,25±254,38 M = 780,00	1673,75±363,75 M = 1597,50	1896,25±426,25 M = 1777,50
Чернігів	556,62±178,24 M = 665,00	747,80±222,12 M = 770,00	1296,79±476,57 M = 1214,94	1815,43±769,66 M = 1472,94
По Україні	912,37±357,91 M = 830,00	1286,24±485,38 M = 1200,00	2433,66±1001,76 M = 2260,00	3306,80±1454,79 M = 2960,00

Відповідно, найдешевшим випадок лікування поверхневого карієсу зубів був у стоматологічних клініках міст Суми, Кривого Рогу, Прилук, Білої Церкви, Кропивницького. Найменшою була середня ціна в м. Суми – 502,28±242,18 грн (M = 321,38). Високими середні

ціни на таку послугу були в м. Київ, Херсоні, Одесі, Харкові, Нікополі, Вінниці. Найвищими середні ціни були в Києві – 1196,73±468,60 грн (M = 1082,50) та Херсоні – 1087,83±121,22 грн (M = 1137,48) (рис. 1).

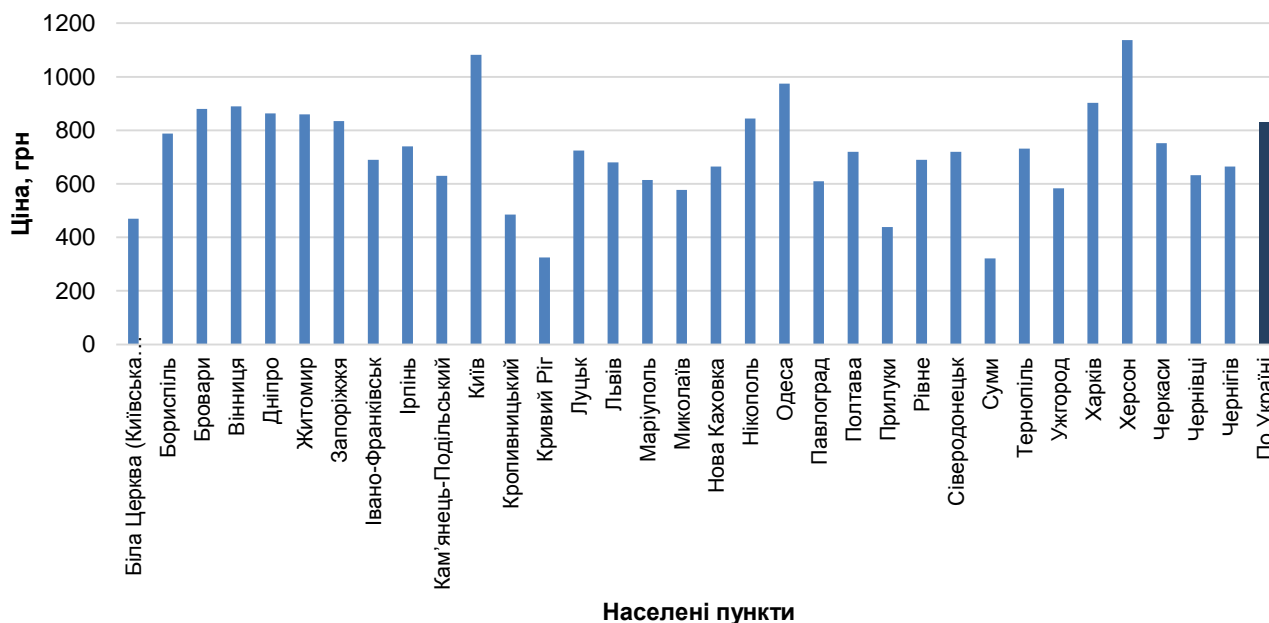


Рис. 1. Порівняння цін на лікування поверхневого карієсу зубів в окремих населених пунктах України

Найдешевшим випадок лікування глибокого карієсу зубів був у стоматологічних клініках міст Суми, Прилуки, Кропивницький та Біла Церква. Відповідно ціна на таку послугу в м. Суми становила 699,40±340,48 грн (M = 480,00). Високими ціни на вищевказане лікування були в містах Київ, Херсон, Бровари, Вінниця, Одеса, Полтава та Рівне. Найдорожчими випадки лікування глибокого карієсу зубів також були в містах Київ і Херсон – 1630,85±

596,89 грн (M = 1502,50) та 1491,48±153,48 грн (M = 1480,00) відповідно.

Розрахунки вартості випадків ендодонтичного лікування показали, що у випадках лікування однокореневого зуба така послуга найбільш дешевою буде у містах Суми, Кропивницький, Прилуки, Павлоград, Біла Церква та Чернігів. Відповідно, ціна на таку послугу в м. Прилуки становила 1028,00±111,33 грн (M = 965,00), в Кропивницькому – 978,20±591,80 грн (M = 970,00).

Найдорожчим таке лікування було в стоматологічних клініках Києва, Одеси, Херсона і Броварів. Так, в м. Київ випадок ендодонтичного лікування однокореневого зуба в середньому коштував 3194,83±1216,04 грн (M = 2967,50).

Розрахунки ціни випадків ендодонтичного лікування багатокореневого зуба показали, що середня ціна на такий вид послуг в країні дорівнювала 3306,80±1454,79 грн (M = 2960,00). Відповідно, найдешевшими такі послуги були в стоматологічних клініках міст Суми, Кропивницького, Прилук, Білої Церкви. В Сумах вартість випадку такого лікування склала 1731,11±545,11 грн (M = 1640,54). В Кропивницькому – 1368,2±881,8 грн, в Прилуках – 1458,33±144,22 грн (M = 1528,00), Білій Церкві – 1580,00±633,33 (M = 1120,00). Найвищою ціна випадків ендодонтичного лікування багатокореневого зуба була в містах Київ, Херсон, Одеса, Бровари. Так, в Києві середня ціна на таку послугу становила 4420,53±1836,11 грн (M = 3815,00), і ціни значно коливалися залежно від цінової категорії клінік і їх форми власності. В стоматологічних клініках Херсона ціна на такі послуги становила 3360,26±775,26 грн (M = 3592,50), Одеси – 3581,29±1399,39 грн (M = 3808,00), Броварів – 2908,33±888,89 грн (M = 3130,00) (рис. 2).

В подальшому, нами було проведено порівняння середніх цін на основні чотири послуги (випадки лікування) у стоматологічних клініках різної форми власності. Стоматологічні клініки були умовно розподілені на «бюджетні» (сюди були включені державні, комунальні та відомчі медичні заклади), приватні стоматологічні або багатопрофільні медичні заклади і окремо було виділено університетські клініки, які були як у державній, так і у приватній власності. Відповідно, найбільш дешевими випадки лікування були виявлені в «бюджетних» стоматологічних клініках – ціна лікування поверхневого карієсу зуба коливалася в межах 551,85±181,59 грн (M = 545,16), ціна лікування глибокого карієсу зуба варювала в межах 744,43±243,27 грн (M = 748), середня ціна ендодонтичного лікування однокореневого зуба становила 1260,31±491,93 грн (M = 1100,59), а ціна ендодонтичного лікування багатокореневого зуба була 1716,28±659,15 грн (M = 1470,47) (табл. 2, рис. 3).

Незначно вищою ціна була на такі ж послуги, що надавалися університетськими стоматологічними клініками (стоматологічними відділеннями у складі університетських клінік).

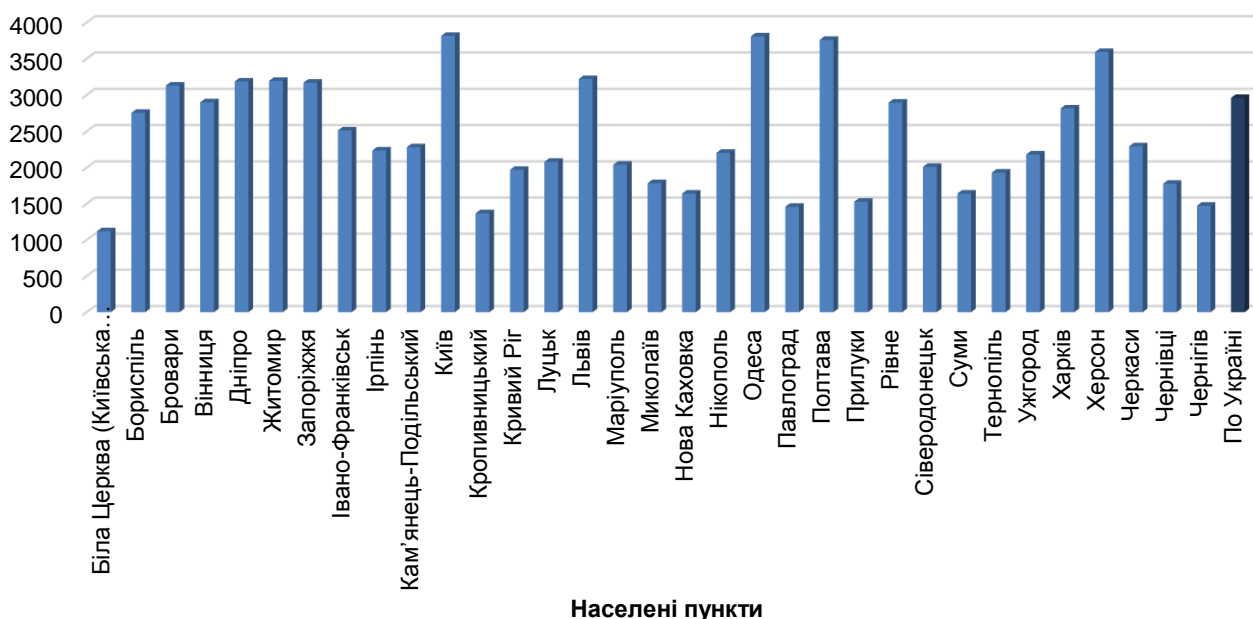


Рис. 2. Порівняння цін на випадок ендодонтичного лікування багатокореневого зуба

Таблиця 2

Порівняння середньої ціни одного випадку лікування в стоматологічній клініці різної форми власності, грн

Форма власності	Випадок лікування поверхневого карієсу зуба	Випадок лікування глибокого карієсу зуба	Випадок ендодонтичного лікування однокореневого зуба	Випадок ендодонтичного лікування багатокореневого зуба
Бюджетна (державні, комунальні, відомчі)	551,85±181,59 (M = 545,16)	744,43±243,27 (M = 748,00)	1260,31±491,93 (M = 1100,59)	1716,28±659,15 (M = 1470,47)
Приватна	967,8±362,78 (M = 870,00)	1369,59±479,03 (M = 1300)	2614,18±985,7 (M = 2395)	3551,49±1457,10 (M = 3200)
Університетські клініки	700,92±248,85 (M = 785,10)	958±353,97 (M = 994,05)	1641,82±582,62 (M = 1562,2)	2347,77±891,52 (M = 2114,75)

Так, випадок лікування поверхневого карієсу зуба в зазначених закладах міг коштувати 700,92±248,85 грн (M = 785,1); ціна випадку лікування глибокого карієсу коливалася в межах 958±353,97 грн (M = 994,05); ціна випадку ендодонтичного лікування однокореневого зуба складала 1641,82±582,62 грн (M = 1562,2); ціна випадку ендодонтичного лікування багатокореневого зуба становила 2347,77±891,52 грн (M = 2114,75). Найбільша амплітуда коливання цін на вищевказані послуги була в клініках приватної форми власності, і загалом по країні ціна в приватних закладах були вищими, хоча в окремих містах

ціни в приватних стоматологічних кабінетах були нижчими за такі в «бюджетних» клініках столиці.

Середня ціна на випадок лікування поверхневого карієсу складала 967,80±362,78 грн (M = 870,00); на випадок лікування глибокого карієсу зуба 1369,59±479,03 грн (M = 1300,00). Середня ціна на випадок ендодонтичного лікування однокореневого зуба дорівнювала 2614,18±985,7 грн (M = 2395), на випадок ендодонтичного лікування багатокореневого зуба – 3551,49±1457,10 грн (M = 3200,00) (рис. 4).

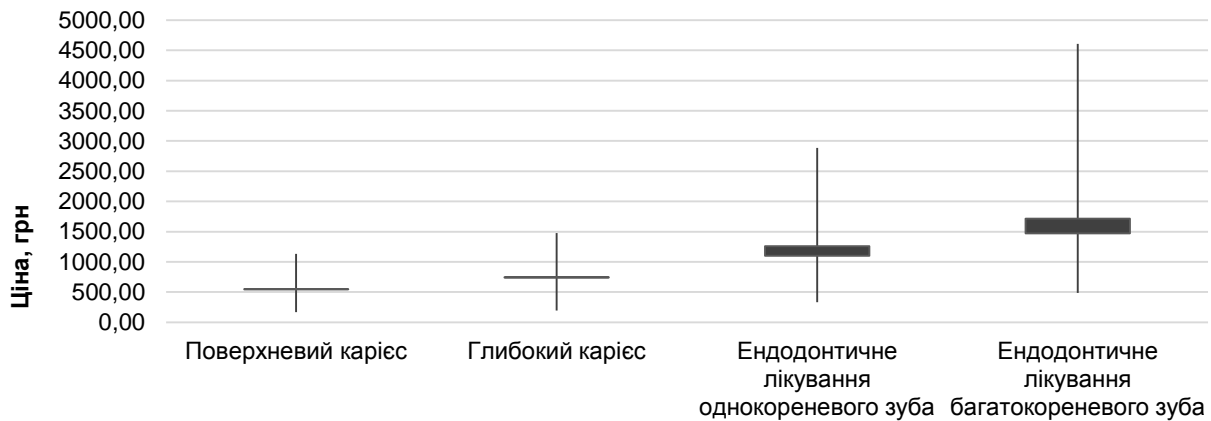


Рис. 3. Коливання цін на найбільш поширені випадки стоматологічного лікування в «бюджетних» клініках

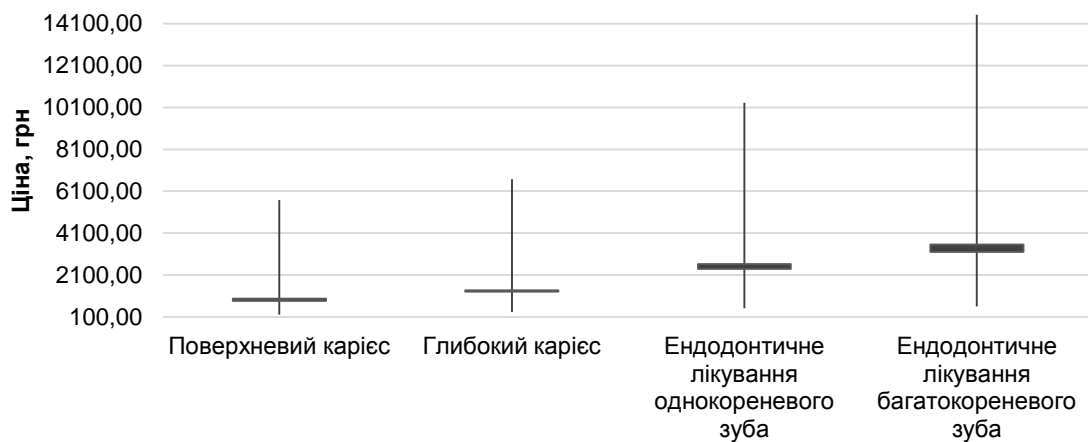


Рис. 4. Коливання цін на найбільш поширені випадки лікування в приватних клініках України

Отримані результати вказують на значну різницю ціни випадку стоматологічного лікування в різних населених пунктах України, що може бути пояснено різним ступенем соціально-економічного розвитку окремих регіонів, відмінностями у факторах, що можуть чинити вплив на ціноутворення в закладах охорони здоров'я, впливом рівня середньомісячного сукупного доходу на душу населення, особливостями розвитку інфраструктури та рівнем купівельної спроможності населення. Така ситуація впливає на процес створення та функціонування страхових продуктів, які стосуються добровільного медичного страхування, і особливо додаткового фінансування стоматологічної медичної допомоги. З іншої сторони, доцільно звернути увагу на помітну різницю ціни

випадку лікування в приватних і «бюджетних» закладах охорони здоров'я – до 2 крат. Відповідно, доступність такого лікування для населення в «бюджетних» закладах може бути вищою. Це наводить на думку щодо потреби в збереженні доступної для населення стоматології та вдосконаленні управління такими закладами.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням якості стоматологічної допомоги.

ВИСНОВКИ

Таким чином, проблема раціонального використання бюджетних асигнувань на охорону здоров'я та пошук додаткових джерел фінансування витрат на

охорону здоров'я є важливим і актуальним питанням для України. Аналіз вартості випадку стоматологічного лікування в проектах добровільного медичного страхування українського страхового ринку вказує на істотну різницю ціни випадку стоматологічного лікування в різних населених пунктах України, що може бути пояснено цілою низкою факторів. Станом на початок 2018 року середня ціна випадку лікування поверхневого карієсу становила $912,37 \pm 357,91$ грн ($M = 830,00$), глибокого

карієсу – $1286,24 \pm 485,38$ грн ($M = 1200,00$), ендодонтичного лікування однокореневого зуба – $2433,66 \pm 1001,76$ грн ($M = 2260,00$), багатокореневого – $3306,80 \pm 1454,79$ грн ($M = 2960,00$). Різниця в цінах між приватними і «бюджетними» медичними закладами досягала 2 крат. Такі результати наводять на думку щодо необхідності збереження доступної для населення стоматології та вдосконалення організації її роботи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алиева Р. К., Алимский А.В. Изучение доступности населению стоматологической помощи. Экономика и Менеджмент в Стоматологии. 2000. № 2. С. 88–89.
2. Базилевич В. Д., Базилевич К. С. Страхова справа. К.: «Знання», 2003. 250 с.
3. Вороненко Ю.В., Павленко О.В., Мазур І.П. Стоматологічна допомога в Україні: основні показники діяльності за 2008 – 2018 роки: довідник. Кропивницький, 2018. 212 с.
4. Гайда Ю.І., Сліпченко Т.О. Сегментація ринку стоматологічних послуг за географічним принципом. Економічний аналіз. 2017. Том 27. № 1. С. 18–27.
5. Долот В.Д. До проблеми визначення вартості лікування пацієнта в амбулаторно-поліклінічних умовах / В. Д. Долот, Л.А. Ляховченко, Я. Ф. Радиш // Економіка та держава. –2011. № 12. С.109–123.
6. Ждан В.М., Голованова І.А., Лисак В.П., Краснова О.І., Шилкіна Л.М., Оксак Г.А., Краснов О.Г. Основи економіки охорони здоров'я: Монографія. Полтава, 2017. 119с.
7. Зукін В. Український ринок приватної медицини: реалії та перспективи. Приватний лікар. 2017. С 12-15.
8. Канюра О.А. Шляхи удосконалення стоматологічної допомоги населенню. Вісник проблем біології і медицини. 2014. Т. 3, № 4. С. 295-299.
9. Ляхова Н. О., Нестеренко О. М. Стан ринку стоматологічних послуг в Україні на сучасному етапі. Вісник проблем біології і медицини. 2014. Вип. 3. Том 3 (112). С. 47–50.
10. Мазур І. П. Про стан та перспективи стоматологічної допомоги в Україні. Современная стоматология. – 2017. – № 2. – С. 69-71.
11. Мочалов Ю.О. Співпраця закладів охорони здоров'я зі страховими організаціями: сучасний стан в Україні. Практика управління медичним закладом. 2015. № 7. С. 54-64.
12. Мазур І.П., Павленко О.В., Близнюк В.Г. Сучасний стан стоматологічної допомоги в Україні. Здоров'я України 21 сторіччя. 2017. № 18 (415). С. 1–3.
13. Могилова А.Ю., Алізаде Я.Н. Медичне страхування та його розвиток в Україні. Молодий вчений. 2014. № 6(1). С. 178-181.
14. Приказюк Н. В. Система медичного страхування: зарубіжний досвід та особливості організації в Україні. Сучасні питання економіки і права. 2011. Вип. 1. С. 53-59.
15. Чопчик В.Д. Концептуальні напрями розвитку організації стоматологічної допомоги дорослому населенню в системі державних амбулаторних закладів великих міст України : автореф. дис. канд.мед.наук : 14.02.03. К., 2007. 18 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.08.2019 р.

Анализ цены случая стоматологического лечения в системе добровольного медицинского страхования Украины

Ю.А. Мочалов, О.В. Клитинская
ГВУЗ "Ужгородский национальный университет»

Определение цены стоматологического лечения является необходимым этапом создания программ добровольного медицинского страхования и оценки доступности стоматологической помощи для населения. Стоматологическая помощь имеет свои особенности, которые заключаются в высокой распространенности стоматологических заболеваний у населения страны, и потребности в лечении, высокой себестоимости и технологичности помощи.

Цель. Определить стоимость случая стоматологического лечения в проектах добровольного медицинского страхования в Украине.

Материалы и методы. Проведен анализ прейскурантов 345 стоматологических клиник, рассчитан среднюю цену распространенных случаев лечения.

Результаты. Средняя цена случае лечение поверхностного кариеса составила 912,37±357,91 грн (M = 830,00), глубокого кариеса – 1286,24±485,38 грн (M = 1200,00), эндодонтического лечения однокорневого зуба – 2433,66±1001,76 грн (M = 2260,00), многокорневого – 3306,80±1454,79 грн (M = 2960,00). Разница в ценах между частными и «бюджетными» медицинскими учреждениями достигала до 2 крат.

Выводы. Стоимость случая стоматологического лечения значительно отличается в разных регионах страны, а также в учреждениях различной формы собственности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: стоматология, лечение, страхование, цена, доступность

Price analysis of dental treatment in Ukrainian voluntary health insurance system

I.O. Mochalov, O.V. Klitynska
Uzhgorod National University

Determining of dental treatment cost is necessary for voluntary health insurance programs, and to evaluate dental care availability. Dental health care has peculiarities – high prevalence of dental diseases in the population, high need for treatment, cost and technologies.

Aim. Establishing of dental treatment cost in voluntary health insurance in Ukraine.

Materials and methods. The price lists of 345 dental clinics were analyzed, average cost of the most common cases was calculated.

Results. The average cost of superficial caries treatment – 912.37±357.91 UAH (M = 830.00), deep caries – 1286.24±485.38 UAH (M = 1200.00), endodonty of single root tooth – 2433.66±1001.76 UAH (M = 2260.00), multi-rooted – 3306.80±1454.79 UAH (M = 2960.00). The difference in prices between private and "budget" clinics is more 2 times.

Conclusions. The cost of dental treatment differs significantly in different regions, as well as in different institutions.

KEY WORDS: dentistry, treatment, insurance, price, availability.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Мочалов Юрій Олександрович – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88015, м. Ужгород, вул. Університетська, 16А.

Клітинська Оксана Василівна – доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88015, м. Ужгород, вул. Університетська, 16А.

Деонтологічні питання медико-генетичного консультування у контексті соціально-економічної моделі розвитку України

¹ТОВ Клініка репродуктивної медицини «НАДІЯ», Медичний центр «Дарвін Лайф-Надія», м. Київ, Україна

²Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, кафедра соціальної медицини та громадського здоров'я, м. Київ, Україна

³ТОВ «Клініка генетики репродукції «Вікторія»

⁴ДУ «Інститут економіки природокористування та сталого розвитку Національної академії наук України», м. Київ, Україна

Мета. Об'єктивізація структури та видів деонтологічних проблем у роботі лікаря-генетика в контексті соціально-економічної моделі розвитку України.

Матеріали та методи. Проведення анонімного соціологічного опитування серед лікарів-генетиків.

Результати. Виявлено особливості проведення процесу медико-генетичного консультування, що є характерними для України з погляду соціально-економічних передумов. Зокрема, лікарі генетики в Україні є прихильниками здебільшого недирективного стилю консультування пацієнтів ($85,7 \pm 5,0^{SE}\%$), не є прихильниками соціальної селекції за статтю ($76,0 \pm 6,0\%$). Однак, спостерігались певні розходження між позицією лікарів генетиків та нормативною базою з приводу можливостей, умов та медичних підстав переривання вагітності у терміні 12–22 т.в. В Україні лишаються нерозробленими питання доступності психологічного супроводу для хворих на генетично зумовлену патологію, необхідність чого визнали $87,5 \pm 2,3\%$ респондентів. Вагому долю шляхів обізнаності пацієнтів з особливостями власної патології є електронні ресурси для пацієнтів / спілкування з пацієнтами ($30,0 \pm 6,5^{SE}\%$), та засоби масової інформації ($12,0 \pm 4,6^{SE}\%$), що може відобразитись на ефективності подальшого супроводу пацієнтів. Порівняння моделей та деонтологічних особливостей медико-генетичного консультування України з країнами Африканського континенту із рівнем доходу не вище середньосвітового (як пропонують Zhong A та співавтори, 2017) є помилковим. Більш поглиблений аналіз соціально-економічних показників за регіонами держави, а також фінансово-економічного потенціалу, здатностей і схильностей населення України до забезпечення відповідного рівня і якості життя, дозволить чітко ідентифікувати змістовність та характеристики національної соціально-економічної моделі медико-генетичного консультування на найближчу перспективу і, відповідно, спрогнозувати масштаби надання послуг і генетичного обслуговування.

Висновки. Необхідне налагодження тісного діалогу між професійними спілками та регулятором з метою: а) гармонізації нормативної бази шляхом конкретизації вимог та формулювань, які стосуються медичних показів до переривання вагітності в терміні до 22 т.в.; б) посилення відповідальності лікарів за недотримання вимог нормативно-правової бази; в) у співробітництві із іншими відомствами розробку дієвої системи соціального забезпечення та ефективної інфраструктури для хворих на вітальні форми генетичної патології.

Ключові слова: деонтологія, етика, медико-генетичне консультування, вади розвитку, вроджена патологія, соціально-економічний розвиток.

ВСТУП

Процес генетичного консультування є вкрай різноплановим та вимагає залучення й оцінки широкого кола діагностичних тестів, математичних методів оцінки ризику та психологічної підтримки пацієнтів. У середовищі фахівців, для яких генетичне консультування є основним профілем роботи, існують різні думки з приводу його спрямування щодо пацієнта, особливостей інтерпретації генетичних досліджень, оцінки ризиків тощо. Але в цілому, генетичне консультування є неподільним складним процесом, що складається із взаємодії окремих ключових елементів, різність вагомості яких надають особливого індивідуального характеру цьому процесові у кожного консультанта [1].

Етичні принципи, що сповідаються більшістю фахівців-генетиків, включають: повагу до індивідуальності пацієнта, його самостійності у прийнятті поінформованих

рішень, відсутність зловживання своїм впливом на рішення пацієнта, благодійність/вжиття заходів з метою допомоги іншим, запобігання фізичної та психічної шкоди, якомога справедливий розподіл медичних послуг серед тих, хто їх потребує [2].

Разом з тим, несприятливий економічний клімат в країні чинить свій вплив на впровадження генетичних тестів, а відтак, і якість медико-генетичного консультування. При цьому Світовий банк відносить Україні до переліку країн з рівнем доходу населення нижче середньосвітового (LMIC) [3].

У країнах LMIC генетики мають порівняно вище завантаження пацієнтами при одночасно обмежених якості підготовки фахівців, доступу до генетичних знань та їх використанні, доступу до генетичних тестів, що суттєво утруднює як постановку точного діагнозу, так і роботу з пацієнтами та їх родинами [4]. Однак, відповідних наукових досліджень в Україні з цього приводу не проводилося, що

обумовлює їх актуальність з метою об'єктивізації етичних проблем, що постають перед лікарями-генетиками.

Мета. Об'єктивізація структури та видів деонтологічних проблем у роботі лікаря-генетика в контексті соціально-економічної моделі розвитку України.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження передбачало проведення анонімного соціологічного опитування серед лікарів-генетиків, що включала ідентифікацію статево-вікових, професійних характеристик, а також питання з деонтологічної етики (у період з жовтня по грудень 2018 року).

Участь в опитуванні взяли 50 лікарів, що пройшли спеціалізацію за фахом «генетика медична» та обіймають посаду лікаря-генетика, у т.ч. за сумісництвом. Відповідно до статистичної звітності МОЗ України за ф. 47 «Лікарські посади у лікувально-профілактичних закладах та їх укомплектованість» на кінець 2017 року в Україні зареєстровано 115,75 штатних посад лікарів-генетиків, з яких зайняті 92,75, фізична кількість основних працівників складала 73 особи [5]. Таким чином, у співставленні з кінцем 2017 року охоплення соціологічного опитування склало 68,5% з чисельності зареєстрованих основних працівників.

Для зручності подачі матеріалу, результати опитування будуть подані у відсотках (на 100 опитаних).

Середній вік становив $44,8 \pm 9,7$ років. Загальний лікарський стаж – $20,8 \pm 9,9^{SD}$ років, професійний стаж за спеціальністю «генетика медична» – $14,6 \pm 8,7^{SD}$ років. У статевому розподілі суттєво переважали жінки ($82,0 \pm 5,4^{SE\%}$) проти чоловіків ($18,0 \pm 5,4^{SE\%}$, $t=8,4$, $P<0,01$).

Виявлено, що для приблизно половини з чисельності лікарів-генетиків робота за фахом була основною посадою ($52,0 \pm 7,1^{SE\%}$) проти роботи за сумісництвом ($48,0 \pm 7,1^{SE\%}$, $t=0,4$, $P>0,05$). Для лікарів, які працюють лікарями-генетиками за сумісництвом, основними лікарськими спеціальностями були:

- лікар за спеціальністю «організація охорони здоров'я» / завідувач підрозділу / керівник закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) – $10,0 \pm 5,9^{SE\%}$;
- співробітник кафедри вищого медичного навчального закладу $10 \pm 5,9^{SE\%}$;
- лікар акушер-гінеколог – $16,0 \pm 7,2^{SE\%}$;
- лікар УЗД – $4,0 \pm 3,8^{SE\%}$;
- інші спеціальності (ендокринолог, невролог, педіатр, терапевт) – $8,0 \pm 5,3^{SE\%}$ (статистично не значимо).

За формою власності установи лікарі-генетики працювали у державних/комунальних ЗОЗ ($58,0 \pm 7,0^{SD\%}$), приватних ($22,0 \pm 5,9^{SD\%}$), а також працювали одночасно у ЗОЗ різної форми власності ($20,0 \pm 5,7^{SD\%}$). Середній вік, загальний лікарський стаж та стаж за спеціальністю у лікарів, що працювали у різних за формою власності ЗОЗ, суттєво не відрізнявся ($P>0,05$). При цьому, кількість первинних пацієнтів, яку приймали лікарі-генетики за рік, душе широко варіювала навіть в межах ЗОЗ однієї форми власності (від 25 до 2 500 первинних пацієнтів на рік), тому відрізнялася не суттєво ($P>0,05$) і на загал складала $888,8 \pm 635,6^{SD}$ пацієнтів на рік. Зрозуміло, що у випадку, коли посада лікаря-генетика була основною, середня кількість первинних пацієнтів була суттєво більшою, ніж у

випадку роботи за сумісництвом ($1137,4 \pm 447,5^{SD}$ проти $640,2 \pm 685,0^{SD}$, $t=2,86$, $P=0,006$).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Спеціальна характеристика

В структурі відповідей щодо причин звернень пацієнтів на медико-генетичну консультацію мали наступне:

- пренатальне консультування (скринінг/вади розвитку) – $30,2 \pm 4,0^{SE\%}$;
- спадкова/вроджена патологія / вроджені вади розвитку / затримка розвитку – $30,2 \pm 4,0^{SE\%}$;
- планування вагітності, безпліддя – $29,5 \pm 4,0^{SE\%}$;
- преімплантаційна генетична діагностика ембріонів – $10,1 \pm 2,7^{SE\%}$.

Структура джерел отримання нових знань з генетики лікарями характеризувалася наступним розподілом:

- науково-практичні конференції (вітчизняні) – $20,0 \pm 2,9^{SE\%}$;
- науково-практичні конференції (іноземні) – $15,3 \pm 2,6^{SE\%}$;
- спілкування з колегами – $14,2 \pm 2,5^{SE\%}$;
- курси тематичних удосконалень в структурі післядипломної освіти – $13,2 \pm 2,5^{SE\%}$;
- передатестаційні цикли в структурі післядипломної освіти – $13,2 \pm 2,5^{SE\%}$;
- наукова періодика (іноземна) – $12,6 \pm 2,4^{SE\%}$;
- наукова періодика (вітчизняна) – $11,6 \pm 2,3^{SE\%}$.

$92,0 \pm 3,9^{SE\%}$ лікарів генетиків завжди видавали пацієнтові консультативний висновок спеціаліста. Не завжди це робили $6,0 \pm 3,4^{SE\%}$ ($t=16,6$, $P<0,01$). Пунктуальність у видачі консультативного висновку спеціаліста не залежала від статі, віку, загального лікарського стажу, стажу роботи за спеціальністю та форми власності ЗОЗ ($P>0,05$), що дозволяє припустити значну роль в цьому питанні особистих пріоритетів та відповідальності перед пацієнтами.

Робота з пацієнтами лікарів-генетиків характеризувалася наступними видами стилю консультування із суттєвою перевагою недирективного стилю ($t=10,7$, $P<0,01$):

- недирективний (надання пацієнтам максимум інформації про генетичні ризики, особливості перебігу/лікування певної патології, супроводу пацієнтів, що на неї страждають, для інформованого прийняття пацієнтами рішення щодо необхідності медичних процедур) – $85,7 \pm 5,0^{SE\%}$;
- проміжний (підведення думки пацієнтів під прийняття ними рішення, яке лікар вважає найбільш доцільним) – $12,2 \pm 4,7^{SE\%}$;
- директивний (призначення пацієнтам необхідних на погляд лікаря медичних процедур незалежно від ставлення до цього пацієнтів) – $2,0 \pm 2,0^{SE\%}$ (статистично незначимо).

Стиль медико-генетичного консультування не залежав від віку лікаря ($F=0,9$, $P=0,41$), статі лікаря ($\chi^2-Sq=0,02$, $P=0,89$), загального професійного стажу роботи ($F=2,1$, $P=0,13$) та стажу за спеціальністю ($F=2,4$, $P=0,11$), форми власності ЗОЗ ($\chi^2-Sq=0,34$, $P=0,56$), а також не

залежав від того, чи є «генетика медична» основною спеціальністю лікаря ($\chi^2=0,97$, $P=0,33$). Кількість первинних пацієнтів також достовірно не різнилася у лікарів з різним стилем консультування ($t=1,1$, $P=0,28$).

Респонденти вважали, що пацієнтам (родинам/батькам) дитини/плода, у якої виявлено генетичну аномалію, необхідна психологічна підтримка завжди $87,5\pm 2,3\%$, в деяких випадках $12,5\pm 2,3\%$, ніколи – 0%. При цьому, контакти всіх необхідних груп психологічного супроводу мали лише $19,5\pm 2,8\%$ респондентів, для окремих випадків – $51,0\pm 3,5\%$, не мали – $29,5\pm 3,2\%$. Вочевидь, питання доступності психологічного супроводу для хворих на генетично зумовлену патологію лишається вкрай нерозробленим в Україні та вимагає подальшого опрацювання.

Призначення генетичного дослідження у випадку підозри на генетично асоційовану патологію пов'язане з необхідністю встановлення конкретного діагнозу, визначення можливостей лікування чи вторинної/третинної профілактики, а також вирішення питання ризиків повторного інциденту в сім'ї та/або можливостей передачі генетичної аномалії у подальших поколіннях. У випадку

несприятливого прогнозу та/або відсутності можливості лікування діагностику генетичну завжди призначали $74,0\pm 6,2\%$ респондентів, призначали не завжди $26,0\pm 6,2\%$ ($t=5,5$, $P<0,01$).

Лікарі-генетики вважали, що основним чинником обізнаності пацієнта з проблемою є консультація лікаря ($58,0\pm 7,0\%$), електронні ресурси для пацієнтів / спілкування з пацієнтами ($30,0\pm 6,5\%$) та засоби масової інформації ($12,0\pm 4,6\%$). Останні ж можуть нести апріорний ризик некоректного сприйняття інформації, що може відобразитись на ефективності подальшого супроводу пацієнтів.

За найвагомим чинником, що впливає на прийняття інформованого рішення пацієнтами стосовно тактики їх подальших дій у розрізі їх власних генетичних ризиків, відповіді респондентів розподілились наступним чином: консультація лікаря ($86,0\pm 4,9\%$), електронні ресурси для пацієнтів / спілкування з пацієнтами ($10,0\pm 4,2\%$), безпосереднє спілкування з друзями/родичами, а також релігійний чинник ($2,0\pm 2,0\%$ кожен).

Етичні аспекти ставлення лікарів-генетиків до типових неоднозначних клінічних ситуацій наведені у табл. 1.

Таблиця 1

Деонтологічні питання клінічних рішень у медико-генетичному консультуванні в Україні

Категорія запитань	Рейтингування відповідей		
	Так	Інколи	Ні
Чи вважаєте Ви етично прийнятною селекцію статі плода за соціальними показами (наявність в сім'ї кількох дітей однієї статі)?	$6,0\pm 3,4\%$	$18,0\pm 5,4\%$	$76,0\pm 6,0\%$
Чи вважаєте Ви етично прийнятним переривання вагітності у терміні до 22 т. у разі аномалій статевих хромосом?	$26,0\pm 6,2\%$	$44,0\pm 7,0\%$	$30,0\pm 6,5\%$
Чи вважаєте Ви етично прийнятним переривання вагітності у терміні до 22 т. у разі хромосомних аномалій, сумісних з життям (за виключенням статевих хромосом)?	$40,0\pm 6,9\%$	$44,0\pm 7,0\%$	$16,0\pm 5,2\%$
Чи вважаєте Ви етично прийнятним переривання вагітності у терміні до 22 т. у разі вад розвитку, сумісних з життям, з не ідентифікованим генетичним чинником?	$14,3\pm 5,0\%$	$46,9\pm 7,1\%$	$38,8\pm 7,0\%$

З наведеної таблиці випливає, що лише $6,0\pm 3,4\%$ лікарів-генетиків етично допускали соціальну селекцію плода за статтю, та $76,0\pm 6,0\%$ – взагалі не допускали. Це дозволяє зробити висновок, що гендерна дискримінація не є характерною для респондентів, серед яких проводилося дослідження. Попри широкі етичні дебати стосовно соціальної селекції статі, деякі сім'ї можуть мати вагомий для цього підстави, обумовлені релігійними, культурними чи іншими факторами [6]. Тож, у прийнятті такого рішення завжди потрібно балансувати на межі етики деонтології та репродуктивної свободи.

Трохи більше чверті опитаних респондентів ($26,0\pm 6,2\%$) вважали етичним можливе переривання вагітності у разі анеуплоїдії статевих хромосом, попри те, що постановою Кабінету міністрів України від 15 лютого 2006 р. N 144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України» вони виведені з переліку медичних чинників, за наявності яких можливе штучне переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів. Разом з тим, хоч особи з анеуплоїдіями статевих хромосом і можуть мати певні соматичні, репродуктивні розлади, порушення статевого диморфізму, а також підвищений ризик затримки психічного розвитку та нейропсихічних

розладів [7], загальна тенденція характеризується поступовим ростом частки подружніх пар, що прийняли рішення про збереження такої вагітності [8].

Попри це, лише $16,0\pm 5,2\%$ лікарів-генетиків вважали недопустимим переривання вагітності у терміні до 22 т. у разі хромосомних аномалій, сумісних з життям (за виключенням статевих хромосом), як це зазначено у постанові Кабінету міністрів України від 15 лютого 2006 р. N 144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України». У разі неідентифікованого генетичного чинника – $38,8\pm 7,0\%$. Неідентифікований генетичний чинник може нести суттєві ризики затримки психофізичного розвитку, обмінних порушень, а також вад розвитку, що можуть бути не діагностовані на пренатальному етапі. За даними [9, 10] частка генетично зумовлених репродуктивних втрат у загальній їх кількості становить $40,9\pm 0,4\%$ (що спричиняє близько $17,5\pm 0,9$ тис. випадків репродуктивних втрат/рік), та $41,0\%$ умовно здорового населення є носієм хромосомної чи генної мутації з урахуванням рідкісних генних хвороб.

Респонденти виділили наступні етичні питання, що найчастіше виникають при консультуванні пацієнтів (табл. 2).

Етичні питання роботи з пацієнтами при медико-генетичному консультуванні

Категорія запитання	Відповіді, SE%	Кількість респондентів
Необхідність пролонгації вагітності з вадами розвитку плода, що не є підставною для переривання за медичними показаннями, попри небажання вагітної/сім'ї	22,4±3,5	32
Нестача часу для обстеження під час вагітності з метою отримання результату та прийняття рішення до 22 т.	16,1±3,1	23
Залежність інформованого вибору пацієнта від власної думки генетика та характеру надання інформації	14,7±3,0	21
Необхідність прийняття клінічного рішення на основі ідентифікованої мутації з невстановленою клінічною значимістю чи розрахункових ймовірностей	14,0±2,9	20
Конфлікт інтересів окремої особи/сім'ї/популяції/держави/релігії	7,7±2,2	11
Приховування інформації про вроджене захворювання від родичів пацієнта	7,0±2,1	10
Використання методів діагностики з недоведеною ефективністю	4,9±1,8	7
Селекція статі плода за соціальними чинниками	4,2±1,7	6
Генетичного відбору ембріонів, що вимагає вирішення питання утилізації/тривалого зберігання ембріонів з генетичним дефектом	3,5±1,5	5
Споріднений шлюб	3,5±1,5	5
Матеріальна неспроможність деяких пацієнтів оплатити лабораторні обстеження необхідні для уточнення діагнозу	0,7±0,7	1
Необхідність спростування явно некоректного консультативного висновку колеги без порушення професійної етики	0,7±0,7	1
Подружня зрада як шлях подолання безпліддя/уникнення сімейних генетичних ризиків для дитини	0,7±0,7	1

Потрібно визнати, що найбільшу кількість відповідей (22,4±3,5%) отримала «необхідність пролонгації вагітності з вадами розвитку плода, що не є підставною для переривання за медичними показаннями, попри небажання вагітної/сім'ї», що корелює з «необхідністю прийняття клінічного рішення на основі ідентифікованої мутації з невстановленою клінічною значимістю чи розрахункових ймовірностей» (14,0±2,9%) та важливим питанням переривання вагітності у терміні до 22 тижнів вагітності у разі хромосомних аномалій, сумісних з життям, що описувалось вище. 16,1±3,1% отримала «нестача часу для обстеження під час вагітності з метою отримання результату та прийняття рішення до 22 т.», оскільки проведення генетичних досліджень та встановлення точного генетичного діагнозу в деяких випадках вимагає тривалого часу, якого зазвичай недостатньо в межах 22 тижнів вагітності, що зводить нанівець пренатальне МГК таких родин, а невизначеність прогнозу підштовхує родину до прийняття рішення про переривання вагітності. Важливе питання залежності інформованого вибору пацієнта від власної думки генетика та характеру надання інформації отримало близько 15,0% відповідей.

Вплив посади

Існує відмінність у відношенні лікарів-генетиків, для яких посада за спеціальністю була основною роботою, від сумісників у розподілі відповідей. Зокрема, у питанні «Чи вважаєте Ви етично прийнятним переривання вагітності у терміні до 22 т. у разі вад розвитку, сумісних з життям, з не ідентифікованим генетичним чинником?» сумісники достовірно частіше відповідали «інколи» (Chi-Sq=7,94, P<0,01) за рахунок зменшення частки відповідей «ні».

Також лікарі-сумісники рідше схильні відповідати «так» (Chi-Sq=3,71, P=0,054).

При розподілі відповідей щодо етичних питань по групах залежно від характеру основної посади лікаря, статистично значимої різниці у відповідях респондентів не було, за виключення пункту «залежність інформованого вибору пацієнта від власної думки генетика та характеру надання інформації». Зазначений пункт вибрало 6 з 26 респондентів (23,1±8,3%), для яких для яких посада лікаря-генетика є основною роботою, та 15 з 24 (62,5±9,9%) сумісників (Chi-Sq=7,96, P<0,01).

Вік і стать

Статевий чинник виявився статистично значимим лише стосовно питання «Чи вважаєте Ви етично прийнятним переривання вагітності у терміні до 22 т. у разі вад розвитку, сумісних з життям, з не ідентифікованим генетичним чинником?» 7 з 9 чоловіків відповідали «інколи», тоді як жінки 17 з 49 (Chi-Sq=4,46, P<0,05).

Віковий чинник не був статистично значимим за будь-яких варіантів статистичного аналізу.

Соціально-економічна модель медико-генетичного консультування

Попередньо проведеним соціологічним опитуванням нами виявлено низку проблем підготовки фахівців медико-генетичного профілю у вищих навчальних закладах [11, 12]. Зокрема, 32,8±6,1 на 100 опитаних вважають підготовку неефективною, ще 34,5±6,2 – низько ефективною. Третина респондентів (32,2±6,1 на 100 опитаних) низько оцінила ефективність післядипломної освіти фахівців медико-генетичного профілю. Встановлено, що суттєвою перешкодою до підвищення рівня знань і

самовдосконалення, доступності сучасних баз даних, є незнання іноземних мов. Так, 13,6±4,5 на 100 опитаних зовсім не володіють іноземною мовою, 18,6±5,1 – скоріше не володіють, ніж володіють, а 42,4±6,4 – володіють, але недостатньо. Кожен 4 респондент підтвердив низьку доступність сучасної наукової літератури за фахом. Сучасний стан у генетичній освіті характеризується низькою генетичною настороженістю лікарів суміжних спеціальностей та недостатньо ґрунтовний рівень генетичної освіти (особливо вищої) унеможлиблює якісне забезпечення населення медико-генетичною допомогою, ефективне використання існуючих та впровадження нових діагностичних потужностей, що раніше було показано іншими авторами [13]. Базуючись на результатах анкетування, можна припустити, що така ситуація склалася через вкрай недостатнє викладання генетики у вищих навчальних закладах медичного профілю.

Значно вищим є рівень генетичної освіти у післядипломному навчанні, однак, він стосується вже виключно лікарів-генетиків.

Наявність суттєвих фінансових перешкод в доступності медико-генетичних досліджень пацієнтам відзначили 18,6±5,1 респондентів, більше половини опитаних схильні до низької оцінки доступності послуг через високу їх вартість.

Разом із тим, [4] виділяють наступні елементи, які характеризують соціально-економічну модель медико-генетичного консультування, що є, першочергово, характерними для країн із рівнем доходу не вище середньосвітового:

- Етичні чинники:
 - o процес генетичного консультування має тенденцію до директивного та патерналістичного характеру;
 - o надана генетична допомога характеризується психосоціальними наслідками, що потребують більш складної підтримки пацієнтів;
- Соціальні чинники:
 - o низька якість генетичної підготовки спеціалістів;
 - o ускладнений доступ до спеціалізованих генетичних досліджень;
 - o вплив соціальних детермінант розуміння та сприйняття генетичної допомоги;
 - o соціальна стигматизація часто асоціюється з генетичних захворюванням;

- Культурні чинники:
 - o руйнування сімейних відносин на основі результатів генетичних досліджень;
 - o наявність асоційованих з релігією та культурних перепон до прийняття генетичної допомоги та використання генетичних тестів.

І, на переконання авторів даного дослідження, їхній перелік та змістовність доцільно було б не лише враховувати, а й розширити, зокрема, саме для України, яка, як зазначено нами вище, віднесена до переліку країн із рівнем доходу населення нижче середньосвітового (LMIC) [3].

Підставами для вказаного висновку-рекомендації є, наприклад, те, що Україна у 2019 році опинилась лише на 62 місці /95,96 бали з 200 балів/ із 71 у рейтингу якості життя населення /за результатами врахування даних про споживчі ціни, рівень злочинності, медичного обслуговування та ін. соціально-економічних показників/ серед досліджуваного переліку країни світу¹. Хоча, слід підтвердити, і не останнє /71-е місце посів Єгипет/, проте, до Данії /1-е місце – 198,57 бали/, Швейцарії (II – 195,93 бали) та Фінляндія (III – 194,01 бали), однак щодо переходу України до сталого розвитку і підвищення рівня здоров'я ще надзвичайно далеко. Навіть, Білорусь займає 37-е місце (141,47 бали), Польща – 35 (147,98 бали), а Росія – 59-е місце (104,94 бали).

При цьому, необхідно признати і те, що за рейтингом країн за рівнем щастя (зазначена характеристика теж, певним чином, впливає на якість генетичного консультування населення держави), який складено незалежними експертами під егідою програми ООН "Цілі у сфері стійкого розвитку" – Україна посіла аж 133-тє місце^{2,3}. За рейтингом рівня щастя – враховуються такі макроекономічні і соціально-демографічні показники як обсяги ВВП на душу населення, тривалість життя, рівень соціальної підтримки, корупції тощо. На одну сходинку попереду України виявилася Ефіопія, а рядком нижче – Чад⁴. Перше місце у рейтингу щастя, як і рік тому /у 2018 році/, посідає Фінляндія. Однак, переконані, що необхідно зважати і на те, що хоча Україна знаходиться майже на рівні соціально-економічних параметрів розвитку із африканськими країнами (вказане засвідчено експертними оцінками фахівців ООН), які визначають рівень і якість життя населення та щастя, проте, відмінності є суттєвими (табл. 3). Тому, ототожнювати можливості систем охорони

¹ За сервісом платформи Numbeo <https://www.numbeo.com/cost-of-living>. Numbeo: Це глобальна база даних про споживчі ціни, передбачуваний рівень злочинності, медичного обслуговування та інша статистика. Ця база дозволяє скласти рейтинг рівня життя та індекс людського розвитку у країнах світу /досліджують 71 країну/. Та, Білорусь у рейтингу 2019 року обіймає 37-е місце. Для порівняння: Литва опинилася на 29-му, Латвія – на 34-му, а Польща – на 35-му місці. Росія і Україна значно відстають від Білорусі / РФ зайняла 59-е місце, а наша країна – 62-е/. Перші три місця в рейтингу якості життя зайняли: Данія, Швейцарія та Фінляндія. Німеччина – на 8-м, у свою чергу, Японія і США – на 12-му і 13-му місцях відповідно, а останнє, 71-е місце – за Єгиптом.

² 7-й щорічний звіт, сформований на основі дослідження жителів 156 країн світу: <https://worldhappiness.report/ed/2019/#read>. This is the 7th World Happiness Report. The first was released in April 2012 in support of a UN High level meeting on "Wellbeing and Happiness: Defining a New Economic Paradigm". That report presented the available global data on national happiness and reviewed related evidence from the emerging science of happiness, showing that the quality of people's lives can be coherently, reliably, and validly assessed by a variety of subjective well-being measures, collectively referred to then and in subsequent reports as "happiness".

³ Опубліковано 20 березня 2019 р. Показники вимірювали на підставі даних за 2016–2018 рр.

⁴ У 2018 році Україна посідала за цим критерієм 138-у позицію.

здоров'я, зокрема, у площині провадження як медико-генетичного консультування й обстеження, так і реалізації відповідної національної моделі – було б помилковим.

Тобто, переконані: використовувати для оцінювання результативності реалізації соціально-економічної моделі медико-генетичного консультування України і для африканських країн, що визнані [4] для країн із рівнем доходу не вище середньосвітового характеристики й критерії – є недоцільним.

Використовуючи економіко-статичні та медико-соціальні свідчення й узагальнення Європейського порталу інформації охорони здоров'я⁵, опосередковано можна встановити, за макро параметрами сталого розвитку, відмінності у стійкості функціонування соціально-

економічних систем світу із низьким рівнем доходу та країн із середньо- і вище середньосвітовим (рис. 1–3), які, наприклад, за рівнем якості життя населення та щастя суттєво різняться з національними вимірами та макроекономічними і соціально-демографічними тенденціями розвитку окремих держав СНД /зокрема, Білорусь та РФ/. А, з цього, є можливість уточнити й змістовність, цілеспрямованість та специфічність реалізації національної соціально-економічної моделі медико-генетичного консультування в сучасних умовах господарювання й постійного нарощення суспільно-політичних та соціально-економічних загроз і ризиків, які мають місце в Україні.

Таблиця 3

Основні макроекономічні та медико-соціальні показники по окремих країнам світу

Макроекономічні та медико-соціальні показники	Україна ⁶	Чад	Ефіопія
ВНП на душу населення, дол. США з урахуванням ПКС	3560	2000	1350
Передбачувана при народженні тривалість життя ч/ж, років	67/75	53/55	64/67
Імовірність смерті (на 1000 живо народжених) у віці до п'яти років	9	123	58
Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення (у доларах США)	564	79	73
Загальні витрати на охорону здоров'я,% від ВНП	3,6	3,6	4,9

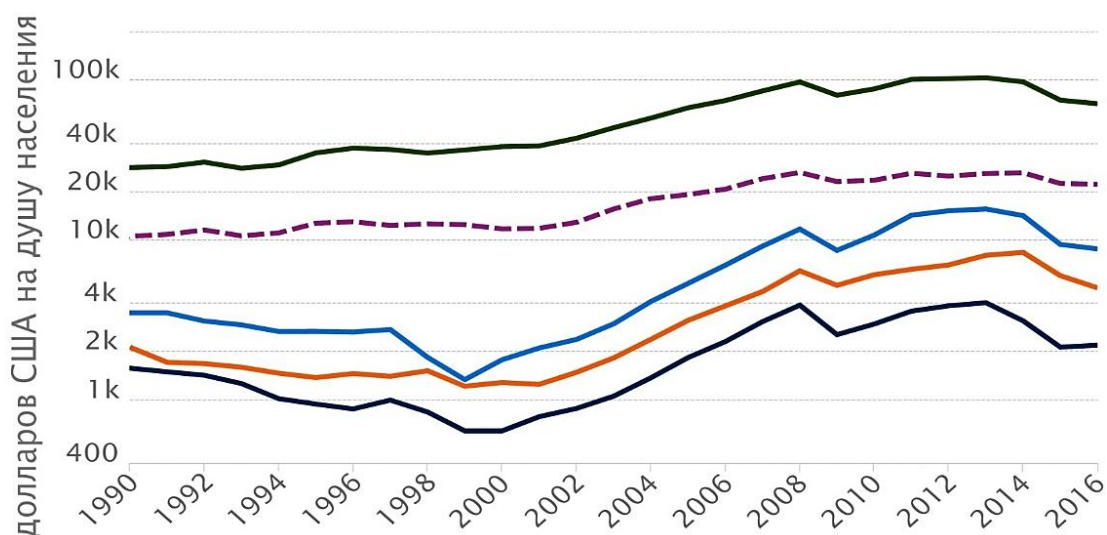


Рис. 1. Валовий внутрішній продукт на душу населення

Тут і далі:

- Україна
- Європейський союз
- Російська Федерація
- Білорусія
- Норвегія

⁵ Універсальна база даних «Здоров'я для всіх». Однак, на жаль, остання не має загальної бази статистичних оцінок за окремими африканськими країнами світу

/у т.ч. Чад, Ефіопія тощо/. Економіко-статистична база даних: <https://gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer>.
⁶ https://gateway.euro.who.int/ru/country-profiles/ukraine/#h2020_target2.

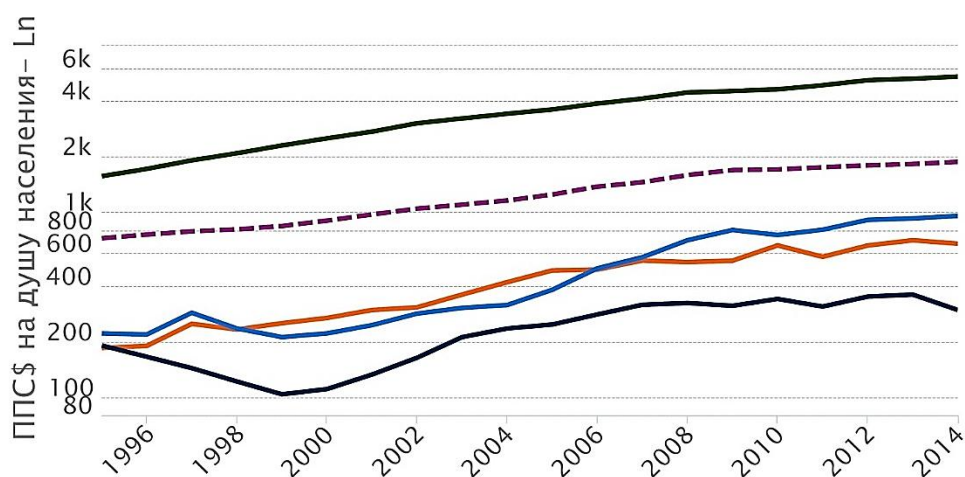


Рис. 2. Державні витрати на охорону здоров'я на душу населення /ГКС на душу населення/

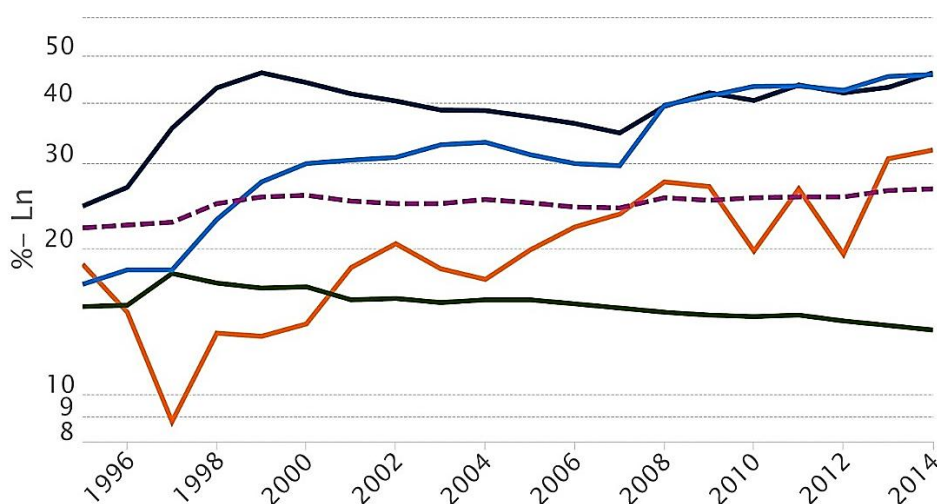


Рис. 3. Готівкові виплати сімей на охорону здоров'я, доля від загальних витрат на охорону здоров'я, %

У цій відповідності, слід зважати і на те, що в Україні суттєво різняться, відповідно, й доходи населення у регіональному вимірі та темпи соціально-економічного розвитку за частками доходів і витрат населення регіонів у їх загальному обсязі. Так, зокрема⁷, за часткою заробітної плати в загальному обсязі доходів – табл. 4 за даними якої можна встановити, що найбільш забезпеченими та найбільш вільними у виборі й доступності медичної допомоги є сімейні пари з м. Київ та Дніпропетровської області; придбання товарів та послуг у загальному обсязі витрат і заощаджень населення регіону – табл. 5, за якою можна засвідчитись про те, що більше вільних коштів для поглибленої діагностики та проведення медико-генетичного консультування населення, крім м. Києва та Дніпропетровської області, зможуть спрямувати і мешканці Сумської та запорізької областей. Однак, дані, які приведено дослідниками у табл. 5, можуть посвідчити й про те, що населення окремих регіонів (області: Закарпатська, Київська, Одеська, Харківська, Херсонська) мають певні нетрудові джерела фінансового забезпечення, бо за

часткою цих витрат на придбання товарів і послуг, вони суттєво перевищують задекларовані доходи.

З цього, визнаємо: більш поглиблений аналіз соціально-економічних показників за регіонами держави, а також фінансово-економічного потенціалу, здатностей і схильностей населення України до забезпечення відповідного рівня і якості життя, дозволить чітко ідентифікувати змістовність та характеристики національної моделі соціально-економічної моделі медико-генетичного консультування на найближчу перспективу і, відповідно, спрогнозувати масштаби надання послуг і генетичного обслуговування. Тому, на авторське переконання, до питань у опитувальнику лікарів-генетиків України, крім врахування етичних, соціальних та культурних чинників реалізації в межах держави моделі соціально-економічної моделі медико-генетичного консультування, слід доповнити на майбутнє рубрикою з ідентифікації макроекономічних регіональних особливостей функціонування з урахуванням неоднорідності та незбалансованості регіональних економік в Україні. Зокрема, щодо: концентрації економічних потужностей у генераціях та масштабів розвиненості

⁷ Дані Державної служби статистики України за 2005–2018 рр. http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publ2_u.htm.

природно-ресурсного капіталу у регіоні; існування соціально-економічних диспропорцій інституціональних перетворень; регіональної асиметрії за обсягами інвестицій

у соціально-економічне відтворення; формування в межах певного регіону нових галузей соціальної практики тощо.

Таблиця 4

Частка заробітної плати в загальному обсязі доходів населення регіону у 2014–2017 рр.

Регіони держави, область	Ретроспективний період, роки			
	2014	2015	2016	2017
Україна	40,5	40,0	43,8	45,6
Вінницька	32,5	32,8	35,7	37,8
Волинська	32,2	33,6	36,7	38,5
Дніпропетровська	45,5	44,3	48,0	50,3
Донецька*	42,8	41,9	52,0	54,3
Житомирська	34,2	34,8	37,6	39,4
Закарпатська	32,4	33,7	37,2	39,5
Запорізька	40,6	40,6	41,8	42,9
Івано-Франківська	30,0	30,2	32,6	34,3
Київська	42,2	41,9	46,4	48,3
Кіровоградська	33,8	34,5	37,5	39,0
Луганська*	41,6	36,3	50,7	52,1
Львівська	37,6	38,2	41,2	42,4
Миколаївська	39,1	39,7	43,0	45,0
Одеська	38,2	37,1	40,5	42,3
Полтавська	41,0	41,0	42,9	45,1
Рівненська	33,9	34,8	37,7	39,2
Сумська	36,5	36,2	38,8	40,2
Тернопільська	31,6	31,5	34,3	36,1
Харківська	39,3	38,3	41,4	43,1
Херсонська	31,5	31,4	34,6	36,2
Хмельницька	32,1	32,0	34,8	37,0
Черкаська	36,2	36,8	38,7	39,8
Чернівецька	29,3	29,6	32,5	33,6
Чернігівська	35,8	36,2	38,8	40,9
м. Київ	52,6	52,0	56,1	57,9

* тут і далі – тимчасово окуповані території.

Таблиця 5

Частка придбання товарів та послуг у загальному обсязі витрат і заощаджень населення за регіонами України у 2014–2017 рр.

Регіони держави, область	Ретроспективний період, роки			
	2014	2015	2016	2017
Україна	86,9	88,5	89,7	89,0
Вінницька	89,5	90,1	92,1	83,3
Волинська	104,8	111,3	105,3	94,0
Дніпропетровська	81,8	82,2	83,0	79,2
Донецька*	65,6	51,4	57,9	59,3
Житомирська	90,9	94,1	94,8	94,2
Закарпатська	96,2	99,5	99,6	102,1
Запорізька	84,7	85,4	85,6	84,1
Івано-Франківська	102,4	102,1	101,6	88,3
Київська	95,3	104,8	101,1	114,4
Кіровоградська	89,3	93,6	96,5	89,1
Луганська*	54,7	40,8	53,2	58,2
Львівська	87,0	92,1	93,6	97,7
Миколаївська	92,2	93,3	94,2	87,3
Одеська	108,2	106,7	109,2	106,4
Полтавська	80,3	83,5	83,2	85,6

Регіони держави, область	Ретроспективний період, роки			
	2014	2015	2016	2017
Рівненська	89,4	92,4	92,4	85,8
Сумська	82,6	81,0	83,0	81,7
Тернопільська	95,3	95,0	95,9	87,4
Харківська	108,4	109,5	108,9	105,5
Херсонська	98,7	100,5	102,8	101,3
Хмельницька	85,4	84,5	87,3	92,0
Черкаська	95,9	95,9	96,0	96,7
Чернівецька	96,8	99,4	99,3	107,7
Чернігівська	88,6	90,6	93,4	93,1
м. Київ	81,1	83,5	80,9	81,7

ВИСНОВКИ

Проведене соціологічне опитування дозволило виявити низку особливостей проведення процесу медико-генетичного консультування, що є характерними для України з погляду соціально-економічних передумов. Зокрема, лікарі генетики в Україні є прихильниками здебільшого недирективного стилю консультування пацієнтів ($85,7 \pm 5,0^{SE\%}$), що не залежить від статі, віку, стажу роботи та форми власності ЗОЗ. Серед лікарів неприйнятною соціальною селекцією за статтю вважали $76,0 \pm 6,0\%$. Однак, спостерігались певні розходження між позицією лікарів генетиків та нормативною базою з приводу можливостей, умов та медичних підстав переривання вагітності у терміні 12-22 т.в. Вочевидь, упередження можливостей для порушення лікарями нормативної бази та зловживань вимагає узгодження вище зазначених позицій шляхом налагодження діалогу між професійними спілками та регулятором з метою: а) гармонізації нормативної бази шляхом конкретизації вимог та формулювань, які стосуються медичних показів до переривання вагітності в терміні до 22 т.в.; б) посилення відповідальності лікарів за недотримання вимог нормативно-правової бази; в) у співробітництві із іншими відомствами розробку дієвої системи соціального забезпечення та ефективної інфраструктури для хворих на вітальні форми генетичної патології. Також в Україні лішаються нерозробленими питання доступності психологічного супроводу для хворих на генетично зумовлену патологію, необхідність чого визнали $87,5 \pm 2,3\%$, але лише $19,5 \pm 2,8\%$ мали контакти необхідних груп супроводу. Вагому долю шляхів обізнаності пацієнтів з особливостями власної патології є електронні ресурси для пацієнтів / спілкування з пацієнтами ($30,0 \pm 6,5^{SE\%}$), та

засоби масової інформації ($12,0 \pm 4,6^{SE\%}$), що може відобразитись на ефективності подальшого супроводу пацієнтів.

Разом із тим, оцінюючи представлені у статті етичні проблеми медико-генетичного консультування, необхідно сприймати їх крізь призму соціально-економічних особливостей становлення регіонів України як першочергових рушійних елементів подальших галузевих перетворень. Порівняння моделей та деонтологічних особливостей медико-генетичного консультування України з країнами Африканського континенту із рівнем доходу не вище середньосвітового (як пропонують Zhong A та співавтори, 2017) є помилковим з огляду на наступне. Україна дійсно знаходиться майже на рівні соціально-економічних параметрів розвитку із африканськими країнами. Однак існують суттєві відмінності показників, які визначають рівень і якість життя населення та щастя. Зокрема, в Україні суттєво різняться доходи населення у регіональному вимірі та темпи соціально-економічного розвитку за частками доходів і витрат населення регіонів у їх загальному обсязі, які свідчать, що населення окремих регіонів (Закарпатська, Київська, Одеська, Харківська, Херсонська області) мають певні нетрудові джерела фінансового забезпечення, бо за часткою цих витрат на придбання товарів і послуг, вони суттєво перевищують задекларовані доходи.

Зазначене і обґрунтовує подальшу необхідність уточнення змістовності та специфічності реалізації національної соціально-економічної моделі медико-генетичного консультування у сучасних умовах господарювання й постійного нарощення суспільно-політичних та соціально-економічних загроз і ризиків, які мають місце в Україні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Morrison P.J. Practical genetic counselling (seventh edition). Ulster Med J. 2011;80(1):53–54.
2. Muthuswamy V. Ethical issues in genetic counselling with special reference to haemoglobinopathies. Indian J Med Res. 2011;134(4):547–551.
3. Data for Ukraine, Lower middle income [Електронний ресурс] // The world bank. – 2019. – Режим доступу: <https://data.worldbank.org/?locations=UA-XN>.
4. Zhong A, Darren B, Dimaras H. Ethical, social, and cultural issues related to clinical genetic testing and counseling in low- and middle-income countries: protocol for a systematic review. Syst Rev. 2017;6(1):140. Published 2017 Jul 11. doi:10.1186/s13643-017-0535-2.

5. Надання медико-генетичної допомоги в Україні за 2017 рік. МОЗ України, Державний заклад «Центр медичної статистики МОЗ України», Київ, 2018.
6. Macklin R. The ethics of sex selection and family balancing. *Semin Reprod Med.* 2010;28(4):315-21.
7. Green T, Flash S, Reiss AL. Sex differences in psychiatric disorders: what we can learn from sex chromosome aneuploidies. *Neuropsychopharmacology.* 2019 Jan;44(1):9-21.
8. Mezei G, Papp C, Tóth-Pál E, Beke A, Papp Z. Factors influencing parental decision making in prenatal diagnosis of sex chromosome aneuploidy. *Obstet Gynecol.* 2004 Jul;104(1):94-101.
9. Микитенко Д. О. Реорганізація національної медико-генетичної служби в умовах соціально-економічних трансформацій: Монографія / Д. О. Микитенко. – Київ, МНТУ ім. академіка Ю. Бугая, ПП Вишемирський, 2017. – 304 с.
10. Генетичний тягар в Українській популяції: репродуктивні втрати / Д. О. Микитенко, Л.Я. Пилип, О. В. Линчак, В. Д. Зукін, Т. М. Поканевич //Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики. – 2012. – Вип. 24. – с.472-487.
11. Микитенко Д. О. Обґрунтування шляхів удосконалення медико-генетичної допомоги населенню на основі соціологічних опитувань / Д. О. Микитенко // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – №2 (43). – с. 67-74.
12. Mykytenkov DO, Gruzieva TS. Modern model of genetic monitoring as a promising tool for reducing incidence of genetic pathologies in Ukraine. *Wiad Lek.* 2019;72(2):169-174.
13. Єлагін В. В. Наукові основи вдосконалення медико-генетичної допомоги населенню України : дис... доктора мед. наук: 14.02.03 / Національний медичний ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2005. – 346 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.09.2019 р.

Деонтологические вопросы медико-генетического консультирования в контексте социально-экономической модели развития Украины

Д.А. Микитенко^{1,2}, В.М. Бадюк³, В.В. Микитенко⁴

¹ООО «Клиника репродуктивной медицины «НАДИЯ», Медицинский центр «Дарвин Лайф-Надия», г. Киев

²Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, кафедра социальной медицины и общественного здоровья, г. Киев

³ООО «Клиника генетики репродукции «Виктория»

⁴ГУ «Институт экономики природопользования и устойчивого развития Национальной академии наук Украины», г. Киев

Цель. Объективизация структуры и видов деонтологических проблем в работе врача-генетика в контексте социально-экономической модели развития Украины.

Материалы и методы. Проведение анонимного социального опроса среди врачей-генетиков.

Результаты. Выявлены особенности проведения процесса медико-генетического консультирования, которые характерны для Украины с точки зрения социально-экономических предпосылок. А именно, врачи-генетики в Украине являются сторонниками недирективного стиля консультирования пациентов (85,7±5,0^{SE}%) и не являются сторонниками селекции пола по социальным показателям (76,0±6,0%). Наблюдались определенные расхождения между позицией врачей-генетиков и нормативной базой в отношении медицинских показаний для прерывания беременности в сроке

12–22 нед. В Украине остаются неразработанными вопросы доступности психологического сопровождения больных генетически обусловленной патологией. Весомую долю путей информирования пациентов с особенностями собственной патологией являются электронные ресурсы для пациентов / общение с пациентами (30,0±6,5^{SE}%) и средства массовой информации (12,0±4,6^{SE}%), что может повлиять на эффективность дальнейшего сопровождения пациентов. Сравнение моделей и деонтологических особенностей медико-генетического консультирования Украины со странами Африканского континента с уровнем дохода не выше среднемирового (как предлагают Zhong A и соавторы, 2017) является ошибочным. Более углубленный анализ социально-экономических показателей по регионам страны позволит четко идентифицировать содержательность и характеристики национальной социально-экономической модели медико-генетического консультирования.

Выводы. Необходимо налаживание тесного диалога между профессиональными союзами и регулятором с целью: а) гармонизации нормативной базы путем конкретизации требований и формулировок, которые касаются медицинских показателей к прерыванию беременности в сроке до 22 нед.; б) ужесточению ответственности врачей за нарушение требований нормативно-правовой базы; в) в сотрудничестве с другими ведомствами разработки действенной системы социального обеспечения и эффективной инфраструктуры для больных витальными формами генетической патологии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: деонтология, этика, медико-генетическое консультирование, пороки развития.

Deontological problems of medical-genetic counselling in the context of the socio-economic development model in Ukraine

D.O. Mykytenko^{1,2}, V.M. Badiuk³, V.V. Mykytenko⁴

¹LLC Reproductive Medicine Clinic "NADIYA", Medical Centre "Darwin Life-Nadiya", Kyiv

²O.O. Bogomolets National Medical University, Department of Social Medicine and Public Health, Kyiv

³LLC Clinic of Reproduction Genetics "Victoria"

⁴SE "Institute of Natural Resources Economics and Sustainable Development of the National Academy of Sciences of Ukraine", Kyiv

Purpose. Determination of the structure and types of deontological problems in the work of a doctor-geneticist in the context of the socio-economic development model in Ukraine.

Materials and methods. An anonymous sociological survey among doctors-geneticists.

Results. The peculiarities of the process of medical-genetic counselling that are typical for Ukraine from the point of view of socio-economic conditions were determined. In particular, doctors-geneticists in Ukraine mainly support non-directive counselling for patients (85.7±5.0^{SE}%) and are against gender-based social selection (76.0±6.0%). However, there were some differences between the position of geneticists and the regulatory basis regarding the possibilities, conditions and medical grounds for abortion on the 12-22 weeks of gestation. In Ukraine, the problem of availability of psychological support for patients with genetically predisposed pathology remain unsolved; its necessity was recognised by 87.5±2.3% of the respondents. An important role in the awareness of the patients of their own pathologies is plaid by the electronic resources for patients/communication with patients (30.0±6.5^{SE}%) and the media (12.0±4.6^{SE}%), which may influence the effectiveness of further patient care.

The comparison of the models and deontological features of medical-genetic counselling in Ukraine with the African countries with income levels below the world average (as proposed by Zhong A. et al., 2017) seems wrong in view of the following. Ukraine has the levels of socio-economic development similar to the African countries. However, there are significant differences in the parameters that determine the level

and quality of life of the population and happiness. In particular, in Ukraine, the income of the people at the regional level and rates of social and economic development differ significantly in terms of income ratios and expenditures of the population of the regions in their total amounts, which shows that the population of certain regions (Zakarpattia, Kyiv, Odessa, Kharkiv, Kherson regions) has certain "grey" sources of financial security, as for the share of these costs for the purchase of goods and services they significantly exceed the declared income.

A more detailed analysis of socio-economic parameters by the regions, as well as financial and economic potential, abilities and inclinations of the population of Ukraine to ensure the appropriate level and quality of life, may clearly identify the content and characteristics of the national socio-economic model of medical-genetic counselling in the near future and consequently predict the extent of service provision and genetic services. According to the author's opinion, the questionnaire for doctors-geneticists in Ukraine, apart from the ethical, social and cultural factors of the implementation of the socio-economic model of medical-genetic counselling, should be supplemented by the questions on the identification of macroeconomic functional regional features, taking into account the heterogeneity and imbalances in regional economies in Ukraine. In particular, concentration of economic capacities in the generations and scale of development of natural resources in the region; the existence of socio-economic disproportions in institutional transformations; regional asymmetry by the investments in socio-economic reproduction; the formation of new areas of social practice within a certain region.

Conclusions. It is necessary to establish a close dialogue between the trade unions and the regulator in order to: a) harmonise the regulatory basis by specifying the requirements and formulations related to medical indications for pregnancy termination at 22 weeks; b) increase the responsibility of the doctors for non-compliance with the requirements of the legal and regulatory norms; c) in cooperation with other departments, develop an effective social security system and effective infrastructure for patients with congenital forms of genetic pathologies.

KEY WORDS: deontology, ethics, medical-genetic counselling, developmental defects, congenital pathology, socio-economic development.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Микитенко Дмитро Олександрович – д.мед.н., доцент, Клініка репродуктивної медицини «Надія»; 03037, Київ, вул. Максима Кривоноса, 19-а.

Бадюк Вікторія Михайлівна – к.мед.н., доцент, Клініка генетики репродукції «Вікторія»; 04070, Київ, вул. Почайнинська, 70.

Микитенко Вікторія Володимирівна – д.е.н., професор, Інститут економіки природокористування та сталого розвитку НАН України; 01032, Київ-32, бульвар Тараса Шевченка, 60.

Сучасні особливості захворюваності в дитячому та підлітковому віці в аспекті адміністративних територій (Україна, регіон, район)

КНП ВРР Васильківський РЦПМСД, м. Васильків, Київська область, Україна

В роботі представлені результати вивчення динаміки (2014–2017 рр.) захворюваності, поширеності хвороб серед дитячого населення різного віку, їх структур з урахуванням адміністративних територій та місця проживання (регіон – Київська область, район – Васильківський) в аспекті загальноукраїнських змін. Виявлено суттєві розбіжності характеру процесів серед вікових груп та територіальні відмінності. Серед дітей 0–14 років в цілому по Україні спостерігалось зниження захворюваності (на 1,1%) за рахунок сільських жителів та поширеності захворювань (на 1,0% та 1,2% серед міських та сільських жителів відповідно). Водночас, серед підлітків при зменшенні їх чисельності (на 13,0% по країні та 13,6% в регіоні) відмічається зростання захворюваності (на 9,0%) переважно серед міських мешканців та поширеності на 7,7% інтенсивніше серед сільських (на 8,4%). На відміну загальнодержавних тенденцій, в регіоні має місце зростання захворюваності, поширеності хвороб серед дітей та підлітків (на 5,3% і 31,4% та 2,3% і 23% відповідно). Утрічі більшим воно було серед сільських при захворюваності і практично однаковим при поширеності серед міських та сільських жителів (на 21,6% та 24,9% відповідно). Виявлено, що відповідні показники вищі за середньоукраїнські.

При подібній структурі захворюваності, в якій превалюють хвороби органів дихання, шкіри, травми та отруєння, структура поширеності хвороб серед різних вікових груп відрізняється варіантами варіації класів хвороб в територіальному аспекті, відносно стабільними є два перші місця (хвороби органів дихання та травми).

Виявлені особливості, внутрішньотериторіальні відмінності визначають основний вектор досліджень, спрямованих на збереження здоров'я дитячого населення, а також свідчать про необхідність удосконалення організації надання їм медичної допомоги, особливо на первинному її етапі з пріоритетом профілактики та оздоровлення.

Ключові слова: дитяче населення, захворюваність, поширеність хвороб, структура, динаміка, територіальні особливості.

ВСТУП

Здоров'я дітей завжди є пріоритетом соціальної цінності державної політики в галузі охорони здоров'я. Разом з тим, динаміка його характеризується негативними тенденціями, що, певним чином, є індикатором діяльності медичної допомоги [1, 2, 6, 7]. Результати її, підпорядковуються, в тому числі, організації надання, що за останні десять років піддається суттєвій критиці за невідосконалістю структури. В зв'язку з чим питання трансформації медичної допомоги дитячому населенню залишається актуальним. В аспекті реформування галузі в цілому, в першу чергу, вона вимагає удосконалення роботи амбулаторно-поліклінічного ланцюга, що ускладнюється умовами децентралізації. Вагомість наряду зростає разом із обґрунтованою необхідністю переоцінки диспропорції розвитку служб, що довгий час превалювала й в Україні. Первинна медико-санітарна допомога намагається відродити авангардну роль в системі надання медичної допомоги з її профілактичними принципами. Модернізація охорони здоров'я полягає не тільки в сучасному оснащенні первинної її ланки, вона передбачає структурно-функціональні перетворення, перерозподіл ресурсів на регіональному рівні [3, 5, 14, 15].

Вище означене набуває особливого сенсу в аспекті пошуку нових, удосконалених підходів до втілення положень на етапі утворення спроможних об'єднаних територіальних громад. Основною кінцевою метою такої роботи є забезпечення ефективності медичної допомоги,

серед критеріїв якої провідним є захворюваність [4, 10, 12]. З таких позицій логічно оцінювати зазначений показник як базовий елемент при вирішенні наукової і практичної задачі при виборі варіанту побудови удосконаленої моделі. Водночас, таким він є й при визначенні результативності запропонованих нововведень щодо покращення ситуації. Тобто, володіння динамікою захворюваності є неодмінною передумовою для планування комплексних заходів, спрямованих на збереження здоров'я дитячого населення [8, 9, 13].

За нинішніх умов зростання наукового інтересу до пошуків шляхів оптимізації організації амбулаторно-поліклінічної допомоги означеному контингенту обґрунтованою виглядає **мета** даної роботи. Вона полягає у вивченні тенденцій захворюваності, поширеності хвороб серед дитячого населення, особливостей їх структур з урахуванням адміністративних територій (регіон, район) в аспекті загальноукраїнських змін.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Основу дослідження представляють результати аналітико-синтетичного аналізу даних офіційної статистики за 2014–2017 рр. Використана форма №12 «Звіт про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувального закладу» (річна), затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 №378 (із змінами, внесеними згідно Наказу МОЗ України № 511 від 17.06.2013).

Згідно предмету дослідження робота була спрямована на визначення тенденцій стану здоров'я дитячого населення на муніципальному рівні (регіон, район), як основи обґрунтування шляхів удосконалення організації надання йому ПМСД в сучасних умовах створення адміністративно-територіальних одиниць. На прикладі Київської області та її Васильківського району було вивчено особливості динаміки захворюваності та поширеності хвороб серед дитячого населення з виділенням вікових груп: 0-14 та 15-17 років. Вони оцінювались в порівнянні із загальноукраїнськими показниками. Статистичні дані, викопійовані з вказаної форми офіційної звітності, заносились в розроблені таблиці за окремими адміністративними територіями: Україна, область, район.

Вибір Київської області для наукового дослідження обґрунтовано з урахуванням подібності складу, динаміки його дитячого населення до таких показників по Україні в цілому та іншими її областями. Співвідношення його чисельності за місцем проживання показало, що в Київській області як й на більшій території України (8 областях – Кіровоградська, Миколаївська, Одеська, Сумська, Херсонська, Хмельницька, Чернігівська) міське населення переважало сільське (66,2% та 62,6% відповідно). Крім того, на тлі зростання дітей у віці 0-14 років спостерігалось скорочення підлітків на 11–14%. В Київській області активно проходить реформа децентралізації по створенню об'єднаних територіальних громад.

В роботі використані системний підхід, задіяні аналітико-синтетичний порівняльний аналізи. При вивченні варіаційних рядів та оцінці динаміки залучалась система стандартних показників (абсолютний ріст, зменшення, темп приросту, скорочення), коефіцієнт варіації (Cv).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними вивчення динаміки захворюваності дитячого населення виявлені суттєві відмінності за характером її змін в повіковому аспекті (0-14 та 15-17 років). Як виявилось, сьогоднішню притаманна неоднозначність процесів захворюваності дитячого населення за віком у адміністративно-територіальному розподілі (рис. 1). Як видно на рис. 1 на тлі зменшення рівня захворюваності серед дітей 0-14 років в цілому по Україні (на 1,1%), за рахунок сільського населення (на 6,0%) при зростанні його серед міського (на 1,8%), в Київській області та її Васильківському районі спостерігався суттєвий приріст. По регіону він дорівнював 5,3%, серед міських жителів – 3,3% і утричі більшим серед сільських – 10,0%. В районі інтенсивність зростання була меншою (на 0,4%) і виразнішою, навпаки, серед міського населення (на 3,4% проти 0,7% – сільських). Варто вказати, що показники в регіоні перевищують середньоукраїнські, а в районі – регіональні.

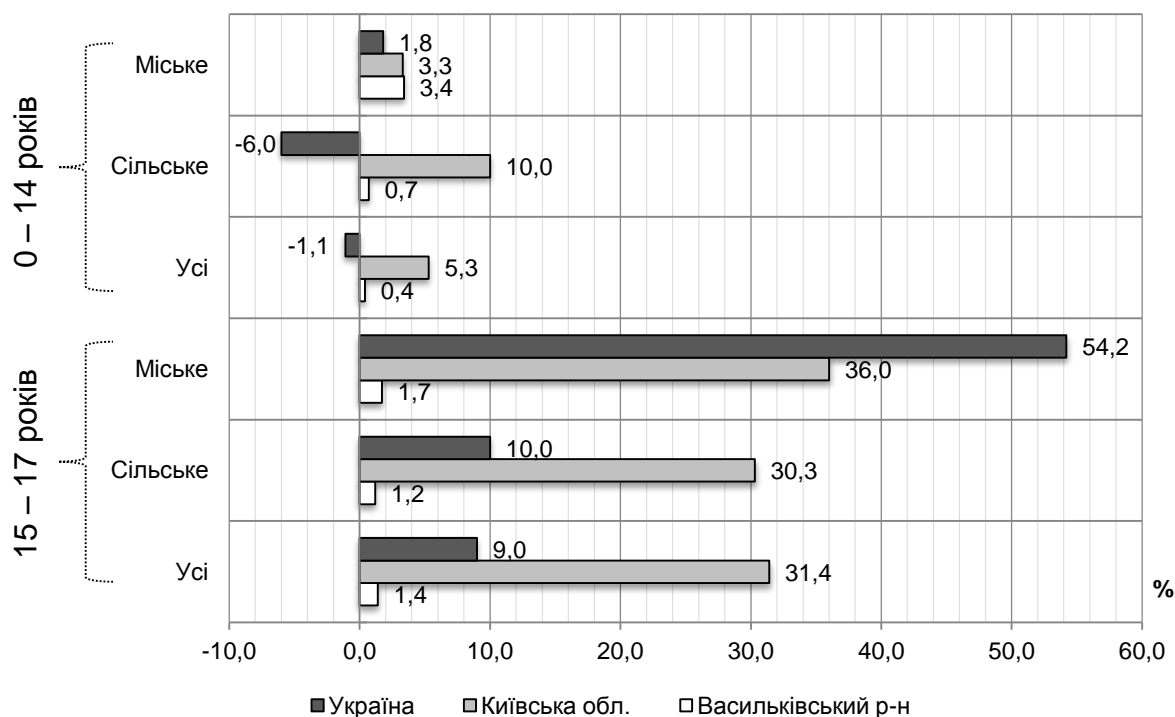


Рис. 1. Динаміка показників захворюваності серед дитячого населення України, Київської області, Васильківського району з урахуванням вікових груп (2014-2017 рр.)

Показники захворюваності по країні, області та району у 2017 р. відповідно становили 12978,2; 17147,0 та 25215,0; серед міських мешканців – 14168,0; 18875,0 та 27918,0; сільських – 10046,0; 14254,0 та 11852,0 на 10 тис. населення. Водночас, занепокоєння викликає інтенсивне

зростання захворюваності підлітків, які є найближчим потенціальним резервом країни. У 2017 р. її рівень по країні становив 12546,2 на 10 тис. і перевищував на 9,0% його у 2014 році. В 6 разів приріст був більшим серед міських жителів (до 18227,7), серед сільських – 10,0% (12059,5). При

менших величинах, ніж серед дітей 0-14 років, вражає інтенсивність їх росту. Практично однаково рівномірним за місцем проживання виявився ріст рівня в Київській області (на 31,4% серед кагорти, 36,0% та 30,3% відповідно його міської та сільської частини). У 2017 р. показники відповідно становили 20577,0; 20063,5 та 21353,0 на 10 тис. населення і перевищували величини серед дітей 0-14 років. Повільнішим зростання було в районі: на 1,4% – серед усіх, 1,7% та 1,2% серед тих, хто проживав у міській та сільській місцевості; в результаті чого величини показників були наступні: 13283,4; 10833,7 та 9785,4 на 10 тис.

За порівняльним аналізом випливає, що в регіоні показники первинної захворюваності як серед дітей 0-14 років, так й підлітків вищі за середньоукраїнські.

Структура захворюваності дітей 0-14 та 15-17 років представлена хворобами органів дихання (1 місце), шкіри (2 місце) та на 3 місці були травми та отруєння. Такий розподіл зберігається й в регіоні, районі, за окремими випадками, що більшою мірою стосуються останнього.

Простежуються територіальні та повікові відмінності щодо частоти окремих нозологій. Так, по Україні за час вивчення серед дітей 0-14 років захворюваність на гострий

фарингіт та тонзиліт, а також ларингіт та трахеїт зросла на 5,5% та 5,7% відповідно, тоді як в області на 17,0% та 19,7% відповідно, а серед сільського її населення на 27,7% та 28,5% відповідно. На тлі стабілізації захворюваності на контактні, atopічні дерматити по країні, вони на 70,5% зросли в області. Удвічі більшим був приріст хвороб групи «Інфекція нирок» – 15,0% проти середньоукраїнського. В сільській місцевості області на 8,4% зросли хвороби за класом травми та отруєння.

Виразнішими зміни виглядають при аналізі динаміки нозологій серед підлітків. Зокрема, в області міопії зросли на 22,5% проти 5,3% по країні; гострий фарингіт та тонзиліт удвічі збільшився, ніж показник загальноукраїнський (34,0% проти 17,3% відповідно); на 34,5% зросла захворюваність на інфекцію нирок (проти 1,1% по країні); на 9,4% стали більшими показники на дерматити при стабілізації по країні, на 7,0% – гастрити, дуоденіти проти 2,6% відповідно. Васильківський район не виділявся окремо будь-якими особливостями.

Подібним до захворюваності був характер змін показників поширеності захворювань (рис. 2).

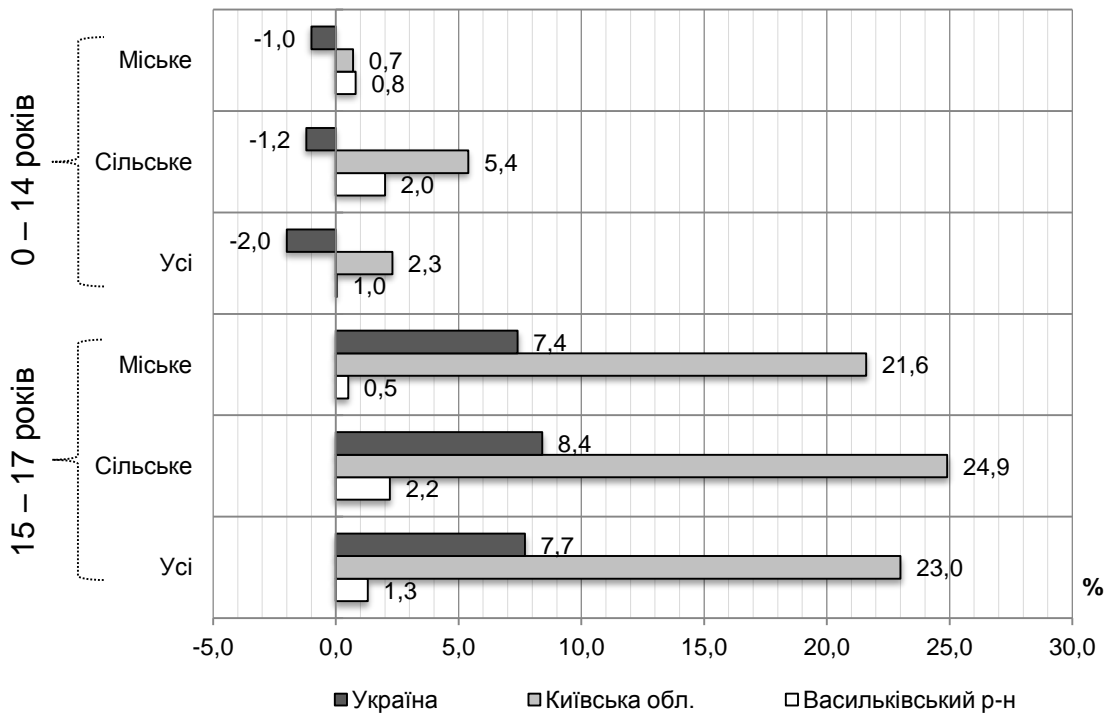


Рис. 2. Динаміка показників поширеності захворювань серед дитячого населення України, Київської області, Васильківського району з урахуванням вікових груп (2014-2017 рр.)

В цілому по Україні спостерігалась тенденція до зниження їх серед дітей 0-14 років на 20% (серед міського – на 1,0%, сільського – на 1,2%), тоді як в Київській області та Васильківському районі, навпаки – ріст на 2,3% та на 1,0% відповідно. За місцем проживання інтенсивнішим був процес серед сільських жителів в області (на 5,4% проти 0,7% міських) та в районі (на 2,0% проти 0,8% відповідно).

Для підлітків характерним був приріст обумовлених показників в усіх адміністративних територіях. Відмінність

полягала лише в темпі, який виявився найбільшим в Київській області (на 23,0% проти 7,7% по Україні і лише на 1,3% в районі) та зростанні їх серед сільських жителів (на 24,9%, 8,4% та 2,2% відповідно проти 21,6%, 7,4% та 0,5% – міських).

За окремим випадком показники серед дітей 0-14 років були більшими в Київській області і ще більшими вони були в Васильківському районі. Конкретні величини наступні: по Україні серед усіх дітей 16766,0; міських 17946,0; сільських 14464,0; в Київській області – 22865,3,

24285,0 та 20489,0; в Васильківському районі 32318,0, 34995,0 та 15218,0 відповідно на 10 тис. Як видно, переважали величини серед міських жителів. Що стосується підлітків, то лише регіональні показники були вищими за середньоукраїнські, в районі – нижчими за регіональні. А саме: серед усіх по країні – 21777,2; міських – 22618,3; сільських – 20325,9; в регіоні – 37498,4, 36144,8 та 39544,2 відповідно; в районі в 2–2,3 рази меншими (17428,4, 19452,3 та 17012,3 відповідно). Вартий уваги факт, що темпи приросту захворюваності випереджають їх величини при поширеності. Зазначене актуалізує питання профілактики в широкому її розумінні, активної диспансеризації до- та шкільного контингенту, що саме є прямою задачею ПМСД. Окремо виділимо Київську область. Встановлене зростання поширеності захворювань, що супроводжується тенденцією до росту первинної, свідчить про погіршення здоров'я дитячого населення.

Суттєві варіації захворюваності в межах адміністративної території вплинули на особливості структури поширеності патологій. З незначними відхиленнями відносно стабільно перші два місця належали хворобам органам дихання та травлення серед дітей 0-14 та 15-17 років. При цьому показники поширеності хвороб органів дихання більші серед дітей 0-14 років, ніж 15-17 років. Крім того, в Київській області вони вищі, ніж середньоукраїнські, а у Васильківському районі – за обласні (13671,9 проти 9602,2 по країні; 18342,0 – в районі на 10 тис.); виділяється й міське населення (по Україні – 10464,0 проти 7912,0 сільського; по області – 14832,0 проти 11730,0, в районі – 20843,0 проти 7313,0 відповідно на 10 тис.). Виявилось також, що в Київській області показники більші удвічі, ніж середньоукраїнські (15168,4, серед міського – 13948,6, сільського – 17012,0 проти 8153,4, 8294,5 та 7909,4 відповідно по Україні). В районі відповідні величини були меншими. На відміну від зазначеного, показники поширеності хвороб органів травлення, що займали друге місце в структурі, були більшими серед підлітків (1930,1 проти 983,1 серед дітей 0-14 років, міських – 2101,0 проти 1023,0, сільських – 1634,7 проти 904,0 відповідно). В області друге місце належало ендокринним хворобам з більшими величинами серед міських мешканців (4166,7 проти 3471,0 – сільських). Третє місце в цілому по Україні серед різних вікових груп дітей було представлено хворобами ока, проте в Київській області та районі – хворобами ендокринної системи.

Досить стабільно четверте місце посідають хвороби кістково-м'язової системи у підлітковому віці. Серед дітей 0-14 років – належало хворобам ендокринної системи.

При узагальненні наведених даних напрашується висновок відносно неоднозначності процесів захворюваності, поширеності, що відбуваються в цілому по Україні і в межах певного регіону, простежується також їхня залежність від вікового складу дитячого населення, місця проживання. Не можна обминути факт зростання як захворюваності, так й поширеності хвороб серед підлітків на тлі зниження в цілому по Україні їх рівнів серед дітей 0-14 років. Більше того, в Київській області воно повсюдне і більш інтенсивніше також серед підлітків. Необхідно наголосити на погіршенні здоров'я дітей, які проживають у сільській місцевості, особливо в регіоні, де показники захворюваності та поширеності більші, а темп приросту їх

вищий, ніж серед міських мешканців. Представлена ситуація поглиблюється за своїм негативним станом з огляду на динаміку чисельності дитячого населення. Встановлено, що за 2014–2017 роки в Україні його стало більше на 0,3% (до 7615606 проти 7594883 у 2014 р.), при цьому на тлі зростання дітей 0-14 років на 2,9% до 6535530 у підлітковому віці їх стало менше на 13,0% до 1080070. Виразнішою динаміка в Київській області. Дитяче населення збільшилось на 5,5% практично за рахунок дітей 0-14 років, оскільки підлітків стало менше на 13,6%. В повіковій структурі дитячого населення України у 2017 році 85,8% припадало на 0-14-річних та 14,2% – на підлітків, в Київській області – 87,3% та 12,6% відповідно. Водночас, спостерігається тенденція до зменшення кількості жителів сіл (у 2017 р. на них припадало 37,7% проти 37,9% у 2014). Подібна картина характерна й для країни в цілому – питома вага дитячого населення сільської місцевості становила 34,2% проти 34,6% чотири роки поспіль.

Більш високі темпи приросту показників захворюваності, поширеності хвороб у віковій групі 15-17 років із зазначеними регіональними відмінностями, в тому числі при різних класах хвороб, за якими практично формується загальний рівень, відбивають неоднорідність стану здоров'я дітей, виявляють найбільш вразливу серед них групу, а також свідчать про організацію та якість надання медичної допомоги. Оскільки захворюваність відноситься до важливіших критеріїв якості роботи фахівців лікувально-профілактичних закладів, отримані дані виступають об'єктивним доказом необхідності удосконалення, в першу чергу, ПМСД, результативність якої напряму залежна від урахування регіональних особливостей та можливостей місцевих органів.

Перспективність подальшого дослідження

полягає у використанні отриманих на даному етапі даних, як базових при створенні удосконаленої моделі центру ПМСД допомоги по обслуговуванню населення на рівні утворених територіальних громад. Головною метою діяльності яких є забезпечення максимально доступною рівноцінно для різних верств ефективною медичною допомогою, спрямованою на профілактику хвороб, передусім тих які формують поширеність, раннє їх виявлення та своєчасне оздоровлення. Реалізація закладеного принципу передбачає координаційно-методичну діяльність із спорідненими за задачами, щодо збереження здоров'я дітей, організаціями та установами громадських та державних структур.

ВИСНОВКИ

На тлі незначного зниження захворюваності (за 2014–2017 рр.) серед дітей 0-14 років в Україні (на 1,1%) тільки за рахунок сільського населення, на регіональному та районному рівнях, при більших за середньоукраїнські показниках, спостерігався різної інтенсивності її приріст (на 5,3% та 0,4% відповідно) при цьому утричі більше зростанням серед сільських в регіоні та в п'ять – серед міських в районі.

При зменшенні чисельності підлітків (на 13,0% та 13,6% в країні та регіоні відповідно) відмічено повсюдне зростання захворюваності в цьому віці: на 9,0% по Україні,

в 3,5 рази більше в регіоні і повільніше в районі (на 1,4%); виразнішим воно було серед міських жителів де проживає 60,2 – 63,4% дітей 15-17 років. Величини показників регіону перевищували середні по Україні, а в районі були нижчими, ніж в регіоні.

Виявлено, що структура захворюваності подібна у дітей різного віку і не відрізняється територіально; перші три місця належали хворобам органів дихання, шкіри та травмам і отруєнням; простежені за зазначеними ознаками відмінності щодо частоти окремих нозологій.

Поширеність захворювань у віці 0-14 років при зниженні її в цілому по Україні (на 2,0% та 1,0% і 1,2% серед міських та сільських жителів) мала приріст в регіоні та районі (на 2,3% та 1,0%), особливо серед сільського

населення (на 5,4% та 2,0% проти 0,7% та 0,8% міського відповідно). Зростання показників поширеності серед підлітків притаманно для усіх адміністративних територій з відмінністю за інтенсивністю (в регіоні на 23,0% проти 7,7% по Україні і лише на 1,3% в районі, а також серед сільських жителів на 24,9%, 8,4% та 2,2% відповідно проти 21,6%, 7,4% та 0,5% – міських).

Структура поширеності захворювань серед різних вікових груп дитячого населення відрізняється суттєвими варіантами варіації класів хвороб в територіальному аспекті; відносно стабільно перші два місця належали хворобам органів дихання та травлення, неоднозначним виглядає й розподіл окремих нозологічних форм.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антипкін ЮГ, Волосовець ОП, Майданник ВГ, Березенко ВС, Моїсеєнко РО, Виговська ОВ. та ін. Стан здоров'я дитячого населення – майбутнє країни (частина 1). Здоров'я ребенка. 2018;1(13):11-21. doi: <http://dx.doi.org/10.22141/2224-0551.13.1.2018.127059>.
2. Весельський ВЛ, Медведовська НВ, Кульчицька ТК, Матвієнко ІМ. Моніторингова оцінка здоров'я дитячого населення та заходи щодо його збереження. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2006;2:5–10.
3. Вороненко ЮВ, Гойда НГ, Моїсеєнко РО. Сучасні аспекти розвитку системи медико-соціальних послуг для уразливих груп дітей в Україні. Український медичний часопис. 2015;1(105):14–18.
4. Габорець ЮЮ, Дудіна ОО. Динаміка захворюваності дитячого населення України в регіональному аспекті та поширеності між ними хвороб. Україна. Здоров'я нації. 2017;4(45):18-28.
5. Дудіна ОО, Гойда НГ, Мазур ТМ. Впровадження моделі лікаря–педіатра загальної практики – стратегічний напрям удосконалення первинної медико–санітарної допомоги дитячому населенню. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2000;4:40–4.
6. Дудіна ОО, Терещенко АВ. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дитячого населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014;2:49-57.
7. Дудник СВ. Стан здоров'я та деякі аспекти організації надання медичної допомоги дитячому населенню України. Україна. Здоров'я нації. 2018;1(47):26-33.
8. Жилка КІ. Актуальні аспекти європейського досвіду державної політики щодо охорони здоров'я дітей. Держава та регіони. Серія: Державне управління. 2013;2:131-4.
9. Камінська ТМ. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. Економічна теорія та право. 2015;1(20):38–50.
10. Моїсеєнко РО. Частота та структура захворюваності дітей в Україні та шляхи її зниження. Современная педиатрия. 2009;2:10-4.
11. Медведовська НВ. Сучасний стан здоров'я підлітків України. Современная педиатрия. 2010;6:14-6.
12. Медведовська НВ, Кульчицька НО. Заходи профілактичного спрямування щодо зниження захворюваності та поширеності хвороб. Україна. Здоров'я нації. 2008;1:58-61.
13. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги. Закон України від 07.06.2011 р. № 3611-VI [Інтернет]. Відомості Верховної Ради України. 2012;14:86 [цитовано 2017 Бер 20]. Доступно: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>.
14. Проценко ЮМ. Особливості діяльності територіальних громад в Україні. Економіка і суспільство. 2018;14:838-42.
15. Wolfe I, Tamburlini G, editors. European Child Health Services and Systems: lessons without borders. [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 20]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/254928/European-Child-Health-Services-and-Systems-Lessons-without-borders.pdf.

Дата надходження рукопису до редакції: 29.07.2019 р.

Современные особенности заболеваемости в детском и подростковом возрасте в аспекте административных территорий (Украина, регион, район)

Я.И. Августиневич

КНП ВРР Васильковский РЦМПСП,
г. Васильков, Киевская область

В работе представлены результаты изучения динамики (2014-2017 гг.) заболеваемости, распространенности болезней среди детского населения всех возрастов, их структур с учетом административных территорий и места жительства (регион – Киевская область, район – Васильковский) в аспекте всеукраинских изменений. Выявлены существенные расхождения характера процессов среди возрастных групп и территориальные различия. Среди детей 0-14 лет в целом по Украине наблюдается снижение заболеваемости (на 1,1%) за счет сельских жителей и распространенности заболеваний (на 1,0% и 1,2% среди городских и сельских жителей соответственно). В то же время, среди подростков при уменьшении их численности (на 13,0% по стране и 13,6% в регионе) отмечен рост заболеваемости (на 9,0%) преимущественно среди городских жителей, и распространенности – на 7,7% интенсивнее среди сельских (на 8,4%). В отличие от общегосударственных тенденций в регионе отмечается рост заболеваемости, распространенности болезней среди детей и подростков (на 5,3% и 31,4% и 2,3% и 23% соответственно). В три раза больше он среди сельских при заболеваемости, и практически одинаковый (на 21,6% и 24,9%) прирост распространенности среди городских и сельских жителей. Выявлено, что соответствующие показатели выше среднеукраинских. При подобной структуре заболеваемости, в который преобладают болезни органов дыхания, кожи, травмы и отравления, структура распространенности среди разных возрастных групп отличается вариантами вариации классов болезней в территориальном аспекте, относительно стабильными были два первых места (болезни органов дыхания и травмы).

Выявлены особенности, внутритерриториальные различия определяют основной вектор исследований, направленных на сохранение здоровья детского населения, а также свидетельствуют о необходимости совершенствования организации оказания им медицинской помощи, особенно на первичном ее этапе с приоритетом профилактики и оздоровления.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: детское население, заболеваемость, распространенность болезней, структура, динамика, территориальные особенности.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Августиневич Ярослав Ігорівна – головний лікар комунального некомерційного підприємства Васильківської районної ради «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»; 08600, Київська обл., м. Васильків, вул. Декабристів, 87.

Modern features of morbidity in infants and adolescence in the aspect of administrative territories (Ukraine, region, district)

Ya.I. Avgustynovich

CNE Vasytkivsky, DC Vasytkivsky DCPMSA,
Vasytkiv-city, Kyiv Oblast

This work presents the results of the determination of the dynamics (2014-2017) of the morbidity, the spread of diseases among the children of all ages, their structure taking into account administrative territories and place of residence (region – Kyiv region, district – Vasytkivsky) in the aspect of the general changes in the country. Significant differences in the nature of processes among age groups and territorial differences are revealed. Among children 0-14 years old in general in Ukraine, there was a decrease in the incidence (1.1%) at the expense of villagers and the prevalence of diseases (by 1.09% and 1.2%) among urban and rural residents, respectively). At the same time, among the adolescents with a decrease in their numbers (by 13.0% in the country and 13.6% in the region), the incidence rate (by 9.0%) is predominantly seen among urban residents and is by 7.7% more intense in rural areas (by 8.4%). Unlike national trends, in the region there is an increase in morbidity, prevalence of diseases among children and adolescents (by 5.3% and 31.4%, with 2.3% and 23%, respectively). It was three times higher among rural people with morbidity and practically the same for prevalence among urban and rural inhabitants (by 21.6% and 24.9%, respectively). It was found that the corresponding indicators are higher than the average Ukrainian ones.

In a similar structure of the disease, in which the diseases of the respiratory system, skin, trauma and poisoning prevail, the structure of the prevalence of diseases among different age groups differs by variants of variation of classes of diseases in the territorial aspect, the first two places are relatively stable (respiratory and respiratory diseases).

The revealed features, internal territorial differences determine the main vector of research aimed at preserving the health of the children's population, and also indicate the need to improve the organization of providing them with medical assistance, especially at the primary stage with the priority of prevention and rehabilitation.

KEY WORDS: infant population, morbidity, prevalence of diseases, structure, dynamics, territorial peculiarities.

В.В. Вороненко¹, В.М. Якимець², В.П. Печиборц³, В.В. Чернявський⁴,
В.А. Кушнір³, Д.М. Лисун³, І.О. Йосипенко³, В.В. Якимець⁵

Особливості організації надання медичної допомоги ураженим при застосуванні хімічної зброї, при хімічних аваріях та терористичних актах

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

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

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

⁴ДВНЗ «Запорізький державний медичний університет», м. Запоріжжя, Україна

⁵ТОВ «Органосін ЛТД»

Бурхливий розвиток хімічної промисловості в світі та нашої державі супроводжується невідповідним зростанням ризиків виникнення аварій на цих виробничих комплексах та в процесі транспортування сильнодіючих отруйних речовин (далі СДОР) та реактивів. Водночас, останнім часом у світі зберігається стійка тенденція до збільшення кількості збройних конфліктів, які супроводжуються застосуванням деяких зразків хімічної зброї та СДОР. На сьогоднішній день у світовому масштабі не викоренені випадки використання цих речовин в актах міжнародного тероризму. В статті висвітлені особливості та принципи організації надання екстреної медичної допомоги постраждалим під час ліквідації наслідків техногенних аварій на хімічно небезпечних об'єктах та терористичних актів із застосуванням СДОР та хімічної зброї.

Ключові слова: особливості організації медичної допомоги, уражені отруйними речовинами, хімічні аварії.

ВСТУП

Хімічна зброя – це зброя масового ураження дія якої базується на використанні властивостей ряду хімічних речовин здатних викликати порушення нормальної життєдіяльності людини або тварини з послідовним летальним исходом або без нього, а також вражати рослини.

Основу хімічної зброї складають отруюючі речовини, а також гербіциди військового призначення.

Хімічна зброя набула значення нового виду зброї в роки першої світової війни. За період з 1914 по 1918 роки воюючі держави виробили біля 150000 тон різних отруюючі речовин, із яких 125000 тон було використано. Наслідками застосування хімічної зброї стали значні людські втрати: було вражено 1.3 мільйона людей із яких майже 100000 загинули. З того часу хімічна зброя ввійшла до арсеналу бойових засобів ряду країн. Це стало причиною для створення Конвенції про заборону розробки, виробництва та накопичення хімічної зброї.

Розглядаючи актуальні питання медичного захисту від хімічних вражаючих засобів та захисту від них слід приділити увагу основним положенням Конвенції про заборону розробки, виробництва та накопичення хімічної зброї.

Контроль за дотриманням статей Конвенції здійснюється Організацією із заборони хімічної зброї, що виступає як міжнародний правовий майданчик для уточнення положень Конвенції (Конференція країн-учасниць уповноважена вносити зміни до КХЗ, а також приймати підзаконні акти про виконання вимог Конвенції, тощо). Крім того, організація проводить інспекції військово-промислових об'єктів з метою забезпечити виконання вимог КХЗ країнами-учасницями.

Конвенція про хімічну зброя, повна назва Конвенція про заборону розробки, виробництва, накопичення, застосування хімічної зброї та про її знищення (англ. *Convention on the Prohibition of the Development, Production, Stockpiling and Use of Chemical Weapons and on their Destruction*) — міжнародний договір в рамках ООН в галузі контролю озброєнь, що має на меті повну заборону виробництва і використання хімічної зброї з огляду на її шкідливість для довкілля і здоров'я людини, а також визначає зобов'язання держав-учасниць у цій сфері.

Цю конвенцію, підписану від імені України 13 січня 1993 року в м. Парижі, в Україні ратифіковано Законом N 187-XIV від 16 жовтня 1998 [1]. До серпня 2010 року 188 держав є учасниками цієї конвенції і ще 2 країни підписали, але поки не ратифікували її [2].

Контроль за дотриманням статей Конвенції здійснюється Організацією із заборони хімічної зброї, що виступає як міжнародний правовий майданчик для уточнення положень Конвенції (Конференція країн-учасниць уповноважена вносити зміни до КХЗ, а також приймати підзаконні акти про виконання вимог Конвенції, тощо). Крім того, організація проводить інспекції військово-промислових об'єктів з метою забезпечити виконання вимог КХЗ країнами-учасницями

Міжнародне обговорення питання про заборону хімічної та біологічної зброї почалося в 1968 році. Його проводив Комітет з роззброєння, що складався з 18 держав, який після численних змін назви та складу був перетворений в 1984 в Конференцію з роззброєння [3]. З вересня 1992 Конференція надала Генеральній Асамблеї ООН свій щорічний звіт, який містив текст Конвенції про заборону хімічної зброї. Генеральна Асамблея прийняла Конвенцію 30 листопада 1992. 13 січня 1993 в Парижі Генеральний секретар ООН відкрив її для підписання. Конвенція набула чинності 29 квітня

1997 року через 180 днів після того, як була ратифікована 65-м її учасником (Угорщина). Конвенція доповнює собою Женевський протокол 1925 року.

Ключові складові Конвенції

Заборона виробництва та застосування хімічної зброї

Ліквідація (або використання в інших цілях) потужностей з виробництва хімічної зброї

- Знищення всіх запасів хімічної зброї (включаючи запаси, що знаходяться за межами території держави)
- Взаємодопомога між державами та взаємодію з ОЗХЗ у разі застосування хімічної зброї
- Міжнародне співробітництво в мирному використанні хімікатів у відповідних областях.

Країни-учасниці

Майже всі країни в світі приєдналися до Конвенції про заборону хімічної зброї, зокрема 190 з 196 держав-членів ООН є учасниками КЗС.^[2] З 6 залишилися держав 2 підписали, але ще не ратифікували Конвенцію (М'янма та Ізраїль), 4 держави не підписали Конвенцію (Ангола, Північна Корея, Єгипет та Південний Судан). Останньою країною, що підписала конвенцію станом на кінець вересня 2013 є Сирія (підписала 13 вересня 2013)^[4]. Офіційне приєднання Сирії до Конвенції очікується після закінчення 30-денного терміну, 13 жовтня 2013 року.

Країни-учасниці мають у ОЗХЗ своїх постійних представників. Для підготовки інспекцій ОЗХЗ країна-учасниця повинна створити спеціальний орган.^[5]

Не дивлячись на існування Конвенції ряд держав продовжували виготовляти, накопичувати і навіть застосовувати хімічну зброю. Під час Другої світової війни Німеччина виготовляла накопичувала та навіть застосовувала хімічну зброю. Так, отруйні речовини широко застосовувались німцями в концентраційних таборях, а також в бойових умовах в Керчі проти частин Червоної Армії та мирного населення, що переховувалось в Аджимушкайських каменоломнях. Це продовжилось і продовжується після Другої світової війни та в теперішній час. Так, хімічні отруюючі речовини застосовувались армією США під час війни в Індокитаї в період 1961-1970 років. І в наші дні ми стали свідками застосування хімічних отруюючих речовин в Сирійській Арабській Республіці та в Британському Солсбері.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), на теперішній час у світі накопичена надзвичайно велика кількість отруйних речовин, яка перевищила 60 тисяч хімічних сполук, водночас необхідно констатувати факт, що ця кількість щорічно збільшується на 500–700 найменувань. Крім того, біля 500 відносяться до групи СДОР найбільш токсичних для людини.

Це, в значній мірі, обумовлює особливу актуальність нашого дослідження.

В першій половині ХХ століття в усьому світі та в Україні зокрема, загострилась проблема промислової безпеки, оскільки збільшилася кількість великомасштабних хімічних виробництв. Невпинне зростання темпів розвитку підприємств та виробництв, зумовлене значними економічними їх перевагами та конкурентно-здатністю в процесі створення і функціонування в нашій країні ринкових відносин. Стрімке зростання впровадження сильнотоксичних отруйних речовин в технологічних процесах

на виробництвах, супроводжується виникненням загроз небезпек, які можуть супроводжуватись катастрофічними пожежами, вибухами, викидами токсичних речовин та іншими явищами.

На даний час в Україні нараховується понад 1500 різних об'єктів, які виробляють, зберігають або використовують більше 280 тис. т. різноманітних СДОР, у зонах цих об'єктів мешкає населення загальною кількістю понад 22 млн. осіб. Основну кількість (до 95%) із них складають об'єкти, що містять аміак та хлор. Окрім цього, цілодобово залізницями України транспортується близько 15000 одиниць рухомого складу з небезпечними вантажами.

Незважаючи на те що населення України становить близько 1% населення світу, в Україні переробляється до 5% загальної кількості мінеральних речовин, а навантаження токсикантами на довкілля, внаслідок цього, вище, ніж у країнах Західної Європи у 3,2 рази і вище ніж у США у 6,2 рази [10].

Номенклатура продукції, що випускає хімічна промисловість, включає тисячі різних матеріалів і речовин, більшість з яких надзвичайно токсичні. Небезпечність таких підприємств для людини та оточуючого середовища очевидна. Яскравим прикладом тому може свідчити аварія на хімічному заводі в м. Севезо (Італія, 1976 р).. Внаслідок аварії територія (більше 20 км²) була заражена діоксином, постраждало більше 1000 чоловік (при загальній кількості жителів в зоні зараження 27,6 тис. чол.).

Найбільш великою аварією на хімічному виробництві за всю світову історію розвитку промисловості, була катастрофа в Бхопалі (Індія, 1984 р) від якої померло близько 2500 і призвело до ураження більше 170 тис. чоловік.

На хімічному заводі американської корпорації Union Carbide, на якому існувало п'ять різних виробництв, у тому числі метилізоціанату та фосгену, що володіють високою токсичністю, стався викид в оточуюче середовище 30 т метилізоціанату.

Цього ж року, від вибуху зріджених вуглеводнів у сховищі м. Сан-Хуан-Іксуатепека (Мексика) загинуло не менше 500, а ураження отримали майже 7200 чоловік.

На території колишнього СРСР впродовж 1985–2000-х років сталися понад 204 аварії з викидами промислових отрут. Кожна восьма з них на території України. Внаслідок аварій постраждали 1605 чоловік, отруєння 63 чоловік (4%) були смертельними. В 103 випадках для ліквідації аварій залучалися сили та засоби медичної служби Збройних Сил [11, 12].

СДОР – це токсичні хімічні сполуки, що утворюються у великих кількостях в процесі промислового виробництва, і спроможні у випадку руйнувань (аварій) на хімічно небезпечних об'єктах надходити до атмосфери, викликаючи масові ураження цивільного населення і особового складу ліквідаторів наслідків НС.

Нарощування хімічного виробництва призвело також до зростання кількості промислових відходів, які становлять небезпечку для оточуючого середовища і людей. Тільки токсичних відходів в Україні накопичено більше 4 млрд т, при середньорічному утворенні 103 млн т [9].

Щорічно в Україні відбувається близько 140-150 техногенних аварій і катастроф регіонального і державного

рівня. Орієнтовна структура надзвичайних ситуацій техногенного характеру має такий вигляд: аварії з викидами СДОР – 4%, пожежі й вибухи – 19,5%, транспортні аварії – 17,7%, аварії на системах життєзабезпечення – 17,3%, аварії на радіаційних об'єктах – 8,4%, аварії на комунальних системах та очисних спорудах – 17,3%, надзвичайні ситуації на об'єктах інших видів – 15,8%. Експертами встановлено, що щорічні народногосподарські втрати від аварій становлять 140-150 млн грн [12, 13].

Вище викладене обумовлює доцільність напрямку дослідження.

Мета роботи – покращити організацію надання медичної допомоги постраждалим внаслідок хімічних аварій та терористичних актів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження ґрунтується на аналізі джерел наукової інформації, нормативно-правові документів, наукових публікацій, матеріалів науково-практичних конференцій з питань організації медичного забезпечення ліквідації наслідків техногенних аварій та актів тероризму.

Методи дослідження: Аналітичний, історичний, логічний, системного підходу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Сучасна історія використання хімічних речовин включає застосування засобів контролю при використанні; легених (хлору і фосгену) і наривних агентів (іприту) під час Першої світової війни; наривних (іприту) і нервово паралітичних речовин під час збройного протистояння Іраку та Ірану у 1980 роки. Іприт і нервово-паралітичні речовини можуть бути застосовані на полі бою і сьогодні. Проте реалізація різних видів медичної оборони може звести втрати від хімічних атак до мінімуму.

Засоби індивідуального захисту

- Запобігання!

○ Уникайте поранень.

○ Захистіть себе та інструкуйте ваш персонал.

- Щоб запобігти подальшому ушкодженню від ураження, необхідно одягти потерпілому захисну маску. У разі забруднення скажіть людині зняти одяг і знезаразити потенційно відкриті поверхні тіла.

- Забезпечення допомоги пораненим, одягання масок на обличчя потерпілих, введення протиотрути і визначення відкритих ділянок тіла для знезараження.

- Максимальне забезпечення повноти процесу знезараження на станції знезараження.

○ Для медичного персоналу небезпеку становить віддалений залишковий вплив випарів або контакт із виявленою рідиною.

○ Уникайте забруднення медичного лікувального закладу.

Початкові пріоритети лікування

- Неможливо назвати "оптимальний" спосіб надання невідкладної допомоги жертвам хімічних або змішаних аварій, хоча пріоритетними є дихальна

недостатність і судинний шок. Одна із рекомендованих послідовностей наведена нижче.

1. Лікування дихальної недостатності і контролювання обширного крововиливу.

2. Введення антидотів до хімічних агентів.

3. Знезараження обличчя (одягання захисної маски).

4. Звільнення від забрудненого одягу та знезараження потенційно забрудненої шкіри.

5. Надання екстреної допомоги при шоку, ранах і відкритих переломах.

6. Надання підтримуючої медичної допомоги за наявних ресурсів.

7. Транспортування стабілізованого пацієнта на чисту територію.

Специфічні бойові отруйні речовини і лікування

Нервово-паралітичні отрути

- Табун (GA), зарин (GB), зоман (GD), циклозарин або циклогексил зарин (GF) і метилфосфонові кислота (VX).

- Загальна інформація: нервово-паралітичні отрути є одними з найбільш токсичних серед відомих хімічних агентів. Вони небезпечні як у газоподібному, так і в рідкому стані, і можуть призвести до смерті протягом декількох хвилин через обструкцію дихальних шляхів і серцеву недостатність.

- Механізм дії: нервово-паралітичні отрути — це органофосфати, які зв'язуються з наявною в організмі ацетилхолінестеразою, що призводить до накопичення ацетилхоліну.

- Симптоми: міоз, нежить, утруднене дихання, втрата свідомості, апное, судоми, параліч і рясна секреція.

- Лікування: кожен військовослужбовець має три антидоти в автоін'єкторах для ІМ-самоін'єкції у кишені портативної захисної маски. Кожен комплект забезпечує 2 мг ін'єкції атропіну сульфату і 600 мг пралідоксиму хлориду. Військовослужбовець США має також 10 мг діазепаму в автоін'єкторі.

○ Невідкладні ІМ або ІV-ін'єкції з:

- ◆ Атропін-блокатором мускаринових холінорецепторів (може знадобитися більша доза, ніж рекомендовано Advanced Cardiac Life Support).

- ◆ Пралідоксим хлоридом (дають тільки після ураження), щоб активувати холіноестеразу.

- Попередня обробка: військовослужбовці можуть також отримати попередню обробку — перед впливом нервово-паралітичного агента. Наприкінці військові запропонували використовувати таблетки піридостигміну броміду в якості запобіжного засобу перед впливом нервово-паралітичного агента (діюча речовина зворотно зв'язується з ферментом ацетилхолінестеразою, підвищуючи ефективність атропіну проти зоману).

Отруйні речовини наривної дії

- Іприт (HD або H), азотистий іприт (HN), люїзит (L) і фосгеноксим (CX). Загальна інформація: Отруйні речовини наривної дії (шкірнонаривної дії) — цитотоксичні алкілюючі сполуки, представлені сумішшю сполук, широко відомих як "іприт".

- Механізм дії: Іприт — алкілюючий агент, що денатурує ДНК, викликає радіоміметичний ефект; крім того, спричинює некроз, зрідження епідермісу, важкий

кон'юнктивіт, а при вдиханні — пошкоджує гортань і трахеобронхіальну слизову оболонку.

- **Симптоми:** утворення пухирів, помірні й важкі травми дихальних шляхів (симптоматика може бути дещо затриманою), кон'юнктивіт різного ступеня тяжкості, що викликає у постраждалого ефект сліпоти, також опіки слизової оболонки. Затримок немає внаслідок дії люїзиту: негайне спалювання шкіри та очей.

- **Лікування:** Профілактична та підтримуюча терапія. Найвищий пріоритет має негайне знезараження постраждалого. Краплі отруйної речовини слід якомога швидше видалити шляхом промокання реактивним лосьйоном знезараження шкіри (RSDL) або промиванням водою чи 0,5% розчином гіпохлориту. Реактивний лосьйон знезараження шкіри надзвичайно ефективний при інактивації іприту.

- Більшість військовослужбовців мають при собі порошок або рідину для знезараження, які слід використовувати негайно для видалення отруйних речовин нарівно дії.

- Оскільки іприт, як правило, має маслянисту консистенцію, вода може сприяти поширенню агента. У деяких країнах застосовують димеркапрол для знезараження від люїзиту. Димеркапрол треба використовувати з обережністю, оскільки сам препарат також може бути токсичним.

Агенти для ураження легень (викликання задухи)

- Фосген (CG), дифосген (ДП), хлорпікрин (PS) і хлор.

- **Загальна інформація:** Агенти для ураження легень або задушливої дії провокують виражене подразнення верхніх і нижніх дихальних шляхів. CG має запах свіжоскошеної трави.

- **Механізм дії:** CG поглинається майже виключно при вдиханні. Більшість токсичної сполуки розподілена несистемно, а реакція протікає в альвеолярно капілярній мембрані.

- **Симптоми:** Після клінічно латентного періоду CG призводить до набряку легень; швидкість цієї зміни залежить від інтенсивності дії агента. Перші очевидні симптоми: миттєве подразнення очей, носа, горла (задуха, кашель, стиснення у грудях і сльозотеча). Протягом наступних 2-24 годин у хворого може розвинути некардіогенний фатальний набряк легень.

- **Лікування:**

- Припинити дію агента, постільний режим, зменшити секрецію дихальних шляхів; кисень; можна спробувати стероїди.

- Сортування пацієнтів, яких спостерігали протягом 12 годин після дії агента:

Хімічні ураження

- ◆ Негайний догляд у відділенні інтенсивної терапії, якщо вони доступні для пацієнтів із набряком легень;

- ◆ Із затримкою: щогодинна перевірка пацієнтів із задишкою без об'єктивних ознак набряку легень;

- ◆ Мінімальний: безсимптомний пацієнт, що зазнав дії агента;

- ◆ Вичікувальна: пацієнт із ціанозом, набряком легень і гіпотонією. Присутність цих симптомів протягом 6

годин після контакту з агентом дає негативний прогноз: такі пацієнти, найімовірніше, не виживуть.

Ціаногени

Агенти крові: ціанистий водень (АС) і ціанистий хлорид (СК).

Загальна інформація: АС і СК формують стійкі комплекси з металопофіринами (такими, як цитохромоксидаза). Термін "агент крові" застарілий, використовувався в той час, коли не було зрозуміло, що ефект виникає переважно за межами кровотоку.

Механізм дії: ціанід діє шляхом об'єднання з цитохромоксидазою, блокуючи систему транспорту електронів. У результаті аеробний клітинний метаболізм зупиняється.

Симптоми: судоми, зупинка серця, зупинка дихання.

Лікування:

Негайне вилучення жертв із забрудненої атмосфери, щоб перешкодити подальшій інгаляції.

- 100% кисень.

- Якщо ціанід проковтнули, необхідно зробити промивання шлунку і дати активоване вугілля.

- Специфічна антидотна терапія: призначають нітрит натрію (10 мл 3% розчину IV) протягом 3-хвилинного періоду, а потім — тіосульфат натрію (50 мл 25% розчину IV) протягом 10-хвилинного періоду. Нітрит натрію виробляє метгемоглобін, який приєднує ціанід; тіосульфат натрію з'єднується з ціанідом з утворенням тиоціанату, який виводиться з організму.

Психотропні агенти

- BZ (3-хінуклідину бензилат) і індоли.

- **Загальна інформація:** гетерогенна група хімічних речовин, пов'язаних з атропіном, скополаміном та гіосциаміном, яка тимчасово спричиняє потужний ЦНС-ефект, що серйозно погіршує нормальне функціонування, але не є небезпечним для життя або не може призвести до постійного ушкодження тканин.

- **Симптоми:** мідріаз, сухість у роті, сухість шкіри, посилення рефлексів, галюцинації і порушення пам'яті.

- **Лікування:**

- Негайне вилучення у потерпілого вогнепальної зброї та інших видів зброї задля безпеки оточуючих.

- Ретельний нагляд.

- Фізостигмін, 2-3 мг внутрішньом'язево кожні 15 хвилин протягом години до досягнення бажаного рівня; підтримувати з 2-4 мг кожні 1-2 години у важких випадках.

Посилючі агенти

- Це хімічні речовини, які були змішані з іншою речовиною для підвищення їх стійкості (стійкі речовини можуть залишатися в навколишньому середовищі більше 24 годин).

- Постраждалі, уражені посиленними нервово-паралітичними речовинами, не виживають без хірургічного втручання.

- Посилений іприт може залишатися в ранах, навіть коли великі фрагменти тканини були вилучені

Хірургічне лікування при хімічних аваріях

- Знезараження ран. Початкові дії при забрудненні хімічними агентами внаслідок аварії: видалення забрудненого одягу, а також верхнього шару епідермісу, знезараження ран до лікування.

- Бинти видалити, промити рани, замінити бинти.
- Джгути замінити чистими, після дезактивації.
- Шини ретельно знезаразити.

Наривні і нервово-паралітичні отрути потенційно небезпечні забрудненням ран. Ціаногени леткі, тож малоймовірно, що вони будуть залишатися в рані.

Залишкові гази

- Ризик зараження ран випарами залишкових газів із хімічно забруднених фрагментів і тканин вкрай незначний.

Використання реактивного лосьйону знезараження шкіри (РЛЗШ)

РЛЗШ інактивує нервово-паралітичні отрути та іприт. З його допомогою

можна видалити агент, який уже почав проникати в шкіру. Це найкращий дезінфікуючий засіб під час хімічних аварій, але на сьогодні не схвалений для застосування при травмах очей або для відкритих ран.

Використання розчину гіпохлориту

- Побутовий відбілювач -- це 5% гіпохлорит натрію; для отримання ~ 0,5% розчину змішайте 1 частину відбілювача із 9 частинами води.

- Розведений гіпохлорит (0,5%) є ефективним дезінфікуючим засобом для шкіри, але категорично протипоказаний для використання у випадку таких уражень:

- Очі (може викликати травму рогівки).

Хімічні ураження

Увага: Використання з відбілювачем може призвести до екзотермічної реакції, здатної генерувати достатньо тепла, щоб пошкодити тканини.

Як і інфікування випарами з рани під час хірургічної операції.

- Мозок і травми спинного мозку.
- Черевна порожнина (може призвести до спайок).
- Грудна порожнина (небезпека досі невідома, хоча це може бути меншою із проблем).

- Нерозведений 5% гіпохлорит використовується для знезараження інструментів, одягу, білизни та інших неживих предметів.

Огляд і очищення ран

Хірурги і помічники повинні носити добре облягаючі, тонкі, бутил-гумові рукавички або подвійні латексні хірургічні рукавички.

Рукавички слід міняти часто, поки не буде певності, що в рані не залишилося ніяких сторонніх тіл або посилюючих агентів.

Вирізання і хірургічну обробку ран слід проводити з використанням методики "без доторку". Видалені фрагменти тканин треба покласти в контейнер із 5% розчином гіпохлориту. Поверхневі рани необхідно ретельно протерти 0,5% розчином гіпохлориту, а потім зросити великою кількістю фізіологічного розчину.

Після хірургічної процедури

- Хірургічні та інші інструменти, які контактують із можливим забрудненням, слід помістити в 5% гіпохлорит на 10 хвилин — до нормальної очистки і стерилізації.

- Багаторазову білизну треба перевірити за допомогою хімічних агентів: папером М8 або стрічкою М9 для забруднень. Забруднену білизну замочити в 5% розчині

нааявності в Україні розвиненої промисловості, її надмірна концентрація в окремих регіонах, існування великих промислових комплексів, більшість з яких потенційно небезпечні, концентрація на них агрегатів та установок великої і надвеликої потужності, розвинена мережа транспортних комунікацій, а також нафто-, газо- та продуктопроводів, велика кількість об'єктів енергетики та використання у виробництві великої кількості небезпечних речовин – усе це збільшує вірогідність виникнення техногенних надзвичайних ситуацій, які несуть у собі загрозу для людини, економіки і природного середовища. Майже третина всіх промислових об'єктів становлять підприємства, пов'язані з виробництвом, переробкою та зберіганням сильнодіючих отруйних, вибухо- і вогнебезпечних речовин.

Переважає більшість таких об'єктів розташована в центральних, східних і південних областях України, де сконцентровано хімічні, нафто- і газопереробні, коксохімічні, металургійні та машинобудівні підприємства, функціонує розгалужена мережа нафто-, газо-, аміакопроводів, експлуатуються газові, нафтові та вугільні родовища.

Загалом ризик виникнення надзвичайної ситуації, пов'язаної з хімічними процесами, існує на будь-якому підприємстві і в будь-якій державі. В Україні наявне значне зношення основних виробничих фондів, аварійний стан споруд, інженерних і транспортних комунікацій.

Весь тягар ліквідації медико-санітарних наслідків аварій на об'єктах хімічної промисловості, застосування СДОР під час терористичних актів та при застосуванні хімічної зброї лягає на підсистему «Медичний захист» в єдиній державній системі цивільного захисту, що регламентовано цілою низкою нормативно-правових актів держави [2–6].

Організація надання медичної допомоги постраждалим внаслідок хімічних аварій залежить від багатьох чинників, виду хімічної речовини та її агрегатного стану, характеристиками впливу на органи і системи організму людини та його резистентності, пори року, погодних умов, тривалості дії, рельєфу місцевості, густоти населення в зоні надзвичайної ситуації та ін.

Особливістю організації надання медичної допомоги ураженим отруйними речовинами є те, що вона надається «на місці події» у найбільш короткі строки та у повному обсязі навіть у тих випадках коли ці речовини не ідентифіковані. При цьому під екстреною медичною допомогою слід розуміти комплекс симптоматичних лікувальних заходів, спрямованих на ліквідацію порушень життєво важливих функцій, насамперед проявів гострої дихальної недостатності і екзотоксичного шоку, в окремих випадках великій кількості постраждалих.

Поряд з цим, процес організації та надання екстреної медичної допомоги вимагає проведення її в найкоротші терміни, у більшості випадків, великій кількості постраждалих. Все це вимагає чіткої організації та злагодженості залученого медичного персоналу в процес ліквідації наслідків хімічної аварії, чи застосування СДОР в терористичних актах. Вищевикладене вимагає як найшвидшої організації повномасштабного адекватного реагування на означені виклики, з використанням обладнання, апаратури та індикаторів, спроможних у

скорочені строки ідентифікувати діючу отруйну речовину. Від визначення СДОР залежить і подальша тактика в наданні екстреної медичної допомоги постраждалим.

Комплекс технічних засобів хіміко-аналітичного контролю повинен включати рухомі (мобільні) лабораторії, що переносяться, або перевозяться, портативні хіміко-аналітичні прилади, засновані на використанні хімічних, електрохімічних, оптичних та інших фізичних та фізико-хімічних властивостей визначених речовин. Безперечним фактом є і те, що для досягнення успіху, вимірювальні прилади і апаратура, що призначені для здійснення індикації СДОР повинні бути технічно справними, метрологічно перевіреними, а особовий склад підготовлений до використання їх за призначенням.

Якщо проаналізувати весь цикл процесу ліквідації наслідків надзвичайної ситуації техногенного характеру чи терористичного акту, то слід звернути увагу на алгоритм дій ліквідаторів наслідків означених надзвичайних ситуацій (далі НС), виконання якого забезпечить успіх у їх подоланні.

Таким чином, першою складовою, який стане основою запоруки успішної ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайної ситуації є медико-санітарна розвідка у висновках якої вказуються такі дані:

- межі і ступінь забруднення (в динаміці) повітряного середовища при аварійній ситуації;
- число осіб, які зазнали впливу токсичних речовин;
- захисні заходи в забрудненій зоні;
- необхідність санітарної обробки;
- найбільш доцільні заходи для фахівців, які ліквідують наслідки хімічної аварії.

Наступною складовою цього алгоритму дій є порядок надання медичної допомоги ураженим при хімічних аваріях, який складається з трьох етапів надання медичної допомоги безпосередньо в зоні надзвичайної ситуації, (домедична допомога), екстрена медична допомога (догоспітальний етап) та госпітальний етап.

Не менш важливою складовою у цьому алгоритмі є медична евакуація – це система заходів по виведенню (виносу, вивезенню) з осередку хімічного ураження постраждалих, які потребують медичної допомоги за її межами. Вона починається з організованого виносу, виведення та вивезення потерпілих з осередку хімічної аварії або терористичного акту, надання їм екстреної медичної допомоги в догоспітальному періоді і завершується наданням повного обсягу спеціалізованої медичної допомоги в закладах охорони здоров'я.

Принципово важливим залишається те, що медична допомога ураженим надається у найбільш повному обсязі «на місці», або іншими словами, безпосередньо за межами осередку хімічної аварії чи терористичного акту, після виносу (виносу, вивезення) з нього постраждалих [7].

У першу чергу необхідно видалити крапельний агент з уражених ділянок, а потім евакуювати потерпілого в незаражену зону. Після евакуації необхідно видалити залишки забруднення з шкіри, зняти заражений одяг і провести дегазацію. По можливості ці дії необхідно здійснити до всіх інших методів лікування.

У зоні ураження потерпілому необхідно надіти протигаз. При попаданні аерозолі ОР на шкіру обличчя протигаз надаватися тільки після обробки особи рідиною з ІПП.

При попаданні ОР на шкіру необхідно негайно обробити заражені місця за допомогою ІПП-8 або ІПП-10. При відсутності таких, змити ОР можна за допомогою побутового відбілювача і промити чистою водою. Також можливе використання інших, аналогічних військовим, засобів дегазації.

При попаданні ОР в шлунок необхідно викликати блювоту і по можливості промити шлунок 1% розчином питної соди або чистою водою.

Уражені очі промити 2% розчином питної соди або чистою водою.

Зрештою необхідно евакуювати потерпілого із зони зараження. Уражений особовий склад доставляється в підрозділи медичної служби в залежності від важкості ураження.

Речовина дегазується сильними окислювачами (наприклад, гіпохлоритами). Для дегазації обмундирування, зброї і техніки застосовується дихлороетан.

Після видалення ОР з уражених ділянок, необхідно негайно ввести антидот [8].

При цьому під екстреною допомогою слід розуміти комплекс лікувальних заходів, спрямованих на ліквідацію порушень життєво важливих функцій, насамперед проявів гострої дихальної недостатності і екзотоксичного шоку (бронхолітики, інфузійна терапія, за необхідності штучна вентиляція легенів, стабілізація гемодинаміки, анальгетики і т.і.).

В процесі надання медичної допомоги доцільно враховувати принципову схему організації надання медичної допомоги ураженим при хімічній аварії чи акті хімічного тероризму, тобто визначити наступний алгоритм дій, який в хронологічному порядку повинен мати таку періодичність:

- перший період (ізоляція), тривалістю 1,5-2 години, що характеризується одномоментним виникненням великої кількості уражених, відсутністю у них засобів індивідуального та колективного захисту, недостатньою захищеністю людей та населення, що знаходяться поруч з осередком НС та проживають на прилеглий території, відсутністю можливості виводу, (виносу, вивезення) постраждалих з осередку аварії чи теракту та термінового надання організованої медичної допомоги;

- другий період (порятунок) забезпечується прибуттям в район аварії сил і засобів – рятувальників та необхідних технічних засобів, призначених для розшуку уражених, вилучення їх з важкодоступних місць і надання їм домедичної та медичної допомоги.

Основою успішної ліквідації медичних наслідків уражень СДОР є завчасна розробка територіальними центрами екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Планів організації заходів з надання медичної допомоги постраждалим на випадки техногенних аварій з урахуванням всіх можливих ризиків їх виникнення на комплексах хімічної промисловості розташованих в означених регіонах та місцевостях. Безперечно, що такі Плани повинні бути завчасно відпрацьовані та погоджені з усіма структурами задіяними в ліквідації наслідків аварій на цих об'єктах. Відпрацювання та погодження таких планів є надзвичайно важливим фактором в організованій ліквідації наслідків актів хімічного тероризму. При виникненні навіть малих за обсягом осередків враження

СДОР, внаслідок неорганізованості та відсутності чіткої взаємодії всіх задіяних структур у ліквідації наслідків НС та невчасного прибуття і низького рівня підготовки медичних працівників медична допомога буде надана невчасно та не всім потребуючим її постраждалим [9].

В процесі організації надання медичної допомоги суттєву роль відіграють засоби індивідуального захисту.

Медичні засоби хімічного захисту – антидоти – це численні лікарські засоби, що сприяють знезараженню отруту в організмі шляхом хімічного або фізичного взаємодії з ними, або забезпечують антагонізм з отрутами при дії на ферменти і рецептори. Найважливішою умовою для отримання максимального лікувального ефекту від антидотів є їх найбільш раннє застосування від моменту надходження отруту в організм. Найбільший позитивний результат від цих медичних засобів індивідуального захисту досягається при їх введенні в організм безпосередньо перед початком вражаючої дії СДОР або в перші хвилини після нього. Цей ефект найбільш високий при внутрішньом'язовому, підшкірному та внутрішньовенному введенні антидотів, що, однак, украй складно здійснити в найкоротші терміни при масових ураженнях населення. Тому антидоти для використання самим населенням можуть застосовуватися і у формі таблеток.

Індивідуальні протихімічні пакети призначені для обеззаражування відкритих ділянок шкіри людей, їх одягу, індивідуальних засобів захисту в процесі часткової санітарної обробки. Вони містять дегазуючу рідину (яка володіє дезінфікуючою дією) і марлеві серветки.

Серед медичних засобів протихімічного захисту особливе місце посідають антидоти (протиотрути).

Антидоти – це лікарські засоби або спеціальні рецептури, які запобігають або усувають основні ознаки інтоксикації завдяки фізичним чи хімічним перетворенням при безпосередній взаємодії з отрутою або внаслідок антагонізму з отрутою в дії на біомішені (рецептори, ферменти) та фізіологічні системи [7].

Залежно від застосування антидоти поділяються на профілактичні та лікувальні.

За механізмом захисної дії та токсикокінетичними особливостями дії ОР та отруту антидотні речовини можуть бути поділені на такі групи:

I. Засоби запобігання доступу отрути в організм (антидоти місцевої дії). Ці антидоти використовуються у першу чергу. Серед них можна виділити дві підгрупи.

1. Неспецифічні засоби фізико-хімічної дії – розчинники і сорбенти, використання цієї групи засобів засновано на фізичних принципах: розчинність, сорбція та наступне видалення.

2. Специфічні засоби хімічної дії, які вступають у хімічну реакцію з отрутою з утворенням нетоксичних продуктів. Механізм взаємодії – нейтралізація, окислення, відновлення, зв'язування. Це компоненти рецептури розчину ІПП, комплексоутворюючі речовини: унітіол, дикаптол, гіпосульфат Na, амінополікарбонати, амінополіфосфорні кислоти (ЕДТА, ДТПА та ін.).

II. Засоби, які змінюють швидкість біотрансформації та "втрату" отрути в крові та тканинах на шляху до біомішеней. Ці засоби можна поділити на п'ять підгруп:

1. Безпосередньо взаємодіючі з отрутою з утворенням нетоксичних продуктів. Прикладом можуть бути: кетони та альдегіди (глюкоза), унітіол.

2. Речовини (тіосульфат натрію), які підлягають ферментативним перетворенням в організмі («знешкоджуючий синтез») з наступною безпосередньою взаємодією метаболіту з ОР з утворенням нетоксичних продуктів.

3. Речовини (амілінітрил та антиціан), які сприяють утворенню в організмі з'єднань, які мають підвищену спорідненість до отруту, та, тим самим, зв'язуючи їх.

4. Активатори або інгібітори ферментів, метаболізуючих отрути (бензонал, спіроналактон, фенобарбітал, антиоксиданти: метіонін, цистеїн).

5. Речовини, які конкурентно взаємодіють з метаболізуючими отруту ферментами і, тим самим, запобігають «летальному синтезу» (етіловий спирт).

III. Антидоти, засновані на принципах фізіологічного (функціонального) антагонізму.

До антидотів цієї групи належать речовини, які викликають фізіологічні (фармакологічні) ефекти, протилежні тим, які виникають при дії ОР (отрути). Так, при перезбудженні холінергічних відділів нервової системи використовуються холінолітики, в частості, атропін, при збудженні центральної нервової системи – нейролептики та транквілізатори та ін.

Можна виділити три підгрупи подібних речовин.

1. Антидоти, які взаємодіють з тими ж біомішенями, з якими реагують ОР (отрута), яка має до біомішеней більш виражену спорідненість – конкурентний вид фізіологічного (фармакологічного) антагонізму та ін. (М-холінолітики).

2. Антидоти, дія яких основана на незалежному (непрямому) виді антагонізму по відношенню до ОР (отрути), тобто коли дія отрути та антидота направлена на різні біомішені, але при цьому спостерігаються протилежні фізіологічні (фармакологічні) ефекти. Прикладами є протисудомні засоби, які використовуються при ураженнях різними судомними діями, в тому числі ФОС [7, 8].

3. Антидоти, дія яких основана на неконкурентному виді антагонізму по відношенню до ОР (отрути) (пирідоксин, ефективний при профілактиці уражень фосфорорганічними з'єднаннями).

IV. Речовини, які запобігають взаємодії отрути з біомішенями або реактивують біомішені.

Це одне з самих радикальних засобів антидотної профілактики та терапії при ураженнях ОР (отрутами). Антидоти цієї групи використовуються з обліком механізмів токсичної дії ОР, Тут можна виділити наступні підгрупи.

1. Речовини, які утворюються з активними центрами біомішеней зворотні комплекси, які запобігають взаємодії ОР з біомішенями. Як правило, дані речовини являються зворотними конкурентними інгібіторами ферментів. Наприклад, зворотні інгібітори холіністераз (аміностигмін, галантамін, прозерин та ін..) захищають активні центри холіністераз від взаємодії з ФОС.

2. Речовини, які безпосередньо реактивують активні центри біомішеней (ферментів), інгібованих ОР. До них належать: реактиватори холіністераз, інгібованих ФОС (дипіроксим), реактиватори піруватоксидази, інгібованої люїзитом (унітіол), та інші.

3. Реактиватори «непрямої» дії.

При їх використанні реактивація інгібованого ферменту відбувається в результаті взаємодії з ним антидота, а в наслідок непрямої дії антидота. Це має місце, наприклад, при використанні метгемоглобінутворювачів (амілнітрит, антиціан) при отруєнні ціанідами. Утворення ціангемоглобіну в крові призводить до порушення рівноваги вмісту ціаніона в тканинах і крові в сторону останньої і, тим самим, до звільнення цитохромоксидази від молекул отруту і відновленню її функцій.

V. Речовини, які замінюють пошкоджені біоструктури або які були втрачені під дією отрути.

До речовин замінюючого типу, які відвертають отруту від біомішені до своєї структури, відносяться холінестераза, протеолітичні ферменти (химотрипсин, трипсин), які використовуються при інтоксикації фосфорорганічними з'єднаннями; цитохром С, який використовується при інтоксикації оксид вуглецю; піридоксин, ефективний при отруєнні блокаторами піридоксалевих ферментів (гідрозином, сірковуглецем). Крім того, речовини цієї групи замінюють недолік в організмі тієї речовини, дефіцит якого виник в результаті токсичної дії отруту.

VI. Імуноантидоти.

Дані засоби працюють за принципом імунохімічної детоксикації, заснованої на тому, що в тканинах організму, завжди виробляються антитіла (білки), специфічні до антигенів. Концентрація цих антитіл в крові та тканинах організму ("напруження" імунітету), ступінь подібності антитіл до антигену й визначає ефективність імунного захисту.

Імуноантидоти високомолекулярних токсинів – анатоксини.

Б. Імуноантидоти низькомолекулярних токсинів, що являють собою комплекси токсину з макроносієм, який має антигенні ознаки (антитіла до морфіну, барбітуратів, ФОС).

Неважко помітити, що ряд антидотів володіє багатостороннім механізмом дії. Так, наприклад, унітіол, з одного боку, безпосередньо взаємодіє з люїзитом, з іншого – реактивує, інгібовані люїзитом, тілові ферменти вчасності, піруватоксидазу. Деякі реактиватори холінестерази окрім того, що вони відновлюють активність пригніченої ФОС холінестерази, мають таку ж дію на н-холінорецептори (гангліоблокуючою дією), що сприяє зніманню судом та ін.

В антидотних рецептурах, поряд з основними антидотами, часто використовуються також «коректори» – лікарські засоби, які використовують для підвищення ефективності рецептур та усунення побічних ефектів від дії антидотів.

Деякі автори виділяють, так звані, «симптоматичні» антидоти [9].

Так в фармакотерапії уражень ОР широко використовуються:

- різні групи нейротропних лікарських засобів (нейролептики, транквілізатори, ноотропи, ГАМК-ергічні, протисудомні, анальгетики);

- препарати різних фармакологічних груп, які володіють антиоксидатним, антигіпоксичним, адаптогенними ефектами;

- засоби, які впливають на обмін речовин (гормони та їх аналоги, вітаміни, ферментні препарати);

- препарати, які впливають на згортання крові, плазмозамінюючі розчини;

- засоби, які використовують для корекції кислотно-лужної та іонної рівноваги в організмі та ін.

В цілях реабілітації після впливу ОР, особливо вищої нервової діяльності, перспективно використання актопротекторів та психоенергизаторів, тобто препаратів, первинно активізуючих енергетичний та пластичний обмін, мозку, та за рахунок цього підвищуючих резерви, рівень функціонування та адаптацію організму в цілому й центральної нервової системи.

На наш погляд, виділення групи "симптоматичних" антидотів декілька передчасно, так як приведені вище в якості прикладів лікарські засоби не відповідають в повній мірі сучасному, хоча й не до кінця установленому визначенню поняття "антидоти", та й механізм їх лікувальної дії при ураженнях ОР та отрутами з'ясовано ще недостатньо.

У відповідності із специфічністю дії антидоти класифікуються по групам в залежності від відношення до певних груп ОР: антидоти ФОС, антидоти миш'якоутримуючих ОР та ін.

Необхідно зауважити, що деякі з антидотів, які використовуються, мають кілька механізмів дії [7–9].

Особливе значення, на догоспітальному етапі надання медичної допомоги, має медичне сортування.

Медичне сортування при ураженнях СДОР виконується в найкоротші терміни і поєднується з одночасним наданням екстреної та невідкладної медичної допомоги. Розрізняють два види медичного сортування – внутрішньопунктове та евакуаційно-транспортне.

В осередках та пунктах збору уражених та найближчих, на шляхах евакуації, закладах охорони здоров'я здійснюють заходи медичного сортування, які передбачають формування груп уражених виходячи з потреби у проведенні санітарної обробки, однотипних профілактичних, лікувальних та евакуаційних заходів при ураженні конкретними отруйними хімічними речовинами відповідно до медичних показань.

Розподіл уражених по сортувальних групах вже в осередку хімічного ураження робить можливим подальше контрольоване надання допомоги. При сортуванні в зоні надзвичайної ситуації, на сортувальному майданчику (в літній час), у приймальних відділеннях мобільних (польових) та стаціонарних закладів охорони здоров'я серед уражених на підставі оцінки загального стану, характеру ураження та його ускладнень, виділяють такі сортувальні групи:

перша – уражені з вкрай важкими несумісними з життям пошкодженнями;

друга – уражені з важкими ушкодженнями, що супроводжуються наростаючими розладами життєвих функцій організму, для усунення яких необхідно провести термінові лікувальні заходи;

третя – хворі з ушкодженнями середньої тяжкості, що супроводжуються вираженими функціональними розладами, але не представляють безпосередньої загрози для життя;

четверта – уражені з ушкодженнями легкої та середньої важкості з нерізко вираженими функціональними розладами і потребують подальшої медичної допомоги в спеціалізованих закладах охорони здоров'я;

п'ята – легко уражені з сприятливим прогнозом для життя та відновлення працездатності, які потребують амбулаторно-поліклінічного лікування (спостереження) за місцем проживання (тимчасового розселення) [9].

Перший етап медичної евакуації постраждалих до розгорнутих мобільних (польових) або стаціонарних закладів охорони здоров'я здійснюється автомобільним транспортом, транспортом автосанітарних загонів, залізничним, повітряним чи водним транспортом, а при невеликій кількості постраждалих – санітарними автомобілями екстреної (швидкої) медичної допомоги. У подальшому можливі наступні етапи евакуації в інші лікувальні установи.

Умови евакуації повинні не тільки не погіршувати стан уражених, а навпаки, забезпечувати можливість надання їм допомоги в дорозі.

Кожен евакуйований повинен при собі мати оформлену первинну медичну картку, що дозволяє медперсоналу швидко орієнтуватися в характері його ураження і обсязі раніше наданої йому медичної допомоги.

В лікувальних закладах проводиться ще одне медичне сортування постраждалих з метою встановлення черговості надання медичної допомоги і здійснюється наступним чином:

Перша сортувальна група уражених подальшій евакуації не підлягає.

Уражені другої групи після першочергової евакуації із зони надзвичайної ситуації (щадними видами транспорту) направляються в реанімаційні (протишокові) хірургічні, перев'язувальні відділення закладів охорони здоров'я.

Ураженим третьої групи після евакуації медична допомога надається в другу чергу.

Уражені четвертої групи, евакуйовані у другу чергу отримують медичну допомогу також у другу чергу в закладах охорони здоров'я для легко уражених.

Легко уражені (п'ята група) після надання їм допомоги відпускаються по домівках.

Швидка оцінка стану уражених дозволяє виділити категорії постраждалих, які найбільш потребують невідкладної стабілізації життєво важливих функцій організму та визначити черговість евакуації уражених (табл.).

Таблиця
Принципова схема організації надання медичної допомоги ураженим при хімічній аварії, терористичному акті [7]

Вид допомоги	Обсяг допомоги
В осередку хімічного ураження	
Домедична, перша допомога	Домедична допомога (само- і взаємодопомога), санітарна обробка, одягання засобів індивідуального захисту, введення антидотів (при можливості), вивід, (винос та вивезення) із осередку чи зони ураження
Поза межами зони забруднення	
Догоспітальний період 1) екстрена (невідкладна), в тому числі спеціалізована медична допомога, яка надається спеціалізованими медичними бригадами, іншими мобільними формуваннями) 2) первинна медико-санітарна допомога	Санітарна обробка; зняття засобів індивідуального захисту; проведення реанімаційних заходів; введення вазопресорів, антидотів, антиконвульсантів, діуретиків, антигістамінних засобів, спазмолітиків, анальгетиків, глюкокортикоїдів, кристалоїдних розчинів, колоїдів тощо; проведення оксигенотерапії; лаваж шлунка, ентеросорбція, гемосорбція, мембранний плазмаферез (за показаннями)
Госпітальний період Спеціалізована медична допомога, яка надається особовим складом відділень з лікування гострих отруєнь, та високо-спеціалізована медична допомога, яка надається в токсикологічних центрах, клінічних стаціонарах науково-дослідних інститутів НАМН України	Крім вищевказаних заходів – тривала штучна вентиляція легень, електрокардіостимуляція, гіпербарична оксигенація, еферентна терапія – гемосорбція, гемодіаліз; корекція порушень гомеостазу, комплексна терапія поліорганної недостатності; заходи з попередження і лікування ускладнень; заходи відновлювального лікування, реабілітації

В процесі надання домедичної, само і взаємодопомоги, у першу чергу здійснюють відновлення прохідності дихальних шляхів. При великій кількості постраждалих обсяг екстреної медичної допомоги обмежується підтриманням вітальних функцій та проведенням антидотної терапії (при можливості).

Найбільш дієві заходи щодо видалення отрути що не всмокталася при отруєннях через рот. При хімічних аваріях цей вид отруєнь не є основним, проте масові ураження внаслідок забруднення продовольства і води

цілком реальні. В очищенні шлунково-кишкового тракту головне місце займає шлунковий лаваж. Ефективний зондовий лаваж, хоча при масових отруєннях, особливо на догоспітальному етапі, методом вибору може бути беззондове промивання шлунку.

При гострій хімічній травмі початкова слабко виражена симптоматика не виключає прогресування патологічного стану аж до «важкого». У багатьох токсичних речовин ефект прояву відтермінований, через кілька годин. Це необхідно враховувати при медичному сортуванні осіб

з безсимптомним або легким перебігом ураження. Таким чином, під час медичного сортування будь-який постраждалий з підозрою на експозицію отруйними хімічними речовинами повин бути оглянутий лікарем [7, 8].

Особлива роль при ліквідації медичних наслідків хімічних аварій відводиться бригаді спеціалізованої медичної допомоги токсико-терапевтичного профілю.

Бригада спеціалізованої медичної допомоги токсико-терапевтичного профілю є медичним формуванням, призначеним для екстреної спеціалізованої медичної допомоги ураженим отруйними хімічними речовинами.

Бригада спеціалізованої медичної допомоги токсико-терапевтичного профілю створюється на підставі рішення керівника установи – формувача на базі токсикологічних центрів або токсикологічних відділень та відділень інтенсивної терапії лікарні.

До складу бригади спеціалізованої медичної допомоги токсико-терапевтичного профілю входять:

- старший лікар (анестезіолог-реаніматолог, токсиколог) – 1,
- лікар (токсиколог, терапевт) – 1,
- фельдшер (медична сестра) – 2,
- водій транспорту, оснащеного засобами зв'язку – 1.

Забезпечення бригади спеціалізованої медичної допомоги токсико-терапевтичного профілю медичним, санітарно-господарським і спеціальним майном здійснюється установою-формувавцем в установленому порядку згідно із затвердженим табелем оснащення. Майно зберігається в спеціальних ящиках-укладаннях.

Основним завданням бригади спеціалізованої медичної допомоги токсико-терапевтичного профілю є консультативно-лікувальна допомога, яка включає:

- організацію та проведення медичного сортування уражених;
- визначення основних методів лікування уражених відповідно до виду застосованої отруйної хімічної речовини (вибір антидоту, методів детоксикації та ін);
- організацію спеціалізованої медичної допомоги в лікувальному закладі;
- безпосередню участь лікарів бригади у проведенні найбільш відповідальних детоксикаційних та інших лікувальних заходів;
- безпосередню участь у проведенні медичної евакуації [7].

Госпітальний період надання медичної допомоги

При первинному огляді потерпілого в закладі охорони здоров'я лікар зобов'язаний ознайомитися з супроводжуючою медичною документацією:

- переконатися в діагнозі отруєння та оцінити динаміку симптоматики;
- здійснити диференційну діагностику симптомів отруєння;
- у разі ураження стійкими токсичними речовинами забезпечити проведення повної санітарної обробки;
- провести вторинне медичне сортування з визначенням наступних категорій постраждалих:

1. Особи з підозрою на отруєння;
2. Особи з отруєнням легкого ступеня;

3. Пацієнти з отруєнням середнього ступеня тяжкості;

4. Хворі з отруєнням важкого ступеня.

Діагностичні заходи при підозрі на ураження

Всі особи з підозрою на хімічне зараження розміщуються у приміщенні для тимчасового спостереження протягом 24 годин. Слід зазначити, що при отруєнні Vx – газами міоз може з'явитися в період до 2–3 діб після контакту з фосфорорганічними речовинами, тому терміни спостереження можуть бути пролонговані.

З метою проведення профілактичних заходів особам цієї групи дають холіноблокуючі препарати всередину, метацин, апрофен та ін (якщо це не було зроблено раніше).

У період спостереження проводять дослідження активності ацетилхолінестерази, які бажано проводити кожні 4 години протягом першої доби. При появі симптомів отруєння починають введення атропіну і оксимів, при цьому, забезпечують госпіталізацію потерпілого.

Одне з головних досягнень сучасної клінічної токсикології – обґрунтування комплексу заходів щодо інтенсивної терапії гострих екзогенних інтоксикацій. Компонентами цього комплексу є: припинення місцевої дії токсиканту, форсування виведення з організму отрути, що всмокталася, застосування специфічних антагоністів (антидотів), підтримка вітальних функцій, сталості внутрішнього середовища, а також попередження і лікування ускладнень.

При інгаляційних ураженнях речовинами переважно місцевої дії рекомендується застосування муко- і бронхолітиків для придушення вторинних розладів (бронхоспазму, рефлексорних реакцій і т.і.) і видалення з верхніх відділів дихальних шляхів велико-дисперсних аерозолів, а при ураженнях димами – екстрений бронхоскопічний лаваж [14, 15].

ВИСНОВКИ

Таким чином, успішне виконання завдань щодо збереження життя і здоров'я постраждалих досягається виконанням вимог чіткого узгодженого планування заходів на випадки надзвичайних ситуацій, безперечним виконанням єдиних принципів організації надання медичної допомоги в процесі ліквідації наслідків аварії на об'єкті хімічної промисловості, терористичного акту, застосування хімічної зброї, при цьому скрупульозно виконуючи відповідний алгоритм дій, починаючи від осередку надзвичайної ситуації і закінчуючи лікуванням і реабілітацією постраждалих в закладах охорони здоров'я.

Безперечне, повноцінне і чітке виконання вимог означеного переліку принципових положень в організації надання медичної допомоги ураженим та постраждалим мешканцям у зонах зараження внаслідок аварії на об'єкті хімічної промисловості, терористичного акту, застосування хімічної зброї можливе за умови високого професіоналізму, високого рівня теоретичної і практичної підготовки всіх учасників ліквідації медико-санітарних наслідків та всебічно збалансованої взаємодії всіх ланок медичного забезпечення не тільки системи охорони здоров'я, а й задіяних силових міністерств і відомств.

ЛІТЕРАТУРА

1. Конвенція про заборону розробки, виробництва, накопичення і застосування хімічної зброї та про її знищення (КХЗ) від 15 січня 1993 року.
2. Постанова Кабінету Міністрів України від 09.01.2014 р. № 11 «Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту».
3. Постанова Кабінету Міністрів України від 11.03.2015 р. № 101 «Про затвердження типових положень про функціональну і територіальну підсистеми єдиної державної системи цивільного захисту».
4. Спільний Наказ Міністерства внутрішніх справ та Міністерства охорони здоров'я України від 03.04.2018 р. № 275/600 «Про затвердження Інструкції щодо організації взаємодії між Державною службою України з надзвичайних ситуацій і Міністерством охорони здоров'я України в разі виникнення надзвичайних ситуацій», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 19.04. 2018 р. за № 479/31931.
5. Постанова КМУ від 06.06.2018 р. № 450 «Про внесення змін до Положення про єдину державну систему цивільного захисту і Положення про Державну інспекцію ядерного регулювання України».
6. Постанова КМУ від 08.07.2015 р. № 469 «Про затвердження Положення про спеціалізовані служби цивільного захисту».
7. Військова токсикологія, радіологія та медичний захист: Підручник / За ред. Ю. М. Скалецького, І. Р. Мисули. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – С. 165-171, 199-215, 312-329.
8. Медичні аспекти хімічної зброї: Навчальний посібник для слухачів УВМА та студентів вищих медичних навчальних закладів. – К.: УВМА, 2003. – С. 30-36, 78 – 86.
9. Каракчиев Н. И. Токсикология ОВ и защита от ядерного и химического оружия. – Ташкент: Медицина, 1978. – С. 318-321, 359-365, 406-418.
10. Защита от оружия массового поражения: Справочник / Под ред. В. В. Мясникова. – М.: Воениздат, 1984. – С. 135-139, 181-327.
11. Гражданская оборона / под общ. ред. А.Т. Алтунина. – Воениздат, 1980.
12. Гражданская оборона / под ред. В.И. Завьялова. – М.: Медицина, 1989.
13. В.Г. Атаманюк, Л.Г. Ширшев, Н.И. Акимов Гражданская оборона. М: Высшая школа, 1986.
14. Неотложная помощь при острых отравлениях. /под ред. академика АМН СССР С.Н. Голикова. М: Издательство «Медицина». 1978.
15. Руководство по медицинской службе гражданской обороны /под ред. А.И. Бурназяна. – М: Медицина, 1983.
16. US Army Medical Research Institute of Chemical Defense (USAMRICD), Chemical Casualty Care Division. Medical Management of Chemical Casualties. 5th ed. Aberdeen Proving Ground, MD: USAMRICD; 2013.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.05.2019 р.

Особенности организации предоставления медицинской помощи пораженных при химической аварии и террористических актах

В.В. Вороненко¹, В.Н. Якимец²

В.П. Печенборщ³, В.В. Чернявский⁴, В.А. Кушнир³,

Д.Н. Лысун³, И.О. Ёсипенко³, В.В. Якимец⁵

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

²ГНИ «Центр инновационных медицинских технологий НАН Украины» Киев, Украина

³ГУ «Украинский научно-практический центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Министерства здравоохранения Украины», Киев, Украина

⁴Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

⁵ТОВ «Органосин ЛТД», Украина

Цель работы: Улучшить оказание медицинской помощи жертвам химических аварий и террористических актов.

Материалы и методы: Исследования основаны на анализе источников научной информации, нормативно-правовых документов, научных публикаций, материалов

научно-практических конференций по вопросам организации медицинского обеспечения последствий аварий и террористических актов. Методы исследования: аналитический, исторический, логический, системный подход.

Результаты: В статье освещены особенности и принципы организации оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим при ликвидации последствий техногенных аварий на химически опасных объектах и террористических актах с применением СДОВ и химического оружия.

Выводы: Несомненно, полноценное и четкое выполнение требований указанного перечня принципиальных положений в организации оказания медицинской помощи возможно при условии высокого профессионализма, высокого уровня теоретической и практической подготовки всех участников ликвидации медико-санитарных последствий и всесторонне сбалансированного взаимодействия всех звеньев медицинского обеспечения не только системы здравоохранения, но и задействованных силовых министерств и ведомств.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: особенности организации медицинской помощи, пораженные отравляющими веществами, химические аварии.

Peculiarities of organization of medical care affected by chemical accidents and terrorist acts

V.V. Voronenko¹, V.N. Yakymets²,
V.P. Pechyborshch³, V.V. Chernyavskiy⁴, V.A. Kushnir³,
D.N. Lysun³, I.O. Yosypenko³, V.V. Yakimets⁵

¹SE «Scientific and Practical Medical Center of Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery of the Ministry of Health of Ukraine» Kiev, Ukraine

²SSI «Center for Innovative Medical Technologies of the National Academy of Sciences of Ukraine» Kiev, Ukraine

³SE «Ukrainian Scientific and Practical Center for Emergency Medical Aid and Disaster Medicine of the Ministry of Health of Ukraine» Kiev, Ukraine

⁴SU «Zaporizhzhya State Medical University», Zaporizhzhya, Ukraine

⁵TOV «Organosin», Ukraine

The aim of the research: To improve the provision of medical care to victims of chemical accidents and terrorist acts.

Materials and methods: The studies are based on the analysis of sources of scientific information, regulatory documents, scientific publications, materials of scientific and practical conferences on the organization of medical support for the consequences of accidents and terrorist acts.

Result: The article highlights the features and principles of organizing the provision of emergency medical care to victims of the elimination of the consequences of man-made accidents at chemically hazardous facilities and terrorist acts involving the use of SDRA and chemical weapons.

Findings. Undoubtedly, full and accurate implementation of the requirements of the specified list of principal provisions in the organization of medical care possible under the condition of high professionalism, a high level of theoretical and practical training of all participants in the elimination of health consequences and a fully balanced interaction of all levels of medical support not only of the health system, but also of the involved power ministries and departments.

KEY WORDS: features of the organization of medical care affected by toxic agents, chemical accidents.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Вороненко Володимир Васильович – Заслужений лікар України, д.мед.н., професор, заступник директора з загальних питань Державної установи «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України», вул. В. Чорновола, 28/1, м. Київ, 01135, Україна.

Якимець Володимир Миколайович – Заслужений лікар України, д.мед.н., професор, заступник директора з науково-організаційної та методичної роботи Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій Національної академії наук України», вул. Володимирська, 54, м. Київ, 01030, Україна.

Печиборщ В'ячеслав Петрович – Заслужений лікар України, д.мед.н., доцент, завідувач відділу наукового супроводу організації та управління медичною допомогою в надзвичайних ситуаціях Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», вул. Братиславська, 3, м. Київ, 02166, Україна.

Чернявський Вадим Віталійович – асистент Запорізького державного медичного університету, 69000, м. Запоріжжя, проспект Маяковського, Україна.

Кушнір Віталій Андрійович – к.м.н., старший науковий співробітник Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», вул. Братиславська, 3, м. Київ, 02166, Україна.

Йосипенко Ірина Орестівна – науковий співробітник Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», вул. Братиславська, 3, м. Київ, 02166, Україна.

Лисун Дмитро Миколайович – науковий співробітник Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», вул. Братиславська, 3, м. Київ, 02166, Україна.

Якимець Володимир Володимирович – «Органосин ЛТД», регіональний менеджер.

Системний підхід до підготовки медичних кадрів для клініко-діагностичної лабораторної служби регіону: концептуальна модель

Дніпровський національний університет ім. Олеся Гончара, м. Дніпро, Україна

Мета: вивчити та проаналізувати існуючу систему підготовки кадрів лікарів для лабораторно-діагностичної служби регіону і розробити концепцію її оптимізації.

Матеріали і методи: проаналізовані етапи існуючої системи підготовки кадрів лікарів для лабораторно-діагностичної служби Дніпропетровського регіону. Досліджена організація навчально-педагогічної, виховної, кураторські роботи зі студентами. Методи – бібліосемантичний, безпосереднього спостереження, монографічний, системного аналізу, логічного концептуального моделювання.

Результати: встановлені загальні закономірності в організації існуючої системи підготовки кадрів лікарів-лаборантів і виявлені резерви подальшої оптимізації їх освітньої діяльності, що надало можливість розробити концептуальну модель удосконалення системи освіти у ВНЗ. В результаті освіти, отриманої у ВНЗ, студент здобуває компетентність, високу кваліфікацію, професійну спрямованість шляхом персоналізації навчальної інформації, а також самоосвіти та саморозвитку.

Висновки: згідно розробленої моделі основними принципами освіти студентської молоді повинні стати такі, як розвиток самостійності, ініціативності, здатності компетентно вирішувати проблеми пізнавального і практичного характеру в своїй майбутній професійній діяльності; оволодіння надбаннями сучасної національної та світової культури; гармонійне поєднання компетентності, духовності, якостей державного, громадського та культурного діяча.

Ключові слова: медичні кадри, лабораторно-діагностична служба, вища освіта, удосконалена концептуальна модель.

ВСТУП

Рушійною силою розвитку будь-якого суспільства є формування потужного освітнього потенціалу. Проблема вдосконалення діяльності клінічної лабораторної служби, як і медицини загалом, нерозривно пов'язана з питанням забезпечення її компетентними, висококваліфікованими і професійно-орієнтованими медичними та допоміжними кадрами.

Як зазначено в Національній доктрині розвитку освіти в Україні в XXI столітті підготовка кваліфікованих кадрів, здатних до творчої праці, професійного розвитку, освоєння і впровадження наукових та інформаційних технологій є одним із пріоритетних напрямів державної політики щодо розвитку вищої освіти [10].

Державна національна програма «Освіта» (Україна – XXI століття) ставить на порядок денний перед вищими навчальними закладами (ВНЗ) виховання справжнього громадянина і патріота рідної землі. Зміцнити демократичну правову державу можуть тільки громадяни, які люблять свій народ, мають людську гідність, національну самосвідомість, гуманістичну мораль, знають свої права і свободи та вміють відстоювати їх, сприяючи громадянському миру, злагоді в суспільстві та дотримуючись законів [5].

Процес отримання освіти має бути спрямованим не тільки на здобування кваліфікаційних знань, а й на пізнання загально-людських цінностей, таких як допитливість, відкритість новому досвіду, любов до пізнання, креативність, мудрість тощо. Підхід до надання і оцінювання якості освіти має бути особистісно-орієнтованим, гуманізуючим [2, 14].

Якість освіти необхідно оцінювати не тільки у визначенні когнітивної компетентності конкретної предметної галузі знань, а й у критеріях досягнень в особистісному розвитку людини. Важливим є посилення творчої активності, організованості, дисципліни особистості, підвищення її вимогливості до себе і своєї професійної діяльності, що можливо, перш за все, на основі розвитку та вдосконалення її емоційної стійкості (вміння регулювати власні емоції і адекватно реагувати на емоції інших людей), як важливого показника суб'єктивного розвитку, психологічного благополуччя і здоров'я [1, 11].

Освіта лікарів продовжується впродовж всього життя: у ВНЗ, магістратурі, інтернатурі (більше 8-ми років), потім – на факультетах підвищення кваліфікації і шляхом участі у семінарах, науково-практичних конференціях та самостійного отримання інноваційних знань, вивчення спеціальної сучасної літератури. Поряд із набутими кваліфікаційними знаннями та вміннями дуже важливим для лікарів є оволодіння знаннями з етики, де онтології, психології, розвитку емпатії та самосвідомості, емоційної стійкості.

Лабораторна діагностика в наш час є ключовою, невід'ємною і надзвичайно важливою складовою лікувально-діагностичного процесу. Повна і точна інформація щодо результатів лабораторного дослідження допомагає клініцистам в діагностиці, прогнозуванні перебігу і лікуванні захворювань. Рівень діагностики обумовлює якість медичних послуг, а отже – і якість життя і здоров'я населення [7].

В Україні клініко-діагностичні лабораторії (КДЛ) функціонують у кожному закладі охорони здоров'я (ЗОЗ). Стратегія їх діяльності базується на обстеженні пацієнтів

з ургентними станами на етапі госпіталізації, оперативному лабораторному моніторингу в реанімаційних відділеннях та операційному блоці, плинному спостереженні за гомеостазом тих, хто знаходиться в клінічних відділеннях ЗОЗ, а також особливостей мікрофлори конкретного пацієнта та мікробіоценозу відділення. Наукові публікації вітчизняних і зарубіжних спеціалістів щодо лабораторної справи присвячуються, в основному, впровадженню або удосконаленню того чи іншого методу лабораторної діагностики. Наукове обґрунтування якісно нової системи лабораторної служби на рівні регіону та визначення її ефективності виконано О. К. Толстановим (2012 р.) на базі КДЛ ЗОЗ Житомирської області [15]. Сучасні тенденції розвитку менеджменту лабораторної служби та шляхи оптимізації цієї підсистеми в умовах реформування системи охорони здоров'я викладені в доповідях і статтях Т. М. Шевченко і співавторів [16]. Між тим, ще не розроблено сучасної концепції удосконалення підготовки медичних кадрів для лабораторної служби, що обумовило актуальність даного дослідження.

Мета роботи – вивчити та проаналізувати існуючу систему підготовки кадрів лікарів для лабораторно-діагностичної служби регіону і розробити концепцію її оптимізації.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами вивчені і проаналізовані етапи існуючої системи підготовки кадрів лікарів для лабораторно-діагностичної служби Дніпропетровського регіону, починаючи з профорієнтаційної роботи з випускниками середньоосвітніх шкіл, ліцеїв, коледжів. Досліджена організація навчально-педагогічної, виховної, кураторської роботи зі студентами кафедри сучасних технологій діагностично-лікувального процесу (СТДЛП) факультету медичних технологій діагностики і реабілітації (ФМТДР) Дніпровського національного університету ім. Олеса Гончара. Методи: бібліосемантичний – системно-історичний аналіз літературних джерел, даних соціологічних досліджень щодо організації підготовки медичних кадрів для клінічної лабораторної служби; звітів та законодавчих документів з цієї проблеми; безпосереднього спостереження; системного аналізу – для кількісного і якісного аналізу передового досвіду та існуючих недоліків у системі підготовки кадрів у ВНЗ; логічного концептуального моделювання.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Встановлено, що у ЗОЗ Дніпропетровської області щороку проводиться до 180 тис. клінічних лабораторних аналізів, що потребує достатньої кількості висококваліфікованих кадрів. Між тим, укомплектованість штатних посад лікарів-лаборантів фізичними особами в ЗОЗ м. Дніпра склала у 2017 році лише 29,9%, посад фахівців з вищою не медичною освітою (біологів) – 63,3%, з тенденцією до подальшого зниження у зв'язку з поступовим скороченням кількості ЗОЗ та заниженою квотою на підготовку відповідних кадрів лікарів. Показник забезпеченості населення лікарями-лаборантами в

установах охорони здоров'я регіону (на 10 тис. населення) склав у 2017 р. 0,68, що на 20% нижче, ніж у 2014 році. Зменшення цього показника простежується і по Україні – з 0,68 у 2014 р. до 0,6 у 2017 р. [7].

Реагуючи на потреби охорони здоров'я, Дніпропетровський національний університет ім. Олеса Гончара започаткував з 2004 року підготовку фахівців з лабораторної діагностики. Спочатку був ліцензований перший її ступінь: освітньо-кваліфікаційний рівень «бакалавр», базова вища освіта, термін навчання 4 роки. З 2007 року був ліцензований другий ступінь – «магістр», термін навчання 1 р. 6 міс. Слід підкреслити, що в умовах класичного університету більш ефективний і менш затратний спосіб підготовки фахівців, тому що ряд фундаментальних дисциплін студенти засвоюють на базі профільних кафедр таких факультетів як хімічний, фізичний, біолого-екологічний, де є міцна матеріальна база і університетського рівня кадровий потенціал. Обсяг навчальних годин та зміст освітніх програм професійно спрямованих дисциплін відповідає державним кваліфікаційним вимогам.

Клінічні навчальні бази кафедри СТДЛП – це провідні лікувально-профілактичні та медичні науково-дослідні заклади міста Дніпра. Серед них – комунальні заклади (КЗ) «Областна клінічна лікарня ім. Мечнікова», «Областний центр кардіології та кардіохірургії», «Обласне лікувально-профілактичне об'єднання «Фтизіатрія»», «Обласне бюро судово-медичної експертизи» та інші – усього 19 клінічних баз, які мають у своєму складі потужні клініко-діагностичні лабораторії.

Найважливішим критерієм усвідомлення і продуктивності професійного становлення людини є її здатність знаходити особливий сенс в професійній праці, самостійно проектувати, творити своє самостійне життя, відповідально ухвалювати рішення про вибір професії, спеціальності і місця роботи. Ці проблеми встають перед особистістю на протязі всього її життя. Постійне уточнення свого місця в світі професій, осмислення своєї соціально-професійної ролі, відношення до професійної праці, колективу і самого себе стають важливими компонентами життя людини [6].

Актуальність проблеми професійного самовизначення полягає, насамперед, в тому, що випадковий вибір професії призводить до небажаних наслідків: низької продуктивності праці, помилок і браку в роботі, незадоволення і пригніченого стану людини аж до психічних розладів; економічних втрат і часу на переучування та перекваліфікацію. Вибір професії – це одне з найважливіших стратегічних рішень, складний акт самовизначення – свідомого вибору суб'єктом життєвої позиції, яка стає вирішальним чинником у розв'язанні тих чи інших життєвих проблем [8].

Ще задовго до науково-технічної революції, тотальної індустріалізації і загального переосмислення ролі праці в діяльності людини, філософи задумувалися про зв'язок між природними даними людини і фахом її занять. Значне місце в становленні подібних світоглядних напрямів займає концепція «Спорідненого труда» видатного українського філософа Григорія Сковороди посліда. У відповідності з цією концепцією, кожній людині притаманна споріднена до його природи професія, як і

праця взагалі. Вчителю при цьому відводиться особлива роль – допомогти людині у визначенні її спорідненої праці.

Термін «профорієнтація» вперше було введено на початку ХХ століття у США.

У відповідності з сучасними уявленнями професійна орієнтація – це система заходів, направлених на надання допомоги молоді у виборі професії. Тому в концептуальну модель удосконалення освіти у ВНЗ ми включили і професійну орієнтацію.

Теоретичним фундаментом профорієнтаційної гілки в сучасній педагогіці є класична тріада профорієнтації Є. В. Климова: «хочу»-«можу»-«треба», де «хочу» – це схильності, інтереси, запитання юнака чи дівчини, «можу» – їх здібності, навички, медичні показники; «треба» – потреби суспільства в кадрах [8].

Заслуговує узагальнення досвід проведення профорієнтаційної роботи ФМТДР Дніпровського національного університету ім. Олеся Гончара, де робітники деканату і викладачі кафедр на протязі всього навчального року у свій вільний час займаються питаннями профорієнтації з випускниками загальноосвітніх шкіл, ліцеїв, коледжів. З ними проводяться бесіди, вони забезпечуються детальною інформацією щодо факультету, кафедр, умов вступу до університету тощо. Потенційні абітурієнти запрошуються на дні відкритих дверей, де їх знайомлять з матеріально-технічною базою, традиціями, технологіями навчального процесу, проводять пробні іспити. Останній день відкритих дверей (загальноуніверситетський) проводиться в травні у Палаці студентів, розташованому в мальовничому парку на березі річки Дніпро. Слід відмітити, що попит на випускників факультету дуже високий, щороку працевлаштовуються 100% з них.

Професійна компетентність – базова характеристика діяльності спеціаліста, яка включає змістовий (знання) і процесуальний (уміння) компоненти і має головні суттєві ознаки, а саме: мобільність знань, гнучкість методів професійної діяльності і критичність мислення. Професійна компетентність педагога – це сукупність його особистісних якостей, загальної культури та кваліфікаційних знань, умінь, методичної майстерності, гармонійна інтеграція яких дає оптимальний результат. Спілкування викладача зі студентами є одночасно і процесом обміну почуттями, правилами поведінки, цінностями, науковою інформацією, відносинами, думками. Чим вище ціннісний потенціал такого спілкування, тим привабливіший педагог для студентів. Викладач вищої школи повинен мати загальні педагогічні знання і вміння застосовувати їх на практиці, залежно від рівня освіченості, психологічних особливостей різних студентів, знаходити з ними спільну мову. Від характеру особливих психологічних зв'язків залежить або виникнення довіри, взаєморозуміння і співробітництва, або неприязність і відторгнення [12, 13].

Невід'ємними якостями викладача повинні бути культура відносин і культура мови, тобто уміння слухати співрозмовника, правильно ставити питання, вільно працювати з аудиторією, мати великий запас слів, чітку дикцію. Педагог повинен бути інтелігентною людиною, щоб студенти могли його сприймати не як «загрозу», а як радника, наставника, обізнаного старшого. Зовні він

повинен бути акуратно та сучасно одягненим, але мати почуття міри і гармонії згідно умовам роботи і віку.

Сучасний викладач не може бути просто лектором, який викладає основи наукових знань. Крім спеціальних знань, які включають володіння предметом і досвід роботи в професійній сфері, педагог повинен володіти певними психологічними знаннями, умінням орієнтуватися в питаннях релігії, права, політики, економіки, екологічних проблем, соціального життя, літератури та мистецтва. Успіх формування ціннісних орієнтацій майбутніх спеціалістів, їх соціального і гуманістичного мислення буде проходити успішніше, якщо глибокі професійні знання викладача будуть гармонійно сполучатися з його ерудицією і всебічною культурою. Важливо уміти розвивати здібності студентів, їх самостійність і допитливість і бути привабливим прикладом для наслідування. Таким чином, щоб бути майстром своєї справи, педагогу треба, насамперед, бути компетентним у психолого-педагогічній та у власне предметній області, фахівцем, який уміє репродукувати на високому рівні професійні знання, вміння і навички [13].

В наш час одним із центральних завдань сучасної вищої освіти є підготовка фахівців з високим рівнем професійної компетентності і різнобічним особистісним розвитком, здатних до безперервного самовдосконалення своїх знань і умінь, тобто вчитися все життя.

Студентський вік – це період розквіту фізичного і розумового розвитку людини, коли відбувається безперервне наростання працездатності, динаміки активної діяльності та продуктивності. У студентському віці спостерігається розвиток вербального інтелекту, рівня спостережливості. В той же час – характерний максималізм, прагнення до якнайшвидшого прояву себе у складних життєвих ситуаціях, іноді без досить глибокої оцінки ймовірних наслідків тих чи інших вчинків. Може бути байдуже ставлення до досвіду інших людей, а поради, зауваження і вказівки старших можуть сприйматися, як необґрунтоване вторгнення в особисте життя [3].

Процес навчання є не тільки роботою педагога, а й передбачає відповідну діяльність студента, тобто є двостороннім. Однією з актуальних проблем у галузі підготовки фахівців у рамках ВНЗ є формування особистості студента як суб'єкта навчальної діяльності. Навчальна діяльність являє собою процес, в результаті якого людина набуває або змінює існуючі в неї знання, вміння та навички, вдосконалює і розвиває свої здібності. Формування студента як суб'єкта навчальної діяльності передбачає навчання його вмінню планувати, організовувати свою діяльність, визначати навчальні дії і програму їх виконання на конкретному навчальному матеріалі [3].

Суттєвим показником студента, як суб'єкта навчальної діяльності, є його вміння виконувати всі її форми і види. В проведеному нами соціологічному дослідженні студентам були задані питання, як суб'єктам навчальної діяльності, – які її форми засвоєні ними у ВНЗ. Виявилось, що навіть такі найпростіші форми діяльності, як «слухання, усвідомлення, засвоєння» (тобто персоніфікація навчальної інформації на лекціях, семінарах, практичних та лабораторних заняттях) засвоюють не всі студенти – лише 8% на першому курсі,

64% – на четвертому і до 84% – на шостому курсі. Студентам, особливо на першому курсі, важко сприймати мовну інформацію: одні не вміють виділити головне, інші не встигають записувати. Тому викладачеві необхідно відчувати аудиторію, реагувати на труднощі студентів, змінювати темп лекції, тембр і гучність мови, повторювати і уточнювати сказане.

Потреба в пізнанні – одна з головних людських потреб, на основі якої відбувається освоєння індивідом багатомірного людського досвіду. У різні періоди життя людини змінюються об'єкти її інтересу, форми і способи придбання знань, проте, потреба в пізнанні, як внутрішньо людська властивість, з роками не притупляється, а навпаки, отримує свій подальший розвиток.

Однією з найбільш актуальних проблем сучасної освіти є побудова такого процесу навчання, який міг би бути основою формування мотиваційної сфери тих, хто навчається. Мотивація – це процеси, що визначають рух до поставленої мети, це фактори, які впливають на активність чи пасивність поведінки. Структура мотивів студента, сформована за час навчання у ВНЗ, стає стрижнем особистості майбутнього фахівця. Отже, розвиток позитивних навчальних мотивів – невід'ємна складова виховання особистості студента. Мотиви і мотивація є двигуном процесу навчання і засвоєння інформації та матеріалу. Саме мотивація – основний засіб, який дає змогу підвищити рівень зацікавленості студентів до навчального процесу, їх особистий науковий, творчий потенціал [9, 13].

Соціалізація – невід'ємна складова людського розвитку, процес і результат засвоєння та активного відтворення індивідом настанов, цінностей, ролей, очікувань, властивих певній культурі або соціальній групі. Під час навчання у ВНЗ завершується соціалізація студента через систему освіти, закладаються основи подальшої соціалізації в самостійній професійній діяльності, а також коригуються життєві цілі на подальший самостійний життєвий шлях [4].

Освітня й виховна діяльність навчального закладу повинна знаходитись у тісному взаємозв'язку, доповнюючи і збагачуючи одна одну. Оновлення змісту загальноосвітніх, соціально-гуманітарних дисциплін повинно бути підпорядковано меті формування в студентів національної самосвідомості, патріотизму, правової і економічної грамотності, соціальної активності, загальної культури особистості, що базується на надбаннях української та світової культури [17].

У ВНЗ на високому рівні повинна проводитись робота, спрямована на розширення і поглиблення знань студентської молоді щодо прав людини і громадянина. Головне завдання цієї роботи – сприяти формуванню правового світогляду молоді, який включав би як систему теоретичних поглядів на права і основні свободи людини, так і відповідну життєву позицію, моральні та ціннісні орієнтири, ідеали, переконання. Важливим аспектом

правового виховання є формування в студентів сучасних уявлень про роль жінки в суспільстві, про гендерну рівність та необхідність поліпшення становлення жінок.

Вивчення практики виховної роботи у ВНЗ та діяльності кураторів груп дозволяє назвати мінімум форм, якими повинні оволодіти студенти. Це – зустрічі з вченими, спортсменами, менеджерами, акторами; тематичні тижні, олімпіади з предметів; дні факультету, кафедри; вечори (поезії, романсу); диспути з питань етики, естетики, політики; усні журнали та заочні подорожі; читацькі конференції; відвідування спектаклів, кінофільмів, концертів, музеїв, виставок; конкурси на кращого студента з різних дисциплін; кращий сценарій позакласного заходу; КВК (лінгвістичні, математичні, біологічні та ін.) тощо.

На основі проведеного наукового дослідження нами встановлені загальні закономірності в організації існуючої системи підготовки кадрів лікарів-лаборантів і виявлені резерви подальшої оптимізації їх освітньої діяльності, що надало можливість розробити *концептуальну модель удосконалення системи освіти* у ВНЗ з урахуванням директивних документів ВООЗ та Міносвіти України [18, 19] (рис.).

На рисунку відображені основні складові моделі: напрямки діяльності (навчальна і виховна); критерії якості освіти (здобуття кваліфікаційних знань, особистісний розвиток, пізнання загальнолюдських цінностей).

Метою системи є підготовка кваліфікованих кадрів, здатних до творчої праці, професійного розвитку, освоєння і впровадження наукових та інформаційних технологій, виховання справжнього громадянина, патріота країни.

До навчальної діяльності ВНЗ входить навчання студентів умінню планувати, організовувати свою роботу; розуміти, осмислювати, запам'ятовувати і структурувати в пам'яті отримані знання; мотивувати досягнення; шукати шляхи розв'язання наукових проблем та ін.

Виховна діяльність ВНЗ повинна бути направлена на формування у студентів національної самосвідомості, патріотизму, правової і економічної грамотності, соціальної активності, загальної культури тощо.

До виконання поставленої мети необхідно підходити комплексно: це – професорсько-викладацький склад, куратори груп; працівники кафедр, деканату, ректорату; колектив групи і сам студент; студентська рада та інші організації самоврядування.

В результаті освіти, отриманої у ВНЗ, студент здобуває компетентність, високу кваліфікацію, професійну спрямованість шляхом персоніфікації навчальної інформації, а також самоосвіти та саморозвитку. Особистісний розвиток приводить до посилення творчої активності, організованості, вимогливості до себе, емоційної стійкості, залучення до здорового способу життя. Пізнання загальнолюдських цінностей розвиває у студентів допитливість, відкритість новому досвіду; любов до оточуючих людей, природи; інтерес до досягнень людства.

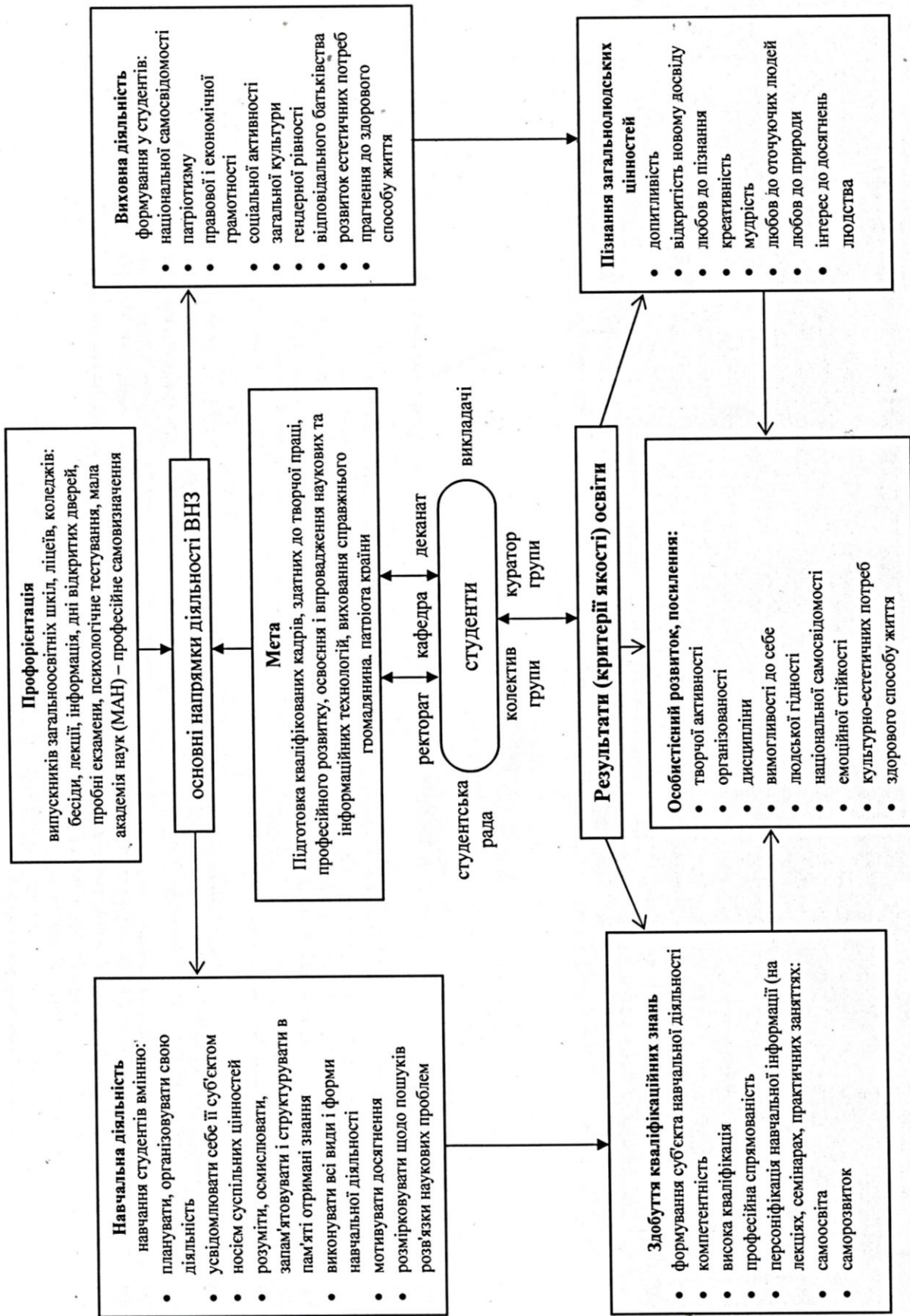


Рис. Концептуальна модель удосконалення системи освіти у ВНЗ

ВИСНОВКИ

Мета кадрової політики – підготувати працівників потрібної кваліфікації, надати їм роботу згідно їх професійної спрямованості і здібності до професії. Медичні кадри є однією з найважливіших складових ресурсів охорони здоров'я, які забезпечують ефективність діяльності медичної сфери в цілому і, зокрема, в лабораторній службі регіонів.

Освіта студентської молоді, яка через декілька років стане «ядром» української інтелігенції, потребує особливої уваги керівництва ВНЗ, викладачів, кураторів, студентського активу і включає в себе гуманізацію навчально-виховного процесу, моральне, громадське, правове, політичне,

естетичне, екологічне, трудове, фізичне виховання. Основними принципами освіти студентської молоді повинні стати такі, як розвиток самостійності, ініціативності, здатності компетентно вирішувати проблеми пізнавального і практичного характеру в своїй майбутній професійній діяльності; вміння оволодівати надбаннями сучасної національної на світової культури, гармонійно поєднувати компетентність, духовність, якості державного, громадського, та культурного діяча.

Перспективи подальших досліджень полягають в апробації розробленої концептуальної моделі на практиці і впровадженні у ВНЗ медичного профілю та інших вищих навчальних закладів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Амінєва Я. Р. Емоційна стійкість особистості як одне з детермінант ефективного подолання складних життєвих ситуацій / Я. Р. Амінєва // Вісник Дніпропетровського університету, 2012. – Т. 20. – №9/1. Серія: Педагогіка і психологія, Вип. 18. – Дн-ськ: Вид. ДНУ, 2012. – С. 10-15.
2. Аршава І. І. Пізнавальна самоефективність як новий особистісно-орієнтований критерій оцінювання якості вищої освіти / І. І. Аршава, Е. Л. Носенко/ Всеукраїнська НПК «Провідна роль освітнього досвіду в становленні особистості»: тези доповідей (Дн-ськ, 25 квіт. 2015 р.). – Д: ДНУ, 2015. – С. 9-11
3. Білошицький А. В. Становлення суб'єктності студентів в освітньому процесі вузу / А. В. Білошицький, І. Ф. Бережна // Педагогіка, 2006. – №5. – С. 60-66.
4. Виноградова В. Проблеми соціалізації студентської молоді / В. Виноградова // Соц. психологія: спец. вип. – 2007. – С. 150-154.
5. Державна національна програма «Освіта» (Україна – XXI століття). Нормативно-правове регулювання / за ред. А. П. Зайця, В. С. Журавського// Вища освіта в Україні. – Київ: Форум, 2003. – С. 54-93.
6. Джура О. Д. Умови та ефективність професійного самовизначення особистості // Нова парадигма. Альманах наукових праць. Вип.34. – Запоріжжя, 2003. – С. 86-100.
7. Єрошкіна Т. В. Аналіз стану діяльності лабораторної служби промислового регіону України та шляхи її оптимізації / Т. В. Єрошкіна, Д. В. Дерев'янку // Медичні перспективи, 2019, Том XXIV, №1. – С. 94-100.
8. Климов Е. А. Психология профессионального самоопределения: учеб. пособ. / Е.А. Климов, 4-е ист. – М, 2010. –304 с.
9. Ложкова Г. М. Психологические особенности преподавателей высшей школы, занимающихся инновационной деятельностью / Г. М. Ложкова // Интеграция образования, 2010. – С. 94-99.
10. Національна доктрина розвитку освіти України у XXI столітті. – Київ: Шкільний світ, 2001. – 25 с.
11. Носенко Е. Л. Форми відображеної оцінки емоційної стійкості та емоційної розумності людини / Е. Л. Носенко, І. Ф. Аршава, К. П. Кутовий. – Д.: Інновація, 2011. – 178 с.
12. Ортинський В. Л. Педагогіка вищої школи / В. Л. Ортинський. – Львів, Кальварія, 2009. – 347 с.
13. Подоляк Л. Г. Психологія вищої школи. Підручник, 2-ге вид. / Л. Г. Подоляк, В. І. Юрченко. – К.: Каравела, – 2008. – 352 с.
14. Поляков М. В. Роль освітнього досвіду в становленні особистості: вступ / Всеукраїнська НПК «Провідна роль освітнього досвіду в становленні особистості»: тези доповідей (Дн-ськ, 25 квіт.2015р.) – Д.: ДНУ, 2015. – С. 7-9.
15. Толстанов О. К. Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи лабораторної служби на регіональному рівні / О. К. Толстанов. – Київ, 2012. – 35 с.
16. Шевченко Т. М.Стан діяльності лабораторної служби Дніпропетровської області в умовах реформування системи охорони здоров'я / Т. М.Шевченко, Т. В. Єрошкіна, Д. В. Дерев'янку, В. А. Шевченко/Матер. Регіональної НПК «Актуальні питання лабораторної діагностики» (17 листоп. 2015 р, м. Дн-ськ). – Дн-ськ: Вид. Біла К. О., 2015. – С. 3-7.
17. Щербань П. Українська національна ідея і сучасні проблеми виховання учнівської та студентської молоді / П. Щербань // Вища освіта України. – 2005. – №4. – С. 226-232.
18. A vision for using digital health technologies to empower consumers and transform the US health care system. – Sarah Klein, Martha Hostetter, and Douglas McCarthy. – 2014. – The Commonwealth fund. – 14 p.
19. International Profiles of Health Care Systems, 2014 // Elias Mossialos Martin, Robin Osborn, Chloe Anderson. – 2015. – Commonwealth Fund pub. no. 1802. – 163 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.08.2019 р.

Системный подход к подготовке медицинских кадров для клинично-диагностической лабораторной службы региона: концептуальная модель

Т.В. Ерошкина, Т.Н. Шевченко, Д.В. Дерев'янку
Днепропетровский национальный университет
им. Олесья Гончара, г. Днепр, Украина

Цель: изучить и проанализировать существующую систему подготовки кадров врачей для лабораторно-диагностической службы региона и разработать концепцию ее оптимизации.

Материалы и методы: проанализированы этапы существующей системы подготовки кадров врачей для лабораторно-диагностической службы Днепропетровского региона. Исследована организация учебно-педагогической, воспитательной, кураторской работы со студентами. Методы – библиосемантический, непосредственного наблюдения, монографический, системного анализа, логического концептуального моделирования.

Результаты: установлены общие закономерности в организации существующей системы подготовки кадров врачей-лаборантов и выявлены резервы дальнейшей оптимизации их образовательной деятельности, что позволило разработать концептуальную модель совершенствования системы образования в вузе. В результате образования, полученного в вузе, студент приобретает компетентность, высокую квалификацию, профессиональную направленность путем персонификации учебной информации, а также самообразования и саморазвития.

Выводы: согласно разработанной модели основными принципами образования студенческой молодежи должны стать такие, как развитие самостоятельности, инициативности, способности компетентно решать проблемы познавательного и практического характера в своей будущей профессиональной деятельности; овладения достижениями современной национальной и мировой культуры; гармоничное сочетание компетентности, духовности, качества государственного, общественного и культурного деятеля.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: медицинские кадры, лабораторно-диагностическая служба, высшее образование, усовершенствованная концептуальная модель.

System approach to the training of medical personnel for the clinical diagnostic laboratory of the region: a conceptual model

T.V. Yeroshkina, T.M. Shevchenko, D.V. Derevyanko
Dnipro National University Olesya Gonchara, Dnipro, Ukraine

Aim: to study and analyze the existing system of training physicians for the laboratory and diagnostic service of the region and to develop a concept for its optimization.

Materials and methods: the stages of the existing system of personnel training for doctors for the laboratory and diagnostic service of the Dnipropetrovsk region have been analyzed. The organization of educational-pedagogical, educational, curatorial work with students is investigated. Methods – bibliosemantic, direct observation, monographic, system analysis, logical conceptual modeling.

Results: general regularities were established in the organization of the existing training system of physician-laboratory assistants and the reserves of further optimization of their educational activities were identified, which provided an opportunity to develop a conceptual model for improving the education system in higher educational institutions. As a result of education received at an institution of higher education, the student acquires competence, high qualification, professional orientation through personalization of educational information, as well as self-education and self-development.

Conclusions: according to the developed model, the basic principles of education of student youth should be such as the development of autonomy, initiative, ability to competently solve problems of cognitive and practical nature in their future professional activities; mastering the assets of modern national and world culture, harmonious combination of competence, spirituality, qualities of the state, public, and cultural figure.

KEY WORDS: medical personnel, laboratory-diagnostic service, higher education, conceptual improvement model.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Ерошкіна Тетяна Василівна – д.мед.н., проф., професор кафедри сучасних технологій діагностично-лікувального процесу Дніпровського національного університету імені Олесья Гончара; пр. Д. Яворницького, 35, м. Дніпро, 49000, Україна.

Шевченко Тетяна Миколаївна – д.біол.н., проф., завідувач кафедри сучасних технологій діагностично-лікувального процесу Дніпровського національного університету імені Олесья Гончара; пр. Д. Яворницького, 35, м. Дніпро, 49000, Україна.

Дерев'янку Дар'я Володимирівна – аспірантка кафедри сучасних технологій діагностично-лікувального процесу Дніпровського національного університету імені Олесья Гончара; пр. Д. Яворницького, 35, м. Дніпро, 49000, Україна.

Поширеність фізичного, психологічного та сексуального насилля серед учнів професійно-технічних училищ м. Запоріжжя

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна

Мета – вивчити поширеність фізичного, психологічного та сексуального насилля серед підлітків професійно-технічних закладів м. Запоріжжя.

Матеріали та методи. Для досягнення мети дослідження нами була розроблена анкета та проведено соціальне опитування, в яке включено 283 учнів професійно-технічних училищ, середній вік яких був від 15 до 17 років.

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

Результати. Дослідженням доведено, що найчастіше респонденти мали факти психологічного насилля: психологічного насилля з погрозами 178 випадків (23,0%), психологічного насилля з приниженням 186 (24,0%), психологічного насильства зневаги 161 випадок або 20,8%. Частота виявлення фактів від загальної кількості опитаних ($n=283$): при фактах фізичного насилля з ушкодженням здоров'я та покаранням ($\chi^2=8,6$, $p=0,004$), та фактах психологічного насилля з приниженням та зневагою ($\chi^2=4,6$, $p=0,03$) фактах сексуального насилля контактного та не контактного становить ($\chi^2=0,8$, $p=0,3$).

Доведено, що частіше всього учасниками: фактів фізичного насилля з ушкодженням здоров'я є незнайомі – 24,3%; фактів фізичного насильства з покаранням є батьки – 33,3%; фактів психологічного насильства з погрозами є знайомі – 21,9%; фактів психологічного насильства з приниженням є однокласники – 22,0%; фактів психологічного насильства зневаги є однокласники – 20,5%; фактів контактного сексуального насильства є не знайомі – 44,0%; фактів не контактного сексуального насильства є не знайомі – 44,0%; фактів ґвалтувань є не знайомі – 56,3%. Розповідали про факти насилля дорослим з 283 опитаних тільки 35 респондентів, що становить всього 18,7%.

Висновки. Підлітки не інформовані щодо своїх прав на запобігання та протидію різних видів насильства по відношенню до них. Розповідали дорослим про факти насилля по відношенню до них всього 18,7% респондентів.

Ключові слова: респонденти, фізичне, психологічне, сексуальне насилля, підлітки.

ВСТУП

На початку 2018 р. президент України підписав Закон «Про запобігання та протидію домашньому насильству» [1].

Закон деталізує види насильства на фізичне, сексуальне, психологічне та економічне, а 19 січня 2019 р. в Україні набув чинності Закон щодо протидії булінгу. Документ вводить в українське законодавство поняття "булінг", як "моральне, або фізичне насильство, агресія, у будь-якій формі, або будь-які інші дії, вчинені з метою викликати страх, тривогу, підпорядкувати особу своїм інтересам, що мають ознаки свідомого жорстокого ставлення" [2].

З булінгом у колі однолітків в Україні стикалися близько 67% дітей. Водночас, майже чверть українських школярів вважають себе жертвами булінгу, а близько 40% із тих дітей, хто зіткнулися з випадками булінгу, ніколи не розповідають про це своїм батькам. При цьому 44% із тих, хто спостерігав, як знущаються над їхніми однолітками, не реагували на такі факти через страх піддатися аналогічному знущанню [3].

У числі факторів, що провокують дітей і підлітків на прояви агресії, українці найчастіше називають поширеність насильства в інтернеті (41%) і знущання з боку однолітків (40%). Також багато хто бачить причину підліткової агресії в жорстокому поводженні з боку батьків (39%) і захопленні кривавими комп'ютерними іграми (38%). Самотність і ізоляцію в числі факторів, що викликають насильство,

називають всього 11% українців, а стрес або перевтома – 10% [4].

Відзначимо при цьому, що найбільш ефективним заходом запобігання насильству серед дітей українці вважають побудову довірчих відносин між дітьми і батьками (60%). А таку форму контролю, як державна цензура в інтернеті і в соціальних мережах, підтримують набагато менше українців – 28% [5].

Переважна більшість опитаних (88%) в числі відповідальних за насильство серед дітей і підлітків називали батьків і родину. Набагато менше опитаних вважають, що основна відповідальність за агресивну поведінку лежить на самих дітях (43%). На суспільство в цілому покладають відповідальність 40%, на друзів і знайомих – 36%. Назвати в числі відповідальних за прояв насильства школу і державу готові ще менше опитаних – 26% і 23% відповідно [6, 7].

Мета дослідження: вивчити поширеність фізичного, психологічного насилля серед підлітків професійно-технічних закладів м. Запоріжжя.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення мети дослідження нами була розроблена анкета та проведено соціальне опитування, в яке включено 283 учнів професійно-технічних училищ, середній вік яких був від 15 до 17 років.

При проведенні соціологічного дослідження дотримані принципи Гельсінської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (1964-2000 рр.), Конвенції ради Європи про права людини та біомедицину (1997 р.) Європейської конвенції по використанню хребетних тварин для експериментів (1986 р.), відповідні положення ВООЗ, Міжнародної ради медичних наукових товариств, міжнародного кодексу медичної етики (1983 р.) та закони України.

В анкету було включено поведінкові та соціальні фактори ризику в сім'ї, опитування підлітків щодо фактів фізичного, психологічного, сексуального насилля по відношенню до них, якщо так, то від кого: батьків, вчителів, однокласників, знайомих, не знайомих. Анкета затверджена на методичній нараді ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». Протокол № 1 від 20 січня 2019 року.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведено анкетування 283 учнів професійно-технічних училищ в віці від 15 до 17 років. З них 150 осіб

чоловічої статі, та 133 жіночої, в т.ч. в віці 15 років 183 особи (64,02%), 16 років – 65 (22,97%), 17 років – 35 (12,37%).

Встановлено, що в повній сім'ї проживають 184 особи (65,02%), тільки з матір'ю 80 осіб (28,27%), тільки з батьком 12 (4,24%), не мають батьків 5 (1,77%).

В розділі анкети по вивченню розповсюдженості поведінкових та соціальних факторів, які мають місце в сім'ях опитаних, встановлено: що в 94 (33,22%) підлітків в сім'ях вживають алкогольні напої, в 3 (1,06%) наркотичні засоби, в 89 (35,45%) сім'ях кричать один на одного, в 29 сім'ях (10,25%) є випадки коли хтось б'є один одного, у 8 (2,83%) випадках мали місце застосування ножа, зброї.

На запитання анкети, чи мали факти фізичного насилля з ушкодженням здоров'я з 283 респондентів підтвердили такі факти – 111 респондентів, що становить 39,2% від загальної кількості опитаних.

В структурі учасників фізичного насилля перші три рангові місця займають не знайомі, знайомі та підлітки (рис. 1).

Серед опитаних респондентів, які підтвердили факти фізичного насильства по відношенню до них, від батьків – 14 (12,6%) випадків, від вчителів – 7 (6,3%), від однокласників – 18 (16,2%), від знайомих – 25 (22,5%), від не знайомих – 27 (24,3%), від підлітків – 20 (18%) (табл. 1).

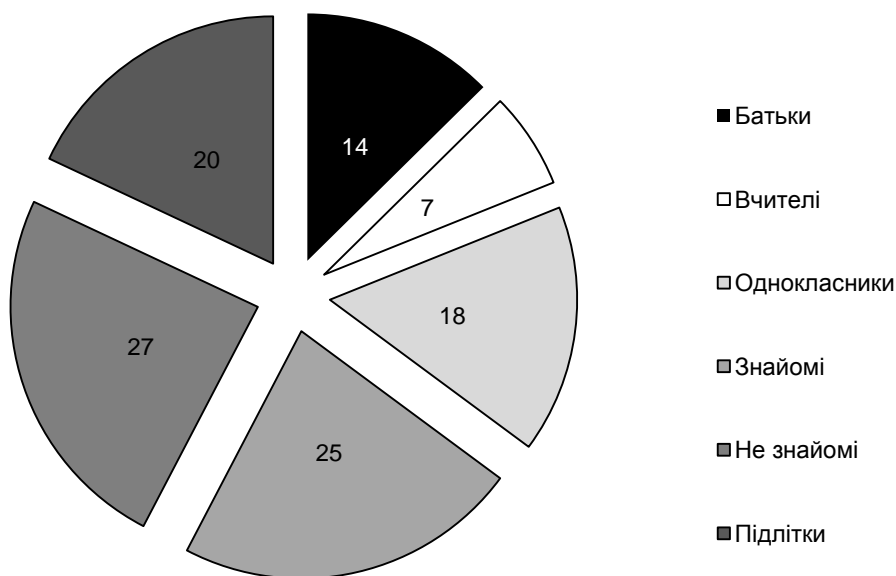


Рис. 1. Структура учасників фізичного насилля з ушкодженням здоров'я по відношенню до респондентів

Таблиця 1
Факти фізичного насилля з ушкодженням здоров'я

Від кого мали місце факти фізичного насилля з ушкодженням	Кількість респондентів, які підтвердили факти фізичного насилля з ушкодженням здоров'я (n = 111)	
	абс.	%
Батьки	14	12,6
Вчителі	7	6,3
Однокласники	18	16,2
Знайомі	25	22,5
Не знайомі	27	24,3
Підлітки	20	18,0

На запитання чи мали факти фізичного насилля з покаранням з 283 респондентів підтвердили факти фізичного насилля з покаранням по відношенню до них – 78 осіб, або 27,5% від загальної кількості опитаних.

Структура учасників фізичного насилля з покаранням по відношенню до респондентів відображена на рисунку 2.

Перше місце займають батьки – 26 випадків (33,3%), не знайомі 18 (16,2%) та знайомі і підлітки по 11 випадків, або відповідно по 23,0% (табл. 2).

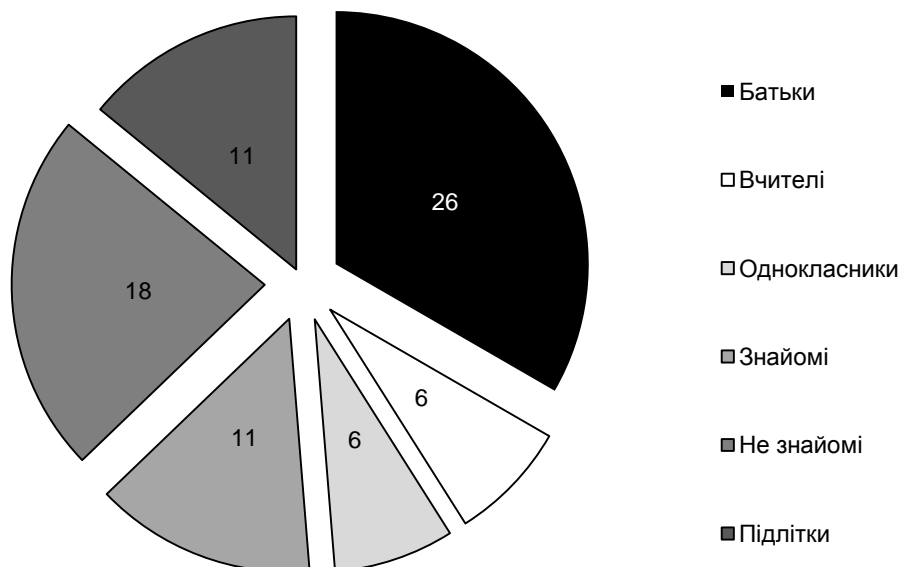


Рис. 2. Структура учасників фізичного насилля з покаранням по відношенню до респондентів

Таблиця 2
Факти фізичного насилля з покаранням

Від кого мали місце факти фізичного насилля з покаранням	Кількість респондентів, які підтвердили факти фізичного насилля з покаранням (n = 78)	
	абс.	%
Батьки	26	33,3
Вчителі	6	7,6
Однокласники	6	7,6
Знайомі	11	23,0
Не знайомі	18	16,2
Підлітки	11	23,0

На запитання анкети, чи мали факти психологічного насилля з погрозами серед 283 респондентів підтвердили факти психологічного насилля з погрозами по відношенню до них – 178 осіб, або 62,9% від опитаних.

В структурі категорій осіб, які застосовували до респондентів факти психологічного насилля з погрозами, перші рангові місця займають знайомі – 39 випадків, не знайомі та підлітки по 36 випадків, однокласники – 32 випадки. Порівню (по 18 випадків) мали місце факти психологічного насилля з погрозами по відношенню до респондентів від батьків та вчителів (рис. 3).

Кількість респондентів, які підтвердили факти психологічного насилля з погрозами від знайомих склали 21,9%, не знайомих та підлітків по 20,2%, від однокласників 17,9%, вчителів та батьків по 10,1% (табл. 3).

На запитання анкети, чи мали факти психологічного насилля з приниженням з 283 респондентів 186 осіб, або –

65,7% відповіли – так. В структурі учасників перші місця займають однокласники – 41 випадок, 38 випадків від знайомих та 36 від підлітків (рис. 4).

Кількість респондентів, які підтвердили факти психологічного насилля з приниженням (n=186): від батьків 15 випадків, або 8,0%, від вчителів 26 випадків (13,9%), від однокласників 41 (22,0%), від знайомих 38 (20,4%), від не знайомих 30 (16,1%), від підлітків 36 (19,3%) (табл. 4).

На запитання чи мали факти психологічного насилля зневаги, 161 респондентів відповіли – так. Доля цих відповідей, від загальної кількості, склала – 56,8%. Структура учасників, щодо фактів психологічного насилля зневаги до респондентів відображена на рисунку 5.

Встановлено, що серед учасників психологічного насилля зневаги по відношенню до респондентів, батьки склали 9,9%, вчителів – 13%, однокласники – 20,5%, знайомі – 20,5%, не знайомі – 18,6%, підлітки – 17,4% (табл. 5).

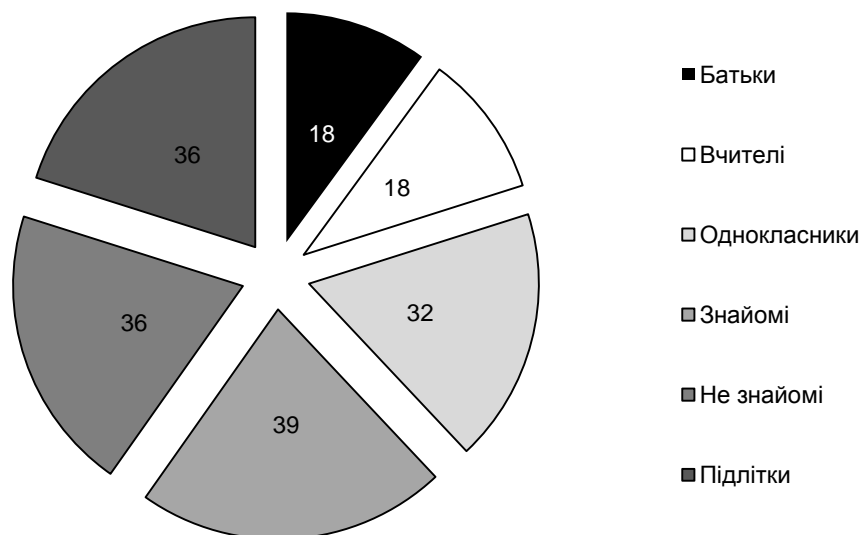


Рис. 3. Структура учасників психологічного насилля з погрозами по відношенню до респондентів

Таблиця 3
Факти психологічного насилля з погрозами

Від кого мали місце факти психологічного насилля з погрозами	Кількість респондентів, які підтвердили факти психологічного насилля з погрозами (n = 178)	
	абс.	%
Батьки	18	10,1
Вчителі	18	10,1
Однокласники	32	17,9
Знайомі	39	21,9
Не знайомі	36	20,2
Підлітки	36	20,2

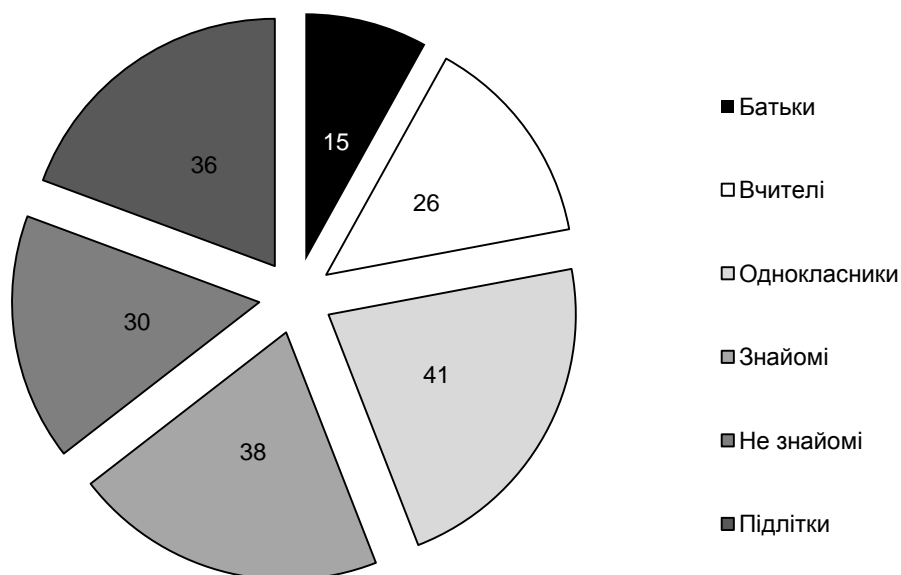


Рис. 4. Структура учасників психологічного насилля з приниженням по відношенню до респондентів

Таблиця 4
Факти психологічного насилля з приниженням

Від кого мали місце факти психологічного насилля з приниженням	Кількість респондентів, які підтвердили факти психологічного насилля з приниженням (n = 186)	
	абс.	%
Батьки	15	8,0
Вчителі	26	13,9
Однокласники	41	22,0
Знайомі	38	20,4
Не знайомі	30	16,1
Підлітки	36	19,3

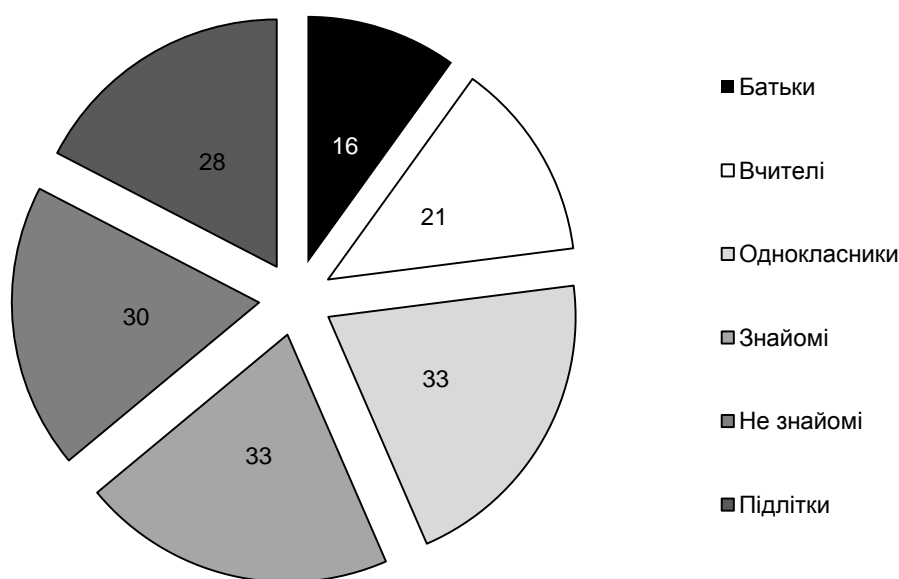


Рис. 5. Структура учасників психологічного насилля зневаги по відношенню до респондентів

Таблиця 5
Факти психологічного насилля зневаги

Від кого мали місце факти психологічного насилля зневаги	Кількість респондентів, які підтвердили факти психологічного насилля зневаги (n = 161)	
	абс.	%
Батьки	16	9,9
Вчителі	21	13,0
Однокласники	33	20,5
Знайомі	33	20,5
Не знайомі	30	18,6
Підлітки	28	17,4

З 283 опитаних підтвердили, що мали факти контактного сексуального насилля, 19 респондентів. Доля цих відповідей, від загальної кількості, склала – 6,7%. В структурі учасників контактного сексуального насилля перше місце займають не знайомі – 8 випадків, друге місце вчителі та знайомі – по 3 випадки, третє однокласники 2 випадки (рис. 6).

У відсотках (n=19), не знайомі склали 42,1%, знайомі 15,7%, однокласники та підлітки по 10,5%. Нажаль серед учасників контактного сексуального насилля респонденти назвали вчителів в 15,7% випадків та батьків – 5,2% (табл. 6).

На запитання чи мали факти не контактного сексуального насилля з 283 опитаних відповіли так 25 респондентів. Доля цих відповідей від загальної кількості становить 8,8%. В структурі учасників на першому місці не знайомі – 11 (44%) випадків, на другому місці знайомі – 5 (20,0%) випадків, на третьому підлітки – 4 (16%) випадки (табл. 7).

На запитання чи Вас гвалтували (гвалтують), з 283 опитаних відповіли так 16 респондентів. Доля цих відповідей від загальної кількості становить – 5,6%. В структурі учасників гвалтувань 56,3% склали не знайомі. Знайомі та однокласники зайняли друге та третє місця і відповідно склали 25% та 12,5% (табл. 8).

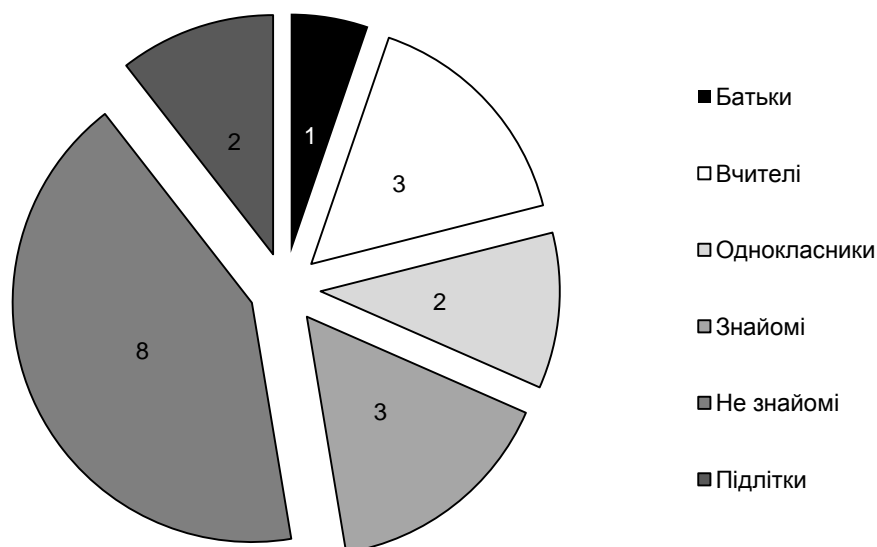


Рис. 6. Структура учасників контактного сексуального насилля по відношенню до респондентів

Таблиця 6

Факти контактного сексуального насильства

Від кого мали місце факти контактного сексуального насильства	Кількість респондентів, які підтвердили факти контактного сексуального насильства (n = 19)	
	абс.	%
Батьки	1	5,2
Вчителі	3	15,7
Однокласники	2	10,5
Знайомі	3	15,7
Не знайомі	8	42,1
Підлітки	2	10,5

Таблиця 7

Факти не контактного сексуального насильства

Від кого мали місце факти не контактного сексуального насильства	Кількість респондентів, які підтвердили факти не контактного сексуального насильства (n = 25)	
	абс.	%
Батьки	1	4,0
Вчителі	1	4,0
Однокласники	3	12,0
Знайомі	5	20,0
Не знайомі	11	44,0
Підлітки	4	16,0

Таблиця 8

Факти гвалтувань

Від кого мали місце факти гвалтувань	Кількість респондентів, які підтвердили факти гвалтувань (n = 16)	
	абс.	%
Однокласники	2	12,5
Знайомі	4	25,0
Не знайомі	9	56,3
Підлітки	1	6,3

На запитання, чи розповідали Ви про факти насилля по відношенню до Вас дорослим з 283 респондентів позитивно відповіли тільки 35 респондентів, що становить 18,7%.

Аналізуючи види фізичного, психологічного та сексуального насильства серед підлітків 15–17 років, які навчаються в професійно-технічних коледжах м. Запоріжжя встановлено, що в структурі різних видів

насильств, які мали місце в наших респондентів, на першому місці факти психологічного насильства з приниженням – 24%, на другому місці факти психологічного насильства з погрозами – 23%, на третьому факти психологічного насильства зневаги – 20,8% (рис. 7).

З опитаних 283 респондентів підтвердили 774 фактів різних видів насильств по відношенню до себе.

Дослідженням доведено, що найчастіше респонденти мали факти психологічного насильства: психологічного насильства з погрозами 178 випадків (23%), психологічного насильства з приниженням 186 (24%), психологічного насильства зневаги 161 випадок або (20,8%), визивають занепокоєння підтвердження респондентами по відношенню до них, різних видів фізичного та сексуального насильства (табл. 9).

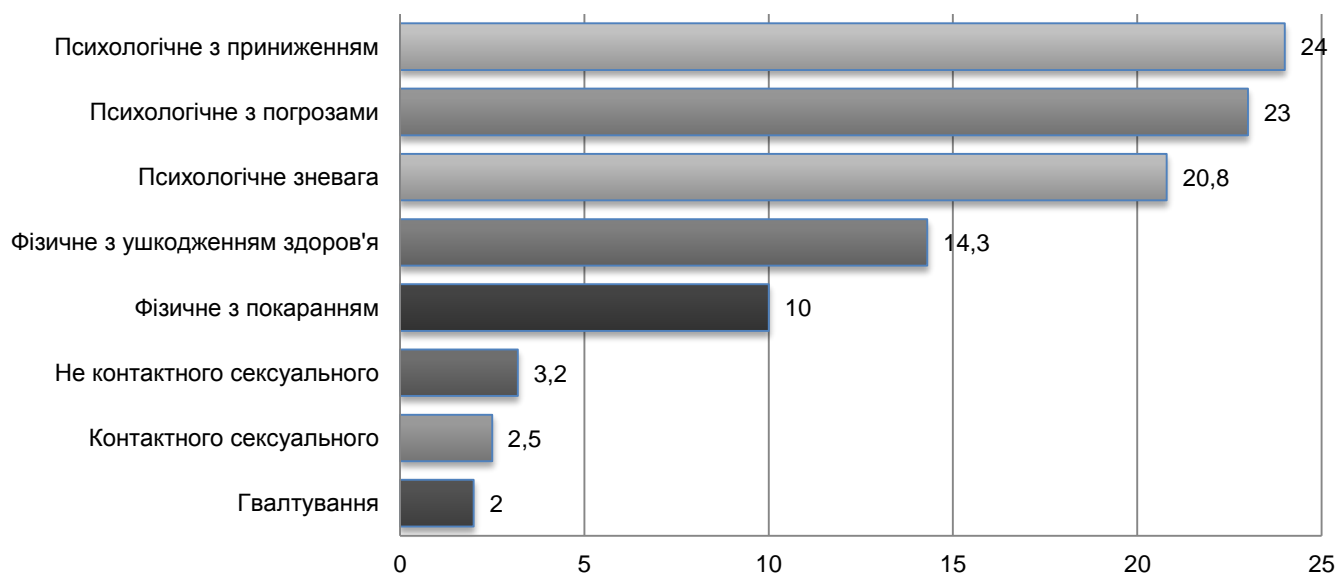


Рис. 7. Структура різних видів насильств підтверджених респондентами при опитуванні, %

Таблиця 9
Кількість фактів насильств, та їх види, які підтвердили респонденти

Види насильств	Кількість фактів насильств, які підтвердили респонденти при опитуванні (n = 774)	
	абс.	%
Факти фізичного насильства з ушкодження здоров'я	111	14,3
Факти фізичного насильства з покаранням	78	10,0
Факти психологічного насильства з погрозами	178	23,0
Факти психологічного насильства приниження	186	24,0
Факти психологічного насильства зневаги	161	20,8
Факти сексуального контактного насильства	19	2,5
Факти сексуального не контактного насильства	25	3,2
Факти гвалтування	16	2,0

При аналізі загальної кількості опитаних (n=283), порівнюючи дві групи фактів фізичного насильства з ушкодженням здоров'я та фізичного насильства з

покаранням отримані достовірні показники ($\chi^2=8,6$, $p=0,004$), при фактах психологічного насильства з приниженням та зневагою ($\chi^2=4,6$, $p=0,03$) (табл. 10).

Таблиця 10
Частота виявлення фактів фізичного, психологічного та сексуального насильства

№	Види насильств	Кількість респондентів, які підтвердили різні факти насильства (n = 283)		χ^2 , p
		абс.	%	
1	Факти фізичного насильства			$\chi^2=8,6$, $p=0,004$
	з ушкодження здоров'я	111	14,3	
	з покаранням	78	10,0	
2	Факти психологічного насильства			$\chi^2=4,6$, $p=0,03$
	з приниженням	186	24,0	
	зневаги	161	20,8	
3	Факти сексуального насильства			$\chi^2=0,8$, $p=0,3$
	контактного	19	2,5	
	не контактного	25	3,2	

ВИСНОВКИ

1. Дослідженням доведено, що найчастіше респонденти мали факти психологічного насилля: психологічного насилля з погрозами 178 випадків (23%), психологічного насилля з приниженням 186 (24%), психологічного насильства зневаги 161 випадок або 20,8%.

2. Частота виявлення фактів від загальної кількості опитаних (n=283): при фактах фізичного насилля з ушкодженням здоров'я та покаранням ($\chi^2=8,6$, $p=0,004$), та фактах психологічного насилля з приниженням та зневагою ($\chi^2=4,6$, $p=0,03$) фактах сексуального насилля контактного та не контактного становить ($\chi^2=0,8$, $p=0,3$).

3. Доведено що частіше всього учасниками: фактів фізичного насилля з ушкодженням здоров'я є *незнайомі* – 24,3%; фактів фізичного насильства з покаранням є батьки – 33,3%; фактів психологічного насильства з погрозами є знайомі – 21,9%; фактів психологічного насильства з приниженням є однокласники – 22,0%; фактів

психологічного насильства зневаги є однокласники – 20,5%; фактів контактного сексуального насильства є не знайомі – 44,0%; фактів не контактного сексуального насильства є не знайомі – 44,0%; фактів гвалтувань є не знайомі – 56,3%.

4. Встановлено, що розповідали про факти насилля дорослим з 283 опитаних тільки 35 респондентів, що становить 18,7%.

5. Отримані дані щодо розповсюдженості серед підлітків різних форм насилля, підтверджує факт їх не інформованості щодо своїх прав на запобігання та протидію різних видів насильств по відношенню до них.

Перспектива досліджень: одержані результати потребують подальшої сумісної роботи з органами місцевої влади по розробці та впровадженню програм запобігання та протидії різних видів насильств серед дітей та підлітків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, 35с.)).

2. Закон «Щодо протидії булінгу» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2019, № 5, 35с.)).

3. Навчання без страху. Що потрібно знати про новий антибулінговий закон і булінг в школі [Електронний ресурс] / Проскурняков Самуїл – 2018. – Режим доступу: <https://zaborona.com/navchannia-bez-strakhu-shcho-potribno-znaty-pro-antybulingoviy-zakon>.

4. Постанова КМУ від 22.09.2018 року №658 «Про затвердження порядку взаємодії суб'єктів, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії домашньому насильству за ознаками статті».

5. Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції Державної соціальної програми запобігання та протидії домашньому насильству за ознаками статті на період до 2023 року» від 10.10.2018 року №728-р. м. Київ.

6. Комплексна Програма корекційно-реабілітаційної роботи з дівчатами (14-18 років) та жінками, які пережили насильство або належать до групи ризику / Інформаційно-методичні матеріали. – Київ. – 483 с.

7. Комплексна Програма корекційної роботи з чоловіками, які вчиняють насильство або належать до групи ризику щодо його вчинення / Інформаційно-методичні матеріали. – Київ. – 284 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 29.07.2019 р.

Распространенность физического, психологического и сексуального насилия среди учащихся профессионально-технических училищ г. Запорожья

З.В. Лашкул, А.П. Курган

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», Запорожье, Украина

Цель – изучить распространенность физического, психологического и сексуального насилия среди подростков профессионально-технических заведений г. Запорожья.

Материалы и методы – для достижения цели исследования нами была разработана анкета и проведено социальный опрос, в которое включено 283 учащихся профессионально-технических училищ, средний возраст которых был от 15 до 17 лет.

В соответствии с поставленными задачами и для достижения цели исследования использован комплекс общенаучных и специальных методов, взаимосвязанных и последовательно применяемых в ходе исследования: системный анализ, библиосемантический, статистический.

Результаты. Исследованием доказано, что чаще всего респонденты имели факты психологического насилия: психологического насилия с угрозами 178 случаев (23%), психологического насилия с унижением 186 (24%), психологического насилия пренебрежения 161 случай или (20,8%). Частота выявления фактов от общего количества опрошенных (n=283): при фактах физического насилия с вредом для здоровья и наказанием ($\chi^2=8,6$, $p=0,004$), при фактах психологического насилия с унижением и пренебрежением ($\chi^2=4,6$, $p=0,03$), фактах сексуального контактного и не контактного насилия составляет ($\chi^2=0,8$, $p=0,3$). Доказано, что чаще всего участниками: фактов физического насилия с вредом для здоровья есть незнакомые – 24,3%; фактов физического

насилия с наказанием являются родители – 33,3%; фактов психологического насилия с угрозами есть знакомые – 21,9%; фактов психологического насилия с унижением является одноклассники – 22,0%; фактов психологического насилия пренебрежения – одноклассники (20,5%); фактов контактного сексуального насилия являются не знакомые – 44,0%; фактов не контактного сексуального насилия являются не знакомые – 44,0%; фактов изнасилований являются не знакомые – 56,3%.

Выводы. Подростки не осведомлены о своих правах на предотвращение и противодействие различным видам насилия по отношению к ним. Рассказывали о фактах насилия взрослым с 283 опрошенных только 35 респондентов, что составляет всего 18,7%.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: респонденты, физическое, психологическое, сексуальное насилие, подростки.

The prevalence of physical, psychological and sexual violence among students of vocational schools in Zaporozhye

Z.V. Lashkul, A.P. Kurgan

State institution "Zaporozhye Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine", Zaporozhye, Ukraine

Purpose – to study the prevalence of physical, psychological and sexual violence among adolescents of vocational schools in Zaporozhye.

Materials and methods – to achieve the goal of the study, have been developed a questionnaire and conducted a

social survey, which included 283 students of vocational schools, whose average age was from 15 to 17 years.

In accordance with the tasks and to achieve the goal of the research, a complex of general scientific and special methods was used, interconnected and consistently used in the course of the study: system analysis, bibliotemantic, statistical.

Results. The research proved has shown that most respondents had the facts of psychological violence: psychological violence with threats 178 cases (23%), psychological violence with humiliation 186 (24%), psychological violence neglect 161 cases or 20,8%. The frequency of revealing facts from the total number of respondents (n=283): in cases of physical violence with health and punishment ($\chi^2=8.6$, $p=0.004$), in cases of psychological violence with humiliation and neglect ($\chi^2=4.6$, $p=0.03$), the facts of sexual contact and non-contact violence is ($\chi^2=0.8$, $p=0.3$). It is proved that most of the participants: facts of physical violence with damage to health are unfamiliar – 24,3%; the facts of physical violence with punishment are parents – 33,3%, the facts of psychological violence with threats are familiar – 21,9%; of the facts of psychological violence with humiliation is classmates – 22,0%; there are classmates of the facts of psychological abuse of neglect – 20,5%; the facts of contact sexual abuse are not familiar – 44,0%; The facts of non-contact sexual abuse are not familiar – 44,0%; The facts of rape are unfamiliar – 56,3%.

Conclusions. Teens are not aware of their rights to prevent and combat various types of violence against them. The told adults about the facts of violence against them only 18,7% of respondents.

KEY WORDS: respondents, physical, psychological, sexual abuse, adolescents.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Лашкул Зінаїда Василівна – зав. кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», д.мед.н., доцент, Заслужений лікар України. 69069 м. Запоріжжя, бульвар Вінтера 20.

Курган Анастасія Петрівна – аспірант кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та МСЕ ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», 69069 м. Запоріжжя, бульвар Вінтера 20.

Ідеологія і методичні аспекти використання інтегральної інформації про здоров'я населення в управлінні системою його охорони

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

Мета. Формування спільної системної ідеології для розробки технології наукового прогнозування, планування, супроводження та оцінки ефективності оздоровчих програм у національній та територіальних системах охорони здоров'я населення.

Матеріали і методи. Використано традиційні галузеві матеріали щодо динаміки здоров'я населення за останні 40 років; обробка і аналіз їх проведені за сертифікованими авторськими розробками.

Результати. Розроблено інформаційно-методичну технологію «Здоров'я населення» з метою управління останнім з урахуванням територій мешкання людей (з боку збереження їх здоров'я і життя) і, зокрема, створеної ними на цих територіях системи охорони захисту і розвитку здоров'я.

Висновки. Пропонується для прогнозування і досягнення планованих показників здоров'я населення при розробці чинних оздоровчих програм, а також для поточної та кінцевої оцінки їх медичної і соціальної ефективності і, зокрема, для контролю ефективності використання на ці програми виділених ресурсів (коштів) залучати реальні і модельні графічні «шкали довголіття» населення за цільовими розрахунками територіальних таблиць смертності. «Шкали довголіття» будуються шляхом використання інтегральних показників внутрішньої і зовнішньої хворобо- та життєстійкості з «Таблиць здоров'я», які визначають за даними національних або територіальних показників маючої смертності та середньої очікуваної тривалості життя для новонароджених – реальних і планованих (за територіальними оздоровчими програмами). Чинна інформаційно-методична технологія базується на сертифікованих розробках: удосконалених, 130-річних таблиць смертності і дожиття; комбінованих таблиць захворюваності, перебігу хвороб та смертності; еталонної моделі дожиття, а також на методології і технології антропоіндикаційної оцінки життєпридатності територій для проживання населення (соціоекосистеми популяції).

Для розрахунку використані елементні показники формул авторських законів виживання популяцій, виживання реальних поколінь та збереження здоров'я населення. Залучення наведеної інформаційної технології в практику охорони здоров'я сприяє плануванню ресурсозбережуваних оздоровчих програм шляхом переведення зусиль і дій територіальних громад у напрямки їх безпекового існування з боку збереження життя і здоров'я людей за обмеженням (або стимулюванням) їх діяльності в межах, які означені набором критичних показників, релевантних до структури населення і адекватних до умов, способу та укладу його існування на конкретній території.

Ключові слова: здоров'я населення, управління, охорона здоров'я.

ВСТУП

Поширення нових інформаційних технологій в охороні здоров'я в даний час розширюється по спеціалізації медичних послуг, за різних організаційних форм та у структурно відмінних закладах їх надання. У всіх випадках чинні технології між собою методологічно та в методах системно не узгоджені, навіть за використанням спільної бази облікових даних в галузі.

Здоров'я населення. Як його інтегрально виміряти і оцінити за нагальної необхідності? Чи можна визначити його прогноз ще на етапі планування і розробки регіональної оздоровчої програми? Які ресурси бажано закласти для досягнення планованих показників здоров'я населення досліджуваних територій в даний час, у майбутньому, в Україні, на будь-якій іншій території? Чинні пекучі питання вимагають повсякденних зусиль для вирішення з боку багатьох науковців і практиків-організаторів охорони здоров'я у різних куточках світу.

Для вирішення таких питань авторами пропонується науково-обґрунтований алгоритм дій (з урахуванням реальних економічних можливостей територіальних громад) для прийняття конструктивних рішень щодо

реалізації оздоровчих програм з науковим супроводженням їх з початку планування і до остаточної реалізації.

Мета дослідження – сформувати спільну системну ідеологію для розробки технології наукового прогнозування, планування, супроводження та оцінки ефективності оздоровчих програм у національній та територіальних системах охорони здоров'я населення.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Використано традиційні галузеві матеріали щодо динаміки здоров'я населення за останні 40 років; обробка і аналіз їх проведені за сертифікованими авторськими розробками [1].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Розроблено [1] інформаційно-методичну технологію «Здоров'я населення» з метою управління останнім з урахуванням територій мешкання людей (з боку збереження їх здоров'я і життя) і, зокрема, створеної ними

на цих територіях системи охорони захисту і розвитку здоров'я. Методологічно система ґрунтується на вимірі всіх складових впливу на здоров'я людей з боку будь-яких чинників шляхом використання інтегральних показників популяційного здоров'я – елементних показників з формул закону виживання популяцій (1998 р.), закону виживання реальних поколінь (1998 р.) та закону збереження здоров'я населення (2010 р.), а також «Таблиць здоров'я населення» (далі ТЗ), придатних для використання в контролі і управлінні ним на будь-яких територіях проживання людей.

Чинна інформаційна технологія дозволяє шляхом використання показників ТЗ – внутрішньої і зовнішньої хворобо- та життєстійкості, інтегрально визначати реальний стан здоров'я людей, наближення його до бажаних (планованих) параметрів, переобрахунки значень цих інтегральних показників в традиційні, зокрема, у статево-вікову динаміку смертності (з побудовою відповідних територіальних таблиць смертності), визначати статево-вікову структуру причин смерті (хвороби, травми тощо), а за ними і факторів, від яких вони похідні, тобто спостережуваний перебіг соціоекологічних подій, якими вони спричинені.

Логіка вирішення завдань для досягнення поставленої мети – покращання здоров'я населення на підпорядкованій території, наступна (по етапах):

1. Проведемо розрахунки реальних показників маючої смертності і середньої тривалості життя (за удосконаленими сертифікованими методами – див. [1]).

2. Визначаємо відповідні бажані показники і планований (в роках) термін їх досягнення, як провідні маркери контролю темпів реалізації ефективності територіальних оздоровчих програм.

3. Використовуючи ці (за пп. 1, 2) показники, у «Таблицях здоров'я» [1] визначаємо чинні (стартові та плановані, бажані) інтегральні показники здоров'я населення – показники внутрішньої та зовнішньої хворобо- і життєстійкості.

4. Будуємо за отриманими даними таблиці смертності загальні, за статтю і з урахуванням хворобостійкості (4 загальні, 8 – за статтю).

5. Малюємо за знайденими показниками таблиць (п. 4) чинні криві дожиття («шкали довголіття»): реальні (стартові – на початку дії планованих оздоровчих програм) і бажані – на кінець часу їх дії, створюючи таким чином, графічні моделі перебігу статево-вікової смертності і дожиття для контролю збереженості ресурсу здоров'я і життя у кожній групі підпорядкованого населення на час дії планованих оздоровчих програм

6. Визначаємо за порівнюваними таблицями смертності і «Шкалами довголіття» (реальними і бажаними) різницю – в роках, обсягу невикористаного (по іншому, бажаного для використання) у кожній віковій групі ресурсу здоров'я і життя (загального і окремо за статтю).

7. Загальний обсяг цього (додаткового) ресурсу (в роках) за п. 6 приймається за 100%.

8. Визначається (за п. 6) структура за віком бажаного для використання ресурсу здоров'я і життя.

9. Вікова структура цих показників (у %) – за п. 8, означається як стартова структура «ризиків

невикористання ресурсу здоров'я і життя», які потребують нівелювання наприкінці реалізації оздоровчої програми.

10. Структура ризиків здоров'ю і життю (невикористаного ресурсу років) переноситься в площину економіки – структуру бажаного розподілу ресурсів для повної реалізації планованої оздоровчої програми; загальний обсяг призначених коштів (та інших ресурсів) розподіляється за виконавцями по роках згідно «Плану дій» (за «Фінансовим планом» реалізації територіальної оздоровчої програми) (зазначимо, що за пропонованою моделлю дій завжди орієнтуються на наявні кошти. При цьому, фінансовий план, так само, як і план поступової реалізації оздоровчих заходів за програмою дій, для досягнення поставлених цілей бажано орієнтувати на «модель Ейлера», за якою кроки щорічних дій і ресурсів збільшуються за обсягом на 1,5% по всіх контрольних показниках; зазначимо, що швидкість досягнення цілей програми не завжди зумовлена виділеним обсягом ресурсів).

11. Контроль ефективності реалізації планованої оздоровчої програми здійснюється за щорічним контролем динаміки параметрів «Шкали довголіття» з паралельним контролем показників «фінансового плану», а також цільових соціологічних опитувань, спрямованих на контроль «громадського відгуку» щодо збереженості здоров'я і життя людей.

Наданий алгоритм дій щодо покращання здоров'я підпорядкованого населення має в «узагальненому вигляді». Він повинен насичуватися десятками дрібних (часткових) дій у вирішенні багатьох законодавчих, соціально-економічних, соціоекологічних, суто медичних, медико-організаційних, освітніх – пов'язаних із формуванням здорових навичок способу життя, вимог до промислових виробництв, охорони довкілля та інших заходів.

Звіт про досягнення планованих (програмних) контрольних показників громадського здоров'я, збільшення загальної тривалості життя, зменшення його «хворобливої» частки, збільшення числа збережених життів загалом і за статтю, очікуваних соціально-економічних змін, як наслідків покращаних показників ресурсу здоров'я і життя, обговорюється на всіх щаблях суспільного життя.

Таким чином, практично вперше запропонована в медицині наукова основа планування оздоровчих програм з конструктивним контролем їх реалізації. Створена ідеологія, методологія, технологія та інформаційна база для формування на будь-якій території, на будь-якому проміжку життя, для будь-яких груп населення вимірюваної, спостережуваної, контрольованої, регульованої і ресурсозбережувальної системи управління здоров'ям населення і територіями його проживання, зокрема відомчих систем охорони здоров'я – на будь-яких економічних засадах і за будь-яких форм її надання.

Довідкові «Таблиці здоров'я» визначені на закономірних засадах і вони універсальні для будь-якої території світу, будь-якої групи її мешканців.

Наведена розробка з початку до кінця вітчизняна, українська, світові прецеденти відсутні. За її використання можна впевнено братися за перебудову

вітчизняної системи охорони здоров'я – в засади розробки покладений постулат: «причиною існування, місією і кінцевою метою діяльності галузі є виключно здоров'я населення (що є відгуком Резолюції ООН 1979 року [2], за якою «виключно єдиним і провідним критерієм економічного розвитку будь-яких територій поставлено здоров'я населення».

Наведена розробка за міжнародними вимогами [3] вміщує в собі для управління здоров'ям населення мінімальний набір інтегральних, закономірно визначених і доступних для одержання параметрів (всього три), які ґрунтуються на використанні традиційної в обігу галузі бази даних, придатних для застосування на будь-яких територіях, а також вирішення «вертикальних» і «горизонтальних» завдань в системі управління охороною здоров'я із націленістю їх на дію – покращання здоров'я населення і власної діяльності. Окрім того, система незалежна у своїй реалізації від різних, глибоко відмінних економічних моделей впливу на діяльність охорони здоров'я населення (бюджетної, страхової, приватної, змішаних): водночас її використання має всі ознаки підтримки державницької політики у збереженні населення та покращанні його здоров'я.

Запропонована технологія припускає дещо відмінні від традиційних шляхи вирішення проблем охорони здоров'я населення. Проте за змістом і спільністю інформаційної бази вона повністю сумісна з ключовими ідеями управління здоров'ям населення та системою його охорони.

ВИСНОВКИ

1. Пропонується для прогнозування і досягнення планованих показників здоров'я населення при розробці чинних оздоровчих програм, а також для поточної та кінцевої оцінки їх медичної і соціальної ефективності і, зокрема, для контролю ефективності використання на ці програми виділених ресурсів (коштів) залучати реальні і модельні графічні «шкали довголіття» населення за

ЛІТЕРАТУРА

1. Таралло В.Л. Здоровье для всех: популяционная диагностика, прогноз, стратегия действий и контроль их эффективности / В.Л. Таралло, П.В. Горский, И.Д. Шкробанец, М.И. Грицюк. – Черновцы: БГМУ, 2012. – 658 с.
2. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН. UNGA 34/58, 1979. – С. 5.
3. Информационное обеспечение нового направления деятельности в области общественного здравоохранения на районном уровне ВОЗ. – Женева: ВОЗ, 1995. – С. 6–16.

Дата надходження рукопису до редакції: 27.05.2019 р.

Идеология и методические аспекты использования интегральной информации о здоровье населения в управлении системой его охраны

В.Л. Таралло, М.И. Грицюк
ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

цільовими розрахунками територіальних таблиць смертності.

2. «Шкали довголіття» будуються шляхом використання інтегральних показників внутрішньої і зовнішньої хворобо- та життєстійкості з «Таблиць здоров'я», які визначають за даними національних або територіальних показників малоюкової смертності та середньої очікуваної тривалості життя для новонароджених – реальних і планованих (за територіальними оздоровчими програмами).

3. Чинна інформаційно-методична технологія базується на сертифікованих розробках: удосконалених, 130-річних таблиць смертності і дожиття; комбінованих таблиць захворюваності, перебігу хвороб та смертності; еталонної моделі дожиття, а також на методології і технології антропоіндикаційної оцінки життєпридатності територій для проживання населення (соціоекосистеми популяції).

4. Для розрахунку використані елементні показники формул авторських законів виживання популяцій, виживання реальних поколінь та збереження здоров'я населення.

5. Залучення наведеної інформаційної технології в практику охорони здоров'я сприяє плануванню ресурсозберезуваних оздоровчих програм шляхом переведення зусиль і дій територіальних громад у напрямки їх безпекового існування з боку збереження життя і здоров'я людей за обмеженням (або стимулюванням) їх діяльності в межах, які означені набором критичних показників, релевантних до структури населення і адекватних до умов, способу та укладу його існування на конкретній території.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Створення ідеології, методології, технології та інформаційної бази для формування на будь-якій території, на будь-якому проміжку життя, для будь-яких груп населення вимірюваної, спостережуваної, контрольованої, регульованої і ресурсозберезувальної системи управління здоров'ям населення і територіями його проживання.

Цель. Формирование общей системной идеологии для разработки технологии научного прогнозирования, планирования, сопровождения и оценки эффективности оздоровительных программ в национальной и территориальных системах охраны здоровья населения.

Материалы и методы. Используются традиционные материалы отрасли здравоохранения

о динамике здоровья населения за последние 40 лет; обработка и анализ проведены по сертифицированным разработкам.

Результаты. Разработано информационно-методическую технологию «Здоровье населения» с целью управления последним с учетом территорий проживания людей (со стороны сохранения их здоровья и жизни) и, в частности, созданной ими на этих территориях системы охраны защиты и развития здоровья.

Выводы. Предлагается для прогнозирования и достижения планируемых показателей здоровья населения при разработке соответствующих оздоровительных программ, а также для текущей и конечной оценки, их медицинской и социальной эффективности и, в частности, для контроля эффективности использования выделенных на эти программы ресурсов привлекать реальные и модельные графические «шкалы долголетия» населения, построенные по целевым расчетам территориальных таблиц смертности. «Шкалы долголетия» строятся путем использования интегральных показателей внутренней и внешней болезне- и жизнестойкости из «Таблиц здоровья», которые определяют по данным национальных или территориальных показателей младенческой смертности и средней ожидаемой продолжительности жителей (для новорожденных) – реальных и планируемых (по территориальным оздоровительным программам). Данная информационно-методическая технология базируется на сертифицированной разработке: усовершенствованных, 130-летних таблиц смертности и дожития; комбинированных таблиц заболеваемости, течения болезней и смертности; эталонной модели дожития, а также на методологии и технологии антропоиндикационной оценки жизнестойкости территорий для проживания населения (социоэко-системы популяции). Для расчетов использованы элементные показатели формул авторских законов выживания популяций, выживания реальных поколений и сохранения здоровья населения. Внедрение данной информационной технологии в практику здравоохранения способствует планированию ресурсоэкономных оздоровительных программ путем перенесения усилий и действий территориальных общин в область их безопасного существования с позиций сохранения жизни и здоровья людей с ограничением (или в направлении стимулирования) их деятельности в границах, обозначенных набором критических показателей, релевантных к структуре желаний и адекватных к условиям, способу и укладу его существования на конкретной территории.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: здоровье населения, управление, здравоохранение.

The ideology and methodical aspects of the use of integrated information on the issues of the population health in management of its healthcare system

V.L. Tarallo, M.I. Hrytsiuk
HSEE of Ukraine "Bukovinian State Medical University",
Chernivtsi, Ukraine

Aim. Formation of a common system ideology for the development of technology for the scientific forecasting, planning, maintenance and evaluation of the effectiveness of health programs in the national and territorial healthcare systems of the population.

Materials and methods. Traditional sectoral materials on the dynamics of population health over the past 40 years have been used; processing and analysis of them carried out by certified author's work.

Results. Information and methodical technology "Health of the population" was developed for the purpose of management of the latter, taking into account the territories of human dwelling (on the part of preserving their health and life) and, in particular, the system of protection and development of their health created in these territories by them in these territories.

Conclusions. It has been proposed to predict and achieve the planned indicators of public health in developing existing healthcare programs and for ongoing and final assessment of their medical and social efficiency and in particular for monitoring the effectiveness of these programs use the allocated resources (funds) involve real and model image; estimated target population for regional mortality tables. Scale are built using integrated indicators of internal and external disease- and vital rigidity of the Health tables; that are determined according to national or regional indicators of infant mortality and life expectancy of newborns actual and planned (by regional health program). The current information technology methodology is based on the certified development: advanced 130-year mortality tables and survival; tables combined incidence, course of disease and mortality; reference model survival and methodology and technology assessment anthropoindicative livelihood of living areas of the population (population social-ecosystem).

Elemental indices of formulas of author's laws of population survival, survival of real generations and preservation of public health are used to calculate. Involvement of the new information technology introduced into the practice of health care contributes to the planning of resource-conserved health programs through the transfer of efforts and actions of territorial communities in the direction of their security existence by preserving the life and health of people for limiting (or stimulating) their activities within the limits specified a set of critical indicators relevant to the structure of the population and adequate to the conditions, method and manner of its existence in a particular territory.

KEY WORDS: population health, management, healthcare system.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Таралло Володимир Леонідович – д.мед.н., професор кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»; пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58000, Україна.

Грицюк Мар'яна Іванівна – д.мед.н., завідувач кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»; пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58000, Україна.

Значення циркулюючих імунних комплексів при цукровому діабеті у хворих на остеоартроз

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

У даній роботі представлені результати дослідження вмісту і оцінки дисбалансу різнофракційного складу циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у крові хворих на деформуючий остеоартроз на тлі цукрового діабету другого типу. Встановлено підвищення концентрації ЦІК в сироватці крові обстежених пацієнтів, за рахунок патогенних імунних комплексів – середнього і дрібного розміру. Виявлено недостовірні зміни рівня ЦІК в крові при коморбідній патології суглобів і цукрового діабету другого типу у жителів гірських і низинних районів Закарпатської області. Отримані результати необхідно враховувати в комплексі лікувальних заходів такої категорії хворих.

Ключові слова: остеоартроз, цукровий діабет другого типу, Закарпаття, циркулюючі імунні комплекси.

ВСТУП

Останнім часом відмічається розповсюдження низки захворювань, таких як цукровий діабет (ЦД), серцево-судинні захворювання, ураження суглобів. Численні дослідження, присвячені пошуку прогностичних критеріїв цих захворювань, практично не включають імунологічних критеріїв, незважаючи на загальновідомі факти участі системи імунітету в патогенезі хронічної патології [2, 9]. Одним з індикаторів стану імунного статусу організму із розвитком імунокомплексних процесів є рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) в крові.

Остеоартроз відноситься до поширеної патології і останнім часом займає друге місце серед причин інвалідизації населення після ішемічної хвороби серця [3, 5]. Значна роль в патогенезі остеоартрозу належить не лише процесам дегенерації тканин, а й процесу запалення. Синдром запалення є неспецифічним і проявляється загибеллю клітин з надходженням до кров'яного русла імунних комплексів, тощо. [4, 5]. Тривала циркуляція в крові ЦІК, навіть при незначному підвищенні їх рівня, сприяє формуванню їх відкладень в тканинах, підвищенню адгезії і агрегації тромбоцитів, що, в свою чергу, призводить до порушення мікроциркуляції крові і закупорки судин, а також до пошкодження і некрозу тканин [1].

Комплекс кліматичних факторів у гірських районах (гіпоксія, низькі температури, гідроаероіонізація повітря та ін.) викликає значне напруження пристосувальних і природних факторів захисту організму. Важливою ланкою у формуванні адаптації людини до природних умов гірської місцевості є імунна система [10]. Дослідження більшості вчених свідчать про вплив на організм людини гіпоксії у постійних гірських жителів, що проявляється зниженням вмісту Е-розеткоутворюючих клітин у крові, недостатність їх функціональної активності в ФГА-тесті [6, 11]. У той же час відомо, що утворення ЦІК є природною імунологічною реакцією організму у відповідь на чужорідний агент або активацію аутоімунного процесу, тому важливо враховувати не лише їх рівень, а й властивості імунних комплексів. Патогенні властивості найбільш виражені у ЦІК середнього розміру, які, на відміну від більш великих, не здатні зафіксувати комплемент, тому не можуть

еліминуватися фагоцитами і тривалий час циркулюють в організмі, осідаючи в тканинах, викликаючи їх пошкодження із подальшим погіршенням мікроциркуляції [1]. Однак дослідження ЦІК та їх молекулярний склад у крові хворих із дегенеративно-дистрофічними процесами у суглобах у поєднанні із ЦД другого типу не вивчався.

Мета роботи – вивчення рівня циркулюючих імунних комплексів та їх молекулярного складу у хворих на цукровий діабет II типу в коморбідності із остеоартрозом в залежності від місця проживання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

До дослідження включено 39 хворих на ЦД II-типу в коморбідності із остеоартрозом віком від 42 до 58 років, з яких 27 – жінки (69,2%). Всі обстежені є жителями Закарпатської області: 3 них 18 пацієнтів – у гірських районах, решта (21 пацієнт) – у низинних районах області.

Діагноз остеоартроз встановлено відповідно до критеріїв, рекомендованих Асоціацією ревматологів України [4] із тривалістю хвороби від 3-х до 8 років. При цьому, у 15 хворих виявлено локалізоване ураження колінного або тазостегнового суглобу, у 24 пацієнтів – олігоостеоартроз; у всіх обстежених діагностовано II рентгенологічна стадія (за класифікацією Kellgren) та 0–1 ступінь функціональної недостатності суглобів; інтенсивність болю в суглобах за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) оцінювалася 3–6 балів.

У всіх хворих, яких включено до дослідження, відмічався компенсований вуглеводний обмін, а ЦД діагностовано середньотяжкого перебігу із тривалістю патології від 5-ти до 10 років.

Із дослідження було виключено хворих із сіновітом, ожирінням, декомпенсованим ЦД, серцево-судинними захворюваннями.

Усім обстеженим хворим проводили дослідження концентрації ЦІК у сироватці крові із використанням спектрофотометричного методу (довжина хвилі 450 нм) в розчині поліетиленгліколю (ПЕГ) з молекулярною масою 6000 дальтон [8]. Молекулярний склад ЦІК аналізувався за допомогою методу диференційованої преципітації в 3,5%, 5% й 7% розчинах ПЕГ із визначенням дрібно-, середньо-

та великомолекулярних фракцій імунних комплексів та виражався в одиницях оптичної щільності (ОдОЩ).

Статистичну обробку даних проводили з використанням програмних пакетів Statistics. Для розрахунку параметричних статистичних критеріїв визначали середню арифметичну варіаційного ряду (M) і середню похибку середньої арифметичної (m). Для порівняння результатів використовували t-тест (Ст'юдента) [7].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведеного дослідження було виявлено зростання концентрації ЦІК у сироватці крові при остеоартрози в коморбідності з ЦД II типу у середньому в 1,71 рази, при нормі (0,034±0,012) ОдОЩ (p<). При цьому у більшості обстежених (26 осіб – 66,7%) рівень ЦІК у крові дорівнював (0,072±0,004) ОдОЩ, (p<0,01), тоді як у решти

пацієнтів їх рівень не виходив за межі норми ((0,042±0,006) ОдОЩ; p>0,1). Аналіз зміни рівню ЦІК у сироватці крові в залежності від місцевості проживання хворих показав, що у мешканців гірських районів їх вміст був значно вищим, ніж у мешканців низинних районів Закарпатської області (див. таблицю).

Дослідження фракційного складу ЦІК в обстежених хворих виявило їх порушення, за рахунок зростання середньо- і дрібномолекулярних ЦІК, а кількість великомолекулярної фракції – залишалася в межах норми (дивись табл.). Концентрація дрібномолекулярних ЦІК зростала в 1,83 рази (при нормі (0,012±0,002) ОдОЩ; p<0,01), а середньомолекулярних ЦІК – більш виражено (в 2,50 рази; при нормі (0,008±0,002) ОдОЩ; p<0,01). Отже, підвищення рівня ЦІК із їх дисбалансом у сироватці крові вказувало на наявність активного процесу антитілогенезу у пацієнтів хворих на остеоартроз в коморбідності з ЦД II типу із наявністю синдрому імунотоксикозу при даній патології.

Таблиця

Рівень ЦІК сироватки крові у хворих на остеоартроз в коморбідності з ЦД II типу (M±m)

Рівень ЦІК	Норма	Обстежені хворі (n = 39)	Розподіл хворих за місцем мешкання	
			гірські райони (n = 18)	низинні райони (n = 21)
ЦІК заг., ОдОЩ в тому числі:	0,034±0,012	0,058±0,010**	0,062±0,010**	0,054±0,008
великомолекулярні	0,014±0,008	0,016±0,008	0,018±0,008	0,016±0,006
середньомолекулярні	0,008±0,002	0,020±0,006***	0,022±0,010***	0,018±0,008***
дрібномолекулярні	0,012±0,002	0,022±0,006**	0,022±0,008**	0,020±0,008**

Примітка: вірогідність різниці показників визначена між показником групи та нормою при p<0,01 – **; p<0,001 – ***.

Проаналізувавши зміни молекулярного складу ЦІК у сироватці крові пацієнтів, в залежності від місцевості проживання, можна констатувати, що у хворих з коморбідною патологією суглобів та ЦД II типу, які мешкали у гірських районах, спостерігалось збільшення рівню ЦІК середнього розміру в 2,75 рази (p<0,001) відносно норми, дрібного розміру – в 1,83 рази (p<0,01). У пацієнтів з ДОА у поєднанні з ЦД II типу, які проживають в умовах низини, вміст середньомолекулярної фракції імунних комплексів складав у середньому (0,018±0,008) ОдОЩ та дрібномолекулярної – (0,020±0,008) ОдОЩ, що є вище норми в 2,25 рази (p<0,001) та 1,67 рази (p<0,01) відповідно. При порівнянні аналогічних показників у пацієнтів між групами обстежених достовірної різниці не виявлено. Концентрація ЦІК великого розміру в обох групах пацієнтів досягала верхньої межі норми: гірських мешканців – (0,018±0,008) ОдОЩ та рівнинних мешканців – (0,016±0,006) ОдОЩ (при нормі (0,014±0,008) ОдОЩ; p>0,1).

Таким чином можна прийти до висновку, що можливі прояви імунотоксичних реакцій у хворих з коморбідною патологією суглобів та ЦД другого типу, можуть посилюватися в проживаючих в складних клімато-географічних умовах гірської місцевості. Отже, отримані результати необхідно враховувати в лікувальній тактиці складної терапевтичної патології у такого контингенту хворих.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності лікування вказаних хворих.

ВИСНОВКИ

1. Згідно з отриманими результатами у хворих з дегенеративно-дистрофічним процесом у суглобах на тлі цукрового діабету другого типу відзначається активність імунотоксичних реакцій за рахунок підвищення концентрації циркулюючих імунних комплексів.

2. У обстежених хворих з коморбідним перебігом остеоартрозу і цукрового діабету другого типу високий вміст циркулюючих імунних комплексів супроводжується дисбалансом їх фракційного складу – зростанням концентрації патогенних фракцій (середнього та дрібного розміру) на фоні збереження кількості великомолекулярних імунних комплексів.

3. У результаті дослідження встановлена значна різниця концентрації циркулюючих імунних комплексів у сироватці крові хворих із хронічними захворюваннями суглобів та цукровим діабетом, які мешкають у гірській місцевості та мешканцями низинних районів області.

4. У подальших дослідженнях планується вивчити неспецифічну реактивність організму у пацієнтів на остеоартроз в коморбідності з цукровим діабетом другого типу та розробити обґрунтовані методи лікування означеної категорії хворих із покращенням самопочуття та стану імунної системи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Громашевская Л.Л. Метаболическая интоксикация в патогенезе и диагностике патологических процессов. Лабораторная диагностика. 2006. № 1 (35). С. 3–13.
2. Жетписбаева Х.С. Состояние ПОЛ, антиоксидантной защиты и гуморального иммунитета при действии хронического стресса. Известия вузов, Поволжский регион. 2008. Вып.3. С. 3–7.
3. Замятина Е. А., Багирова Г. Г., Цурко В. В. Остеоартроз: ведение пациентов с учетом коморбидности и приверженности к лечению. Практикующий врач сегодня. 2014. № 2–3. С. 21–31.
4. Зонова Е. В. Остеоартроз. выбор безопасной тактики лечения пациента с коморбидностью. Эффективная фармакотерапия. 2014. №56. С. 18–23.
5. Кабалык М. А., Сильванович К. И., Халиман А. А. Остеоартроз и коморбидность: распространённость и классификация. Молодой ученый. 2016. №10(114). С. 500–503.
6. Казыбекова А.А. Возрастные аспекты гуморальных и клеточных факторов естественной резистентности у жителей, проживающих в условиях горной местности Вестник КРСУ. 2016. Том 16. № 7. С. 142-145.
7. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях. – Киев: Морион, 2002. – 160 с.
8. Ляшенко Ю.И., Трихлеб В.И. Циркулирующие иммунные комплексы при инфекционных заболеваниях. Советская медицина. 1985. № 1. С. 27-31.
9. Овсепян М.Р., Бояджян А.С., Айвазян В.А. Концентрация циркулирующих иммунных комплексов и активность дофамин-Р-моно-оксигеназы в крови больных сахарным диабетом типа 1 на поздних стадиях развития заболевания. Проблемы патогенеза. 2002. № 4. С. 44-45.
10. Собуров К.А. Особенности иммунной реактивности у постоянных жителей горных регионов. Ульяновский медико-биологический журнал. № 4, 2011. С. 69-76.
11. Soburov, K.A. The influence of climatogeo-physical and technological factors of mountain environment on the immune resistance of organism and the ways of correction. Works of Scientists of the Institutes of the Division of chemical – Technological, Medical- Biological & Agricultural Sciences of the National Academy of Sciences of the Kyrgyz Republic. Bishkek: Ilim, 2004. – P. 154–183.

Дата надходження рукопису до редакції: 30.08.2019 р.

Значение циркулирующих иммунных комплексов при сахарном диабете у больных деформирующим остеоартрозом

Н.В. Ришко, Е.Ф. Гузинец, С.Р. Туряница, В.В. Корнаш
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»

В настоящей работе представлены результаты исследования содержания и оценки дисбаланса разнофракционного состава циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в крови больных деформирующим остеоартрозом на фоне сахарного диабета второго типа. Отмечается повышение концентрации ЦИК в сыворотке крови обследованных пациентов, за счет патогенных иммунных комплексов – среднего и мелкого размера. Установлено недостоверные изменения уровня ЦИК в крови при коморбидной патологии суставов и сахарным диабетом второго типа у жителей горных и равнинных районов Закарпатской области. Полученные результаты необходимо учитывать в комплексе лечебных мероприятий такой категории больных.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: остеоартроз, сахарный диабет второго типа, Закарпатье, циркулирующие иммунные комплексы.

Importance of circular immune complexes in diabetes mellituses in patients with deforming osteoarthritis

Mykola Rishko, Yevheniia Huzynets,
Samvel Turyanytsya, Volodymyr Kornash
Uzhhorod National University

This paper presents the results of the study of the content and assessment of the imbalance of the different fractional composition of circulating immune complexes (CIC) in the blood of patients with deforming osteoarthritis on the background of type 2 diabetes. There is an increase in the concentration of CIC in the serum of the examined patients, due to pathogenic immune complexes – medium and small size. Unreliable changes in the CIC level in the blood were found in comorbid joint disease and type 2 diabetes in residents of the mountainous and lowland regions of the Transcarpathian region. The results obtained must be considered in the complex of therapeutic measures of this category of patients.

KEY WORDS: osteoarthritis, second type diabetes, Transcarpathia, circulating immune complexes.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Рішко Микола Васильович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри госпітальної терапії ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Заслужений лікар України, голова Закарпатського обласного товариства терапевтів та кардіологів, член президії асоціації терапевтів України, член президії асоціації кардіологів України, член Європейського товариства кардіологів; вул. Тімірязєва 15 А, м. Ужгород, 88014.

Гузинець Євгенія Федорівна – аспірант кафедри госпітальної терапії ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88014, вул. Тімірязєва 15 А, м. Ужгород.

Туряниця Самвел Робертович – Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака; 88000, вул. Капушанська, 22, м. Ужгород.

Корнаш Володимир Володимирович – аспірант кафедри госпітальної терапії ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88014, вул. Тімірязєва 15 А, м. Ужгород.

Характеристика абортів у жінок України

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
²Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика

В статті наведено дані про частоту абортів у жінок України за період 2016–2018 рр. Показано, що частота абортів на 1000 жінок фертильного віку в розрізі адміністративних територій має достовірні відмінності і коливається від 4,19 в Тернопільській області до 12,38 у Вінницькій області. При цьому в розрахунку на 100 вагітностей частота абортів має тенденцію до збільшення. Відмічається висока частка абортів у підлітків та першовагітних.

Ключові слова: аборти, частота, жінки фертильного віку, підлітки, першовагітні.

ВСТУП

Проблемами репродуктивного здоров'я жінок в Україні займалися такі вчені як Н.Я. Жилка, В.С. Стешенко, Н.О. Рингач, Р.О. Моїсеєнко та інші [2, 4, 5]. У більшості проведених досліджень проблема абортів не розглядалася у контексті дітородної діяльності населення [1].

В теперішній час, завдяки реалізації Національних програм щодо репродуктивного здоров'я та планування сім'ї кількість абортів істотно знизилася але як вказують результати Міжнародних медико-демографічних обстежень в Україні рівень абортів залишається високим [3, 6].

Мета роботи – вивчити та проаналізувати статистичні дані щодо абортів у жінок України в 2018 році.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

При виконанні даної роботи використані дані галузевої статистичної звітності щодо абортів у жінок України в 2018 році. Використано статистичний метод дослідження.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Відповідно до програми дослідження на початку було вивчено та проаналізовано частоту абортів серед жінок фертильного віку в розрізі адміністративних територій України за 2018 рік та порівняно отримані дані з відповідними показниками за 2017 та 2016 роки. Отримані дані наведено в табл. 1.

Таблиця 1
Частота абортів у жінок фертильного віку, 2018 р.

Адміністративна територія	Кількість абортів	Частота абортів				
		на 1000 жінок фертильного віку	на 100 вагітностей	на 100 пологів	на 100 народжених живими	на 100 народжених живими і мертвими
Україна	81 448	8,15	20,48	25,75	25,55	25,40
Вінницька	4 543	12,38	26,59	36,22	35,94	35,79
Волинська	1 957	7,76	14,74	17,29	17,17	17,11
Дніпропетровська	9 178	12,13	27,33	37,61	37,46	37,17
Донецька	4 913	11,30	29,80	42,46	42,27	42,01
Житомирська	3 372	11,72	23,99	31,57	31,32	31,19
Закарпатська	2 512	8,09	15,51	18,36	18,30	18,15
Запорізька	3 732	9,36	23,45	30,64	30,52	30,26
Івано-Франківська	2 381	7,09	15,83	18,81	18,64	18,57
Київська	4 426	10,53	25,55	34,32	34,10	33,89
Кіровоградська	2 153	9,88	24,06	31,68	31,48	31,18
Луганська	1 649	10,52	31,66	46,33	45,97	45,86
Львівська	3 160	5,24	12,25	13,96	13,82	13,74
Миколаївська	2 999	11,17	25,17	33,64	33,43	33,22
Одеська	4 583	8,12	16,87	20,29	20,16	20,01
Полтавська	3 437	10,46	25,31	33,89	33,66	33,45
Рівненська	1 332	4,75	8,94	9,82	9,76	9,70
Сумська	1 420	5,58	16,72	20,08	19,98	19,86
Тернопільська	1 065	4,19	11,24	12,66	12,58	12,52

Адміністративна територія	Кількість абортів	Частота абортів				
		на 1000 жінок фертильного віку	на 100 вагітностей	на 100 пологів	на 100 народжених живими	на 100 народжених живими і мертвими
Харківська	4 732	7,39	20,02	25,02	24,81	24,65
Херсонська	2 792	11,39	25,66	34,52	34,29	34,12
Хмельницька	2 184	7,45	16,98	20,46	20,31	20,20
Черкаська	2 513	8,90	22,87	29,65	29,48	29,34
Чернівецька	1 911	8,47	18,23	22,30	22,12	22,04
Чернігівська	1 827	8,07	21,29	27,05	26,90	26,73
м.Київ	6 677	8,95	18,62	22,88	22,45	22,37

Проведений аналіз наведених в табл.1 даних вказує на те, що частота абортів на 1000 жінок фертильного віку в розрізі адміністративних територій має достовірні відмінності і коливається від 4,19 в Тернопільській області до 12,38 у Вінницькій області. Різниця складає 2,99 разів. При частоті абортів 20,48 на 100 вагітностей в Україні вказаний показник коливається від 8,94 в Рівненській до 31,66 в Луганській області. Різниця складає 3,54 разів. Статистично значущою є різниця вказаного показника в розрізі адміністративних територій в розрахунку на 100 пологів, на 100 народжених живими та на 100 народжених живими і мертвими.

Наступним кроком було вивчення та порівняння даних про частоту абортів у жінок фертильного віку за період 2016-2018 рр. Отримані дані наведено в табл. 2.

Аналіз наведених в табл.2 даних вказує на те, що за період дослідження (2016–2018 рр.) кількість абортів в Україні скоротилася на 14794 і в 2018 році склала 81 448. При цьому на 1,23 скоротився показник частоти абортів на 1000 жінок фертильного віку з рівнем в 2018 році 8,15. Необхідно відміти, що показник частоти абортів на 100 вагітностей, на 100 пологів, на 100 народжених живими та на 100 народжених живими і мертвими має незначну тенденцію до збільшення, що вказує на зменшення кількості вагітностей жінок в Україні.

Далі вивчалися та аналізувалися дані про частоту абортів у жінок в окремих вікових категоріях в розрізі адміністративних територій країни. Показники розраховували на 1000 жінок відповідного віку. Отримані результати наведено в табл. 3.

Таблиця 2
Частота абортів у жінок фертильного віку, 2016–2018 рр.

Рік	Кількість абортів	Частота абортів				
		на 1000 жінок фертильного віку	на 100 вагітностей	на 100 пологів	на 100 народжених живими	на 100 народжених живими і мертвими
2018	81 448	8,15	20,48	25,75	25,55	25,40
2017	88 844	8,78	20,46	25,73	25,54	25,39
2016	96 242	9,38	20,35	25,55	25,39	25,24

Таблиця 3
Частота абортів у жінок в окремих вікових категоріях, 2018 р. (на 1000 жінок відповідного віку)

Адміністративна територія	До 14 років включно		15–17 років		18–34 років		35–49 років	
	абсолютні числа	показник	абсолютні числа	показник	абсолютні числа	показник	абсолютні числа	показник
Україна	47	0,05	707	1,35	60 966	12,75	19 728	4,20
Вінницька	1	0,03	41	1,95	3 404	19,24	1 097	6,49
Волинська	0	0,00	11	0,66	1 410	11,28	536	4,85
Дніпропетровська	8	0,11	84	2,25	6 748	19,04	2 338	6,41
Донецька	5	0,12	44	2,10	3 614	18,28	1 250	5,79
Житомирська	0	0,00	25	1,47	2 626	18,71	721	5,53
Закарпатська	6	0,16	39	1,96	2 132	13,76	335	2,47
Запорізька	5	0,13	35	1,75	2 721	14,60	971	5,05
Івано-Франківська	0	0,00	21	1,04	1 912	11,36	448	3,04
Київська	1	0,02	33	1,66	3 278	16,04	1 114	5,68
Кіровоградська	2	0,09	34	2,84	1 603	15,58	514	4,99
Луганська	1	0,07	20	2,52	1 219	17,05	409	5,29
Львівська	1	0,02	22	0,63	2 327	7,72	810	3,03

Адміністративна територія	До 14 років включно		15–17 років		18–34 років		35–49 років	
	абсолютні числа	показник	абсолютні числа	показник	абсолютні числа	показник	абсолютні числа	показник
Миколаївська	0	0,00	20	1,40	2 400	18,65	579	4,61
Одеська	2	0,03	46	1,54	3 391	12,45	1 144	4,36
Полтавська	2	0,07	32	1,94	2 627	17,19	776	4,87
Рівненська	0	0,00	5	0,26	1 011	7,19	316	2,61
Сумська	1	0,04	14	1,13	1 089	9,11	316	2,58
Тернопільська	0	0,00	6	0,41	834	6,64	225	1,97
Харківська	3	0,05	46	1,53	3 716	12,20	967	3,16
Херсонська	0	0,00	17	1,25	2 059	17,52	716	6,28
Хмельницька	4	0,13	18	1,08	1 469	10,52	693	5,07
Черкаська	1	0,04	29	1,98	1 960	14,69	523	3,89
Чернівецька	2	0,09	25	1,85	1 466	12,93	418	4,24
Чернігівська	0	0,00	14	1,18	1 294	12,14	519	4,81
м.Київ	2	0,03	26	0,80	4 656	13,28	1 993	5,49

Аналіз наведених в табл. 3 даних вказує на те, що в 2018 році у віці до 14 років включно було зроблено 47 абортів з показником 0,05 на 1000 жінок відповідного віку. В 2017 році 39 та 0,04 відповідно, а в 2016 році 56 та 0,06 відповідно.

У віці 15–17 років частота абортів склала 1,35 на 1000 жінок відповідного віку. В 2017 році 1,52 відповідно, а в 2016 році 1,57 відповідно.

Показник частоти абортів збільшується з підвищенням віку жінок та має статистичні відмінності в розрізі регіонів країни.

Таблиця 4

Частота абортів у першовагітних та терміни переривання вагітності, 2018 р.

Адміністративна територія	Питома вага абортів у першовагітних	Питома вага абортів за терміном вагітності	
		до 12 тижнів	20–21 тиждень
Україна	11,16	91,77	1,87
Вінницька	8,03	95,00	0,92
Волинська	12,72	91,57	1,79
Дніпропетровська	9,30	93,36	1,71
Донецька	9,08	95,40	1,16
Житомирська	7,65	85,14	2,16
Закарпатська	5,18	92,08	1,27
Запорізька	8,44	94,11	1,82
Івано-Франківська	15,58	92,02	1,72
Київська	9,83	94,87	1,58
Кіровоградська	9,34	94,57	0,70
Луганська	7,34	92,78	1,46
Львівська	19,11	88,26	2,06
Миколаївська	6,20	93,93	1,17
Одеська	14,42	90,16	2,29
Полтавська	11,90	94,68	1,45
Рівненська	13,59	78,75	2,55
Сумська	10,63	87,89	2,54
Тернопільська	13,99	82,91	2,91
Харківська	17,50	90,00	2,96
Херсонська	5,52	91,91	2,29
Хмельницька	11,26	89,47	0,87
Черкаська	12,50	89,26	2,11
Чернівецька	14,18	91,63	2,30
Чернігівська	9,25	93,54	1,26
м.Київ	15,29	90,95	3,12

Аналіз наведених в табл. 4 даних вказує на високий рівень абортів у першовагітних, який складає 11,16%. При цьому в розрізі регіонів країни різниця питомої ваги абортів

у першовагітних є статистично достовірною і коливається від 5,18% в Закарпатській області до 19,11% у Львівській області. Різниця показника становить 3,69 разів. Питома

вага абортів у терміні вагітності до 12 тижнів становила 91,77%, а у терміні 20–21 тижнів – 1,87%. В розрізі регіонів дані показники мають статистичну різницю.

Далі вивчалися та аналізувалися показники частоти безпечного та небезпечного абортів. Отримані в ході дослідження дані наведені в табл. 5.

Таблиця 5
Частота небезпечних та безпечних абортів, 2018 р.

Адміністративна територія	Небезпечний		Безпечний	
	абс.	на 1000 жінок	абс.	на 1000 жінок
Україна	5 189,00	0,52	39 912	3,99
Вінницька	6	0,02	3 381	9,21
Волинська	36	0,14	1 028	4,08
Дніпропетровська	799	1,06	4 511	5,96
Донецька	260	0,60	2 669	6,14
Житомирська	97	0,34	1 838	6,39
Закарпатська	338	1,09	1 337	4,31
Запорізька	344	0,86	1 901	4,77
Івано-Франківська	146	0,43	1 211	3,61
Київська	463	1,10	2 168	5,16
Кіровоградська	306	1,40	1 061	4,87
Луганська	66	0,42	1 097	7,00
Львівська	119	0,20	517	0,86
Миколаївська	407	1,52	1 450	5,40
Одеська	322	0,57	1 621	2,87
Полтавська	75	0,23	1 878	5,71
Рівненська	38	0,14	189	0,67
Сумська	53	0,21	859	3,38
Тернопільська	13	0,05	446	1,75
Харківська	79	0,12	2 266	3,54
Херсонська	92	0,38	1 630	6,65
Хмельницька	63	0,21	1 441	4,92
Черкаська	138	0,49	1 378	4,88
Чернівецька	540	2,39	563	2,50
Чернігівська	216	0,95	818	3,62
м.Київ	173	0,23	2 654	3,56

Аналіз наведених в табл. 5 даних вказує на те, що в 2018 році в Україні в основному проводилися безпечні аборти. Їх частота склала 3,99 на 1000 жінок фертильного віку проти 0,52 небезпечних абортів. Найвищий рівень небезпечних абортів проводився в Чернівецькій області – 2,39, а найнижчий у Вінницькій області – 0,02.

ВИСНОВКИ

За період 2016–2018 рр кількість абортів в Україні скоротилася на 14794 і в 2018 році склала 81 448. При цьому на 1,23 скоротився показник частоти абортів на 1000 жінок фертильного віку з рівнем в 2018 році 8,15. Частота абортів

на 1000 жінок фертильного віку в розрізі адміністративних територій має достовірні відмінності і коливається від 4,19 в Тернопільській області до 12,38 у Вінницькій області. При цьому в розрахунку на 100 вагітностей частота абортів має тенденцію до збільшення. Відмічається висока частка абортів у підлітків та першовагітних. В 2018 році в Україні в основному проводилися безпечні аборти. Їх частота склала 3,99 на 1000 жінок фертильного віку проти 0,52 небезпечних абортів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням діяльності системи планування сім'ї.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аборт та контрацепція в Україні. Стратегическая оценка политики, программ и исследований. – К.: МЗ України, ВОЗ, 2008. – 88 с.
2. Жилка Н. Стан репродуктивного здоров'я в Україні (медико-демографічний огляд) / Н. Жилка, Т. Іркіна, В. Стешенко. – К.: МОЗ України, Ін-т економіки НАНУ, 2001. – 68 с.
3. Медико-демографічне обстеження населення України 2007. – Calverton, Maryland, США: УЦСР та Macro International, 2008. – 267 с.
4. Населення України. Народжуваність в Україні у контексті суспільно-трансформаційних процесів. – К.: АДЕФ-Україна, 2008. – 288 с.

5. Стешенко В. С. Дослідження народжуваності й плідності у реальних поколінь жінок України: висновки для сьогодення / В. С. Стешенко // Демографія та соціальна економіка. – 2010. – № 1. – С. 3–14.

6. Ukraine Reproductive Health Survey 1999. Final report. – KIIS, USAID, Centers for Diseases Control and Prevention, 2000. – 41 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.08.2019 р.

Характеристика абортів у жінок України

Г.А. Слабкий¹, Е.С. Щербинська²

¹Ужгородський національний університет

²Національна медична академія последипломного образования ім. П.Л.Шупика

В статье приведены данные о частоте абортів у жінок України за період 2016–2018 г. Показано, що частота абортів на 1000 жінок фертильного віку в разрізі адміністративних територій має достовірні різниці і коливається від 4,19 в Тернопільській області до 12,38 в Вінницькій області. При цьому в розрахунок на 100 вагітностей частота абортів має тенденцію до зростання. Відзначається високий рівень абортів у підлітків і вперше вагітних.

КЛЮЧЕВІ СЛОВА: абортів, частота, жінок фертильного віку, підлітки, вперше вагітні.

Abortion characteristics in women of Ukraine

G.O. Slabkiy¹, O.S. Shcherbinska²

¹Uzhhorod National University

²National medical academy of postgraduate education named after P.L. Shupik

This article contains data about the frequency of abortions in women of Ukraine during the period 2016–2018. It is shown, that the frequency of abortions per 1000 women of fertile age in terms of administrative territories has reliable differences and ranges from 4.19 in Ternopil region to 12.38 in Vinnitsa region. At the same time frequency of abortions per 100 pregnancies tends to increase. High proportion of abortions is registered in teenagers and women with the first pregnancy.

KEY WORDS: abortions, frequency, women of fertile age, teenagers, women with the first pregnancy.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Слабкий Г.О. – д.мед.н., проф., в.о. завідувача кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., Україна.

Щербинська О.С. – к.мед.н., Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Характеристика населення Закарпатської області

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

В статті наведено дані про адміністративний устрій області. Також наведена комплексна характеристика населення області. Наведені дані щодо кількості населення та віко-статевої характеристики. Дані про місце його проживання населення.

Ключові слова: кількість населення, місце проживання, віко-статева характеристика.

ВСТУП

В Україні проводиться комплексне реформування системи надання медичної допомоги [3, 11] яке передбачає як структурні зміни в системі [9] так і запровадження якісної системи фінансування закладів охорони здоров'я [12]. Важливим кроком реформи є впровадження гарантованого державою пакету безоплатної медичної допомоги [2].

В межах структурної перебудови проводиться пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги [4] з вільним вибором населенням сімейних лікарів [10] та його правом визначати медичний маршрут пацієнта [6]. При цьому фінансування професійної діяльності сімейного лікаря залежить від кількості населення, яке до нього прикріпилося [7].

На рівні спеціалізованої медичної допомоги проводиться формування госпітальних округів [8] із створенням лікарень інтенсивного лікування [5] та запровадженням механізму «гроші ідуть за пацієнтом» [7] із залученням приватного сектору до надання медичної допомоги населенню в рамках державних гарантій, що призводить до формування ринку медичних послуг [2] та конкуренції між закладами охорони здоров'я різних форм власності [7].

Всі заклади охорони здоров'я змінюють свій юридичний статус із бюджетних установ на некомерційні підприємства [1].

Проведення реформи системи надання медичної допомоги потребує наявності комплексної інформації про населення, яке система має забезпечити медичними послугами.

Мета роботи – дослідити, проаналізувати та надати комплексну оцінку населенню Закарпатської області як основи до планування реформування системи надання медичної допомоги в регіоні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

При виконанні дослідження використано статистичний метод. Матеріалами дослідження стали дані Головного управління статистики в Закарпатській області.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На початку дослідження було вивчено адміністративний устрій області. Адміністративним центром

області є місто Ужгород. У складі області функціонує 13 адміністративних районів та 5 міст обласного значення. В області функціонує 609 населених пунктів, в т.ч.: міського типу – 30, в тому числі 11 міст із яких 6 міст районного значення та 19 селищ міського типу. В складі області мається 578 поселень сільського типу із яких всі є селами. В області функціонує 6 об'єднаних громад.

Територія області розділяється на три географічні ландшафтні зони, особливістю яких є розподіл незалежно від адміністративного поділу за геоморфологічними та біогеохімічними характеристиками. У відповідності з цими особливостями всі райони групують наступним чином:

- *низинна зона* – м. Ужгород, Ужгородський район, м. Мукачево, Мукачівський район, м. Виноградно, Виноградівський район та м. Берегово і Берегівський район;
- *передгір'я* – Тячівський, Свалявський, Хустський, Перечинський та Іршавський райони;
- *гірська зона* – Велико-Березнянський район, Міжгірський район, Воловецький і Рахівський райони.

Майже дві третини території області займають гори, решту Притисянська низовина.

Чисельність наявного населення області складає 1258,1 тис. осіб, у тому числі 465,5 тис. осіб міського населення та 792,6 тис. осіб сільського населення. Щільність населення складає 98,7 осіб/км².

Далі, на рис. наведені дані про чисельність населення області в динаміці 2005–2018 років.

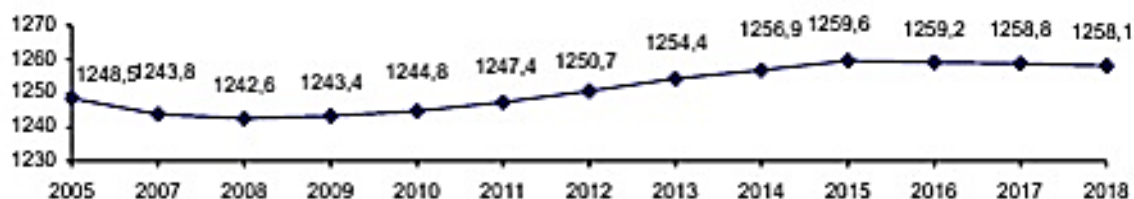
Як видно із даних, що наведені на рис. найменша кількість населення була зареєстрована в області в 2008 році – 1242,6 тис. осіб, яка до 2018 року зросла і склала 1258,1 тис. осіб.

Далі було вивчено в розрізі адміністративних територій та представлено в таблиці дані про територію кожної адміністративної території, чисельність населення та щільність розселення населення. Отримані дані наведено в табл. 1.

Аналіз наведених в табл. 1 даних вказує на те, що щільність розселення населення в розрізі адміністративних територій має достовірні відмінності. Найменша щільність населення зареєстрована в Великоберезнянському районі (32,6 осіб/км²), а найбільша в м. Ужгороді (3607,5).

Наступним кроком дослідження було вивчення віко-статевого складу населення області. Отримані дані щодо статевого розподілу населення наведено в табл. 2.

Чисельність наявного населення¹ (станом на 1 січня; тис. осіб)



¹ Розрахунки (оцінки) чисельності населення здійснено на основі наявних адміністративних даних щодо державної реєстрації народження і смерті та зміни реєстрації місця проживання. Дані попередні.

Рис. Наявне населення Закарпатської області, 2005–2018 рр. (тис. осіб)

Таблиця 1
Територія, чисельність та щільність наявного населення
в розрізі адміністративних територій (на 1 січня 2018 р.)

Адміністративна територія	Територія, тис. км ²	Чисельність наявного населення, осіб	Щільність населення, осіб/км ²
По області	12753,0	1258155	98,7
м.Ужгород	31,6	113996	3607,5
м.Берегово	37,0	24143	652,5
м.Мукачево	27,3	85892	3146,2
м.Хуст	71,0	31659	445,9
м.Чоп	6,2	8949	1443,4
Берегівський	617,4	50806	82,3
Великоберезньанський	810,0	26414	32,6
Виноградівський	696,8	121187	173,9
Воловецький	544,0	24175	44,4
Іршавський	944,5	100493	106,4
Міжгірський	1165,6	47715	40,9
Мукачівський	998,2	100460	100,6
Перечинський	631,3	31936	50,6
Рахівський	1892,1	92814	49,1
Свалявецький	673,0	54628	81,2
Тячівський	1817,6	175478	96,5
Ужгородський	863,7	71635	82,9
Хустський	925,7	95775	103,5

Таблиця 2
Статеві характеристики населення області та місце його проживання, 2017–2019 рр.

Показник	2017	2018	2019
Всього, тис осіб	1255,9	1255,3	1254,0
Чоловіки	603,5	603,5	461,0
Жінки	652,4	651,8	793,0
Частка від всього населення			
Чоловіки	48,1	48,1	36,8
Жінки	51,9	51,9	63,2
Місце проживання			
Міське	465,5	465,5	466,1
Сільське	793,3	792,6	790,7
Частка від всього населення			
Міське	37,0	37,0	37,1
Сільське	63,0	63,0	62,9

Аналіз наведених в табл. 2 даних вказує на те, що в області серед населення переважають жінки частка яких має тенденцію до зростання і в 2019 році складає 63,2%. Також частка сільського населення області переважає над міським населенням. Його частка в 2019 р. складає 62,9%.

Що стосується вікового складу населення, то станом на 1 січня 2019 року воно мало таку структуру: 0–14 років – 250332 (19,96%), 15–64 років 855614 (68,23%), 65 років і старше – 148023 (11,80%). В розрізі адміністративних територій області вікова структура населення має статистичні відмінності.

ВИСНОВКИ

Територія Закарпатської області розділяється на три географічні ландшафтні зони: гірська, низина та підгірська. У складі області функціонує 13 адміністративних районів та 5 міст обласного значення. В області функціонує 609 населених пунктів, в тому числі: міського типу – 30, в тому числі 11 міст із яких 6 міст районного значення та 19 селищ міського тип. В складі області мається 578 поселень сільського типу із яких всі є селами. Чисельність наявного

населення області складає 1258,1 тис. осіб у тому числі 465,5 тис. осіб міського населення та 792,6 тис. осіб сільського населення. Щільність населення складає 98,7 осіб/км². Найменша щільність населення зареєстрована в Великоберезнянському районі (32,6 осіб/км²), а найбільша в м. Ужгороді (3607,5). В області серед населення переважають жінки, частка яких має тенденцію до зростання і в 2019 році складає 63,2%. Також частка сільського населення області переважає над міським населенням. Його частка в 2019 році складає 62,9%. В області зареєстрована наступну вікову структуру населення: 0–14 років – 250332 (19,96%), 15–64 років 855614 (68,23%), 65 років і старше – 148023 (11,80%). В розрізі адміністративних територій області вікова структура населення має статистичні відмінності.

Отримані дані мають бути враховані в ході реформування системи надання медичної допомоги населенню на рівні регіону.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням системи надання медичної допомоги населенню в залежності від географічної ландшафтної зони.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України від 06.04.2017 р. № 2002 „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я” [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.ukrainepravo.com/law-making/bill_passed_by_legislature/zakon-ukraini-pro-vnesennya-zmin-do-deyakikh-zakonodavchikh-aktiv-ukraini-shchodo-udokonalennya-zak. – Назва з екрану.
2. Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html. – Назва з екрану.
3. Лехан В.М. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3 (спеціальний випуск). – С. 67-86.
4. Лехан В. М. Інноваційні підходи до забезпечення доступності первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню / В.М. Лехан, К.О. Надутий, Г.О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 3 (19). – С. 86–91.
5. Пархоменко Г. Я. Лікарня інтенсивної допомоги – лікарня європейського зразка / Г. Я. Пархоменко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 2. – С. 39–41.
6. Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях / Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда та ін. – К. : МОЗ України; НМАПО ім. П. Л. Шупика, УІСД, Дніпропетровська ДМА, Запорізька МАПО, Чернівецьке УОЗ, 2011. – 43 с.
7. Постанова КМУ від 25.04.2018 р. № 407 „Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік” [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/458646>. – Назва з екрану.
8. Постанова КМУ від 30 листопада 2016 р. № 932 “Про затвердження Порядку створення госпітальних округів” [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.medcv.gov.ua/archives/3586>. – Назва з екрану.
9. Слабкий Г. Нова структура закладів охорони здоров'я / Г. Слабкий // Практика управління медичним закладом. – 2011. – № 11. – С. 14–35.
10. Слабкий Г. О. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Г. О. Слабкий, І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Сімейна медицина. – 2014. – № 3 (53). – С. 25–27.
11. Слабкий Г.О. Уроки реформи охорони здоров'я в Україні: досягнення, невирішені питання, ризики, проблеми / Г.О. Слабкий, В.М. Лехан // Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю «Організація і управління охороною здоров'я. 2015». – 20-21 жовтня 2015. – С. 26–27.
12. Удосконалення економічного механізму управління галуззю та аналіз його впровадження і ефективності / М.В. Шевченко, О.О. Дорошенко, О.І. Левицький, та інш. // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік : [монографія] / за ред. Р. О. Богатирьової. – К., 2012. – С. 44–62.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.09.2019 р.

Характеристика населения Закарпатской области

И.М. Рогач, Д.В. Данко

Ужгородский национальный университет

В статье приведены данные об административном устройстве области. Также дана комплексная характеристика населения области. Приведены данные о количестве населения и возрастно-половые характеристики, данные о месте проживания населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: количество населения, место проживания, возрастно-половая характеристика.

Characteristic of population in Transcarpathian region

I.M. Rohach, D.V. Danko

Uzhhorod National University

The article provides data on administrative divisions of the region. It also includes a comprehensive characterization of the region population. The data on population number and age-and-sex characteristics, about the place of residence of the population are included in the article.

KEY WORDS: number of population, residence place, age-and-sex characteristics.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Рогач Іван Михайлович – доктор медичних наук, професор, звідувач кафедри соціальної медицини та гігієни УжНУ; 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Данко Дана Валеріївна – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри соціальної медицини та гігієни УжНУ; 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

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 Міністерства охорони здоров'я 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 Міністерства охорони здоров'я 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

Міністерства охорони здоров'я України»

П.С. Мельник

**РЕДАКЦІЯ ЖУРНАЛУ «ЕКОНОМІКА І ПРАВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»
ЗАПРОШУЄ АВТОРІВ ДО АКТИВНОЇ СПІВПРАЦІ!**

Тематична спрямованість журналу: міжнародний досвід розвитку економіки та права охорони здоров'я, економіка охорони здоров'я, медичне право, розвиток ресурсної бази охорони здоров'я тощо.

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, а також рекламний матеріал (корпоративна інформація).

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.

• Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

– тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);

– списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50);

– таблиць;

– рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

– резюме (українською, російською та англійською мовами).

• Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі.rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів):

ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

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

- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з **ДСТУ**, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

- Кількість ілюстрацій (рисунки, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х, XI). 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.

Редакційна рада