

ISSN 2077-6594



**УКРАЇНА.  
ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ**

*№ 3 (39), 2016*

**ЗАСНОВНИКИ**

Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»  
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»  
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

**Головний редактор журналу** – Слабкий Г.О.

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

**Відповідальний редактор** – Ситенко О.Р.

**Літературний редактор** – Ратаніна О.М.

**Дизайн і верстка** – Кривенко Є.М.

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

**РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ**

**Голова редакційної колегії** Лехан В.М.

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

Грузева Т.С.  
Децик О.З.  
Карамзіна Л.А.  
Ковальова О.М.  
Котуза А.С.

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

Сайдакова Н.О.  
Фера О.В.  
Чепелівська Л.А.  
Чопей І.В.  
Шатило В.Й.

**РЕДАКЦІЙНА РАДА**

**Голова редакційної ради** Запорожан В.М. (Одеса)

Авраменко О.І. (Київ)  
Бояр І. (Польща)  
Дудіна О.О. (Київ)  
Дудник С.В. (Київ)  
Жилка Н.Я. (Київ)  
Клименко В.І. (Запоріжжя)

Коваленко О.С. (Київ)  
Кудренко М.В. (Київ)  
Лашкул З.В. (Запоріжжя)  
Лобас В.М. (Донецьк)  
Майоров О.Ю. (Харків)  
Матюха Л.Ф. (Київ)

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

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

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (наказ Міністерства освіти і науки України від 12.05.2015 р. № 528).

Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

Протокол № 3 від 26.05.2016 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

Тел./факс: +380 44 576-41-19; 576-41-09

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПР від 24.12.2014 р.

Підписано до друку 27 травня 2016 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № 3665

**Видавець:**

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Адреса: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

**Видавник:**

«СПД ФО «Коломійчин В.Ю.»

Свідоцтво про державну реєстрацію В02 № 257914 від 09.12.2002 р.

Надруковано у МВЦ «Медінформ»

03179, м. Київ, вул. Котельникова, 95, тел./факс (044) 501-35-69

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 1194 від 15.01.2003 р.

Усі статті рецензовані. Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори.

Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції.

## ЗМІСТ

### АКТУАЛЬНА ТЕМА

<i>Білий В.Я., Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Кудренко М.В., Мельник І.П.</i> Розвиток системи лікувально-евакуаційних заходів як основи медичного забезпечення військ в особливий період .....	5
---	---

### ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ: ТЕНДЕНЦІ ТА ПРОГНОЗИ

<i>Шафранський В.В., Дудник С.В.</i> Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення .....	12
---	----

<i>Толстанов О.К., Дідик І.В.</i> Регіональні особливості захворюваності на злоякісні новоутворення передміхурової залози в Житомирській області .....	19
---	----

<i>Лобас М.В.</i> Характеристика захворюваності дорослого сільського населення Черкаської області .....	25
---	----

<i>Гребняк М.П., Федорченко Р.А.</i> Концептуальна модель профілактики несприятливого впливу атмосферних забруднень на здоров'я населення .....	31
--	----

<i>Сіліна Т.М., Бухановська Т.М., Паламарчук Д.В.</i> Вплив медико-соціальних факторів на репродуктивне здоров'я дівчаток-підлітків .....	36
---	----

<i>Чернявський В.В.</i> Распространенность заболеваний пародонта у работников ОАО «Запорожсталь» .....	42
--	----

### ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

<i>Клітинська О.В., Васько А.А.</i> Ранжування уражень каріссом зубів у дітей при ретроспективному аналізі первинної медичної документації .....	45
---	----

<i>Клітинська О.В., Лайош Н.В.</i> Особливості знеболювання в підлітків при проведенні амбулаторних стоматологічних втручань .....	50
---	----

<i>Мухіна Я.О.</i> Моніторинг біохімічних показників ротової рідини в дітей 6–7 років при проведенні профілактичних заходів .....	54
--	----

<i>Парій В.Д., Грищук С.М., Борис В.М.</i> Основні підходи до визначення лікарні інтенсивного лікування при створенні госпітального округу .....	59
---	----

### ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

<i>Дуфинець В.А., Грузсва Т.С.</i> Оцінка пацієнтами приватного офтальмологічного закладу якості медичної допомоги .....	65
---	----

### ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

<i>Борисова І.В.</i> Стимулювання медико-гігієнічної активності молоді – важливий напрямок поліпшення стоматологічного здоров'я .....	70
--	----

### БОРОТЬБА ІЗ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМИ ХВОРОБАМИ

<i>Слабкий Г.О., Білак–Лук'янчук В.Й.</i> Аналіз епідеміологічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області .....	76
---	----

<i>Миронюк І.С.</i> Оптимізована система епідагляду за ВІЛ-інфекцією в середовищі трудових мігрантів та їх близького оточення .....	85
--	----

### НАУКА – ПРАКТИЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

<i>Ярош В.О.</i> Взаємозв'язок між рівнем мозкового натрійуретичного пропептиду та морфофункціональним станом серця у хворих на гіпертонічну хворобу, ускладнену хронічною серцевою недостатністю зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка .....	89
---	----

<i>Якубовська І.А.</i> Вплив персоніфікованого харчування на вміст ліпідів у крові хворих з ураженнями жовчного міхура на фоні ожиріння з урахуванням компонентного складу тіла .....	94
---	----

### ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

<i>Ціборовський О.М., Сорока В.М.</i> Київська єврейська лікарня як зразок закладу громадської медицини .....	99
---	----

<i>Ціборовський О.М., Сорока В.М.</i> Олександрівська лікарня – головна лікарня міста Кисва у ХІХ столітті (до 140-річчя лікарні) .....	106
--	-----

## CONTENT

### ACTUAL THEME

- Bilyi V.Ya., Zhakhovsky V.A.,  
Livinsky V.G., Kudrenko M.V., Melnyk I.P.*  
**Development of medical-evacuation  
as a basis medical support in times of crisis** ..... 5

### HEALTH OF THE POPULATION: TENDENCIES AND FORECASTS

- Shafranskyi V.V., Dudnyk S.V.*  
**Mental health of the population of Ukraine: health  
status, problems and ways of solving problems** ..... 12

- Tolstanov O.K., Didyk I.V.*  
**Regional features of cancer cases  
of a prostate gland in Zhitomir region** ..... 19

- Lobas M.V.*  
**Characteristic of morbidity  
of adult rural population of Cherkasy region** ..... 25

- Grebnyak N.P., Fedorchenko R.A.*  
**Conceptual model of prevention adverse effects  
air pollution on population health** ..... 31

- Silina T.M., Bukhanovska T.M., Palamarchuk D.V.*  
**Effect of military conflict on reproductive health  
of adolescent girls with calculation of absolute risk  
of reproductive pathology** ..... 36

- Cherniavskiy V.V.*  
**The prevalence of periodontal disease  
in employees of JSC "Zaporizhstal"** ..... 42

### ORGANIZATION OF HEALTH CARE

- Klitynska O.V., Vasko A.A.*  
**Ranking damage dental caries in children  
with retrospective analysis primary medical records** ..... 45

- Klitynska O.V., Layosh N.V.*  
**Features of anesthesia in adolescents  
during outpatient dental procedures** ..... 50

- Mukhina Ya.O.*  
**Monitoring of biochemical indexes  
of mouth liquid in children 6–7 years old  
in conducting prophylactic measures** ..... 54

- Pariy V.D., Hryshchuk S.M., Borys V.M.*  
**The main approaches to the definition of a hospital  
intensive care when creating hospital districts** ..... 59

### QUALITY OF HEALTH CARE

- Dufynets V.A., Gruzieva T.S.*  
**Ophthalmologic evaluation of patients private  
establishment of quality health care** ..... 65

### FORMATION OF HEALTHY LIFESTYLE

- Borysova I.V.*  
**Medical-hygienic of young people activity stimulation  
is the important way of improvement dental health** ..... 70

### STRUGGLE AGAINST SOCIAL-DANGEROUS DISEASES

- Slabkyi G.O., Bilak–Lukianchuk V.Y.*  
**Analysis of the epidemiological situation  
of HIV/AIDS in the Transcarpathian region** ..... 76

- Myroniuk I.S.*  
**Optimized surveillance for HIV infection  
among labor migrants and their close environment** ..... 85

### THE SCIENCE FOR HEALTH CARE PRACTICE

- Yarosh V.O.*  
**The relationship between the brain  
natriuretic propeptide concentration  
and cardiac morphofunctional parameters  
in hypertensive patients with chronic heart failure  
with preserved ejection fraction** ..... 89

- Yakubovska I.A.*  
**Effect of patient-specific nutrition on lipid content  
in blood of patients with gallbladder disease  
against the background of obesity taking into account  
compositional analysis of the body** ..... 94

### HISTORY OF MEDICINE

- Tsiborovsky O.M., Soroka V.M.*  
**Kyiv Jewish Hospital – the example  
of the common medicine institution** ..... 99

- Tsiborovsky O.M., Soroka V.M.*  
**Alexander's Hospital – the main hospital  
in Kyiv (the 140th anniversary of Hospital)** ..... 106

УДК 614.2:616-082:355.69

В.Я. Білий<sup>1</sup>, В.О. Жаховський<sup>1</sup>, В.Г. Лівінський<sup>1</sup>, М.В. Кудренко<sup>2</sup>, І.П. Мельник<sup>3</sup>

## РОЗВИТОК СИСТЕМИ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ЯК ОСНОВИ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬК В ОСОБЛИВИЙ ПЕРІОД

<sup>1</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна<sup>2</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна<sup>3</sup>Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону, м. Вінниця, Україна

**Мета** – провести пошук системних підходів до формування ефективної системи лікувально-евакуаційних заходів з урахуванням її історичного розвитку.

**Матеріали та методи.** Об'єкт дослідження – система військової охорони здоров'я. Предмет – стан медичного забезпечення військовослужбовців. Методи – аналітичний, бібліосемантичний, системного підходу.

**Результати.** Система і стан військової охорони здоров'я в усі часи залежали від економічного розвитку держави, структури і чисельності військ, їх оснащення, рівня розвитку воєнного мистецтва, науки, охорони здоров'я тощо. Технічний прогрес і розвиток медичних технологій призводили до удосконалення системи медичного забезпечення військ.

**Висновки.** Для формування сучасної системи медичного забезпечення військ необхідні відповідна нормативно-правова база, загальнодержавна програма розбудови військової охорони здоров'я та її фінансове і матеріально-технічне забезпечення.

**Ключові слова:** медичне забезпечення, система лікувально-евакуаційних заходів.

### Вступ

У новій редакції Воєнної доктрини України визначено, що головна роль у забезпеченні воєнної безпеки, державного суверенітету і територіальної цілісності держави належить Збройним Силам України (ЗС України) [14]. Пріоритетним завданням для ЗС України визначено досягнення до 2020 р. повної сумісності з відповідними силами держав-членів НАТО. Одним із напрямів їх реформування та розвитку є модернізація системи медичного забезпечення з максимальною інтеграцією її з цивільною системою охорони здоров'я.

На виконання вимог Воєнної доктрини України Міністерство оборони України (МО України) опрацьовує проект Програми реформування та розвитку Збройних Сил України на період 2016–2020 роки, складовою частиною якої є розділ щодо реформування та розвитку системи медичного забезпечення.

З метою визначення основних напрямів і шляхів реформування системи військової охорони здоров'я автори пропонують розглянути еволюцію поглядів на розвиток системи лікувально-евакуаційних заходів (ЛЕЗ) як основи медичного забезпечення військ.

З історичного досвіду відомо, що в різні часи ЛЕЗ мали різний характер і зміст та залежали від розвитку соціально-економічних відносин, організаційної структури та чисельності військ, їх оснащення, рівня розвитку воєнного мистецтва, науки, системи охорони здоров'я держави тощо. Технічний прогрес та розвиток засобів ураження вели до змін організаційної структури

військ і характеру їх застосування, що поряд із розвитком технологій надання медичної допомоги закономірно призводило до трансформації та розвитку системи їх медичного забезпечення [9].

**Мета роботи** – дослідити роль ЛЕЗ у системі медичного забезпечення військ та їх залежності від розвитку структури і характеру застосування збройних сил, а також ресурсного забезпечення медичної служби.

### Матеріали та методи

Використано нормативно-правові акти з питань реформування і розвитку ЗС України та їх медичної служби, публікації у відкритих наукових джерелах. Методи – історичний, бібліосемантичний, аналітичний, системного підходу. Об'єкт – система медичного забезпечення ЗС України. Предмет – лікувально-евакуаційні заходи в динаміці їх розвитку.

### Результати дослідження та їх обговорення

За досвідом медичного забезпечення бойових дій у Другій світовій війні в Радянському Союзі була сформована система ЛЕЗ, яка передбачала етапне лікування поранених з евакуацією їх за призначенням, тобто до того лікувального закладу, де їм могла бути надана вичерпна медична допомога. Її основу склали комплект медичних підрозділів і військово-медичних закладів, передові та тиллові госпітальні бази і госпіталі тилу країни [5]. При цьому слід зазначити, що Радянська Армія за чисельністю, організаційною побудовою та

сценаріями застосування була розрахована на глобальну наступальну війну на чужій території з повною автономною системою медичного забезпечення військ, що відповідно відобразилося на побудові системи ЛЕЗ.

Система ЛЕЗ у Радянській Армії забезпечувала послідовне надання на розгорнутих етапах медичної евакуації (ЕМЕ), що мали для цього необхідні сили та засоби, всіх видів медичної допомоги: долікарської (фельдшерської), першої лікарської, кваліфікованої та спеціалізованої. Основою для розгортання ЕМЕ були відповідно: медичний пункт батальйону (в обороні), медичний пункт полку, окремий медичний батальйон (окрема медична рота, окремий медичний загін), військово-польові госпіталі передових і тилових госпітальних баз та госпіталі тилу країни.

Медичні підрозділи військових частин, а також військово-медичні частини і заклади відповідним чином були представлені в структурі військ. Кожний лінійний батальйон мав медичний пункт із фельдшером, а окремий батальйон – медичний пункт із лікарем. Основу медичної служби механізованого (танкового) полку становив медичний пункт полку, що призначався для надання першої лікарської допомоги. До складу дивізій входили окремі медичні батальйони (ОМедБ) (в артилерійських дивізіях – окремі медичні роти), основним призначенням яких було надання кваліфікованої медичної допомоги в повному або скороченому обсягах.

Медична служба армії мала у своєму складі декілька окремих медичних загонів (ОМЗ), медичний склад і медичний батальйон армії.

ОМЗ призначалися для підсилення медичних служб дивізій і використовувалися в якості маневру з ОМедБ для забезпечення безперервності в наданні кваліфікованої медичної допомоги у наступі або обороні. Медичний батальйон армії мав у своєму складі групи медичного підсилення, санітарно-епідеміологічний загін та автосанітарну роту. Групи медичного підсилення призначалися для підсилення розгорнутих ОМедБ та ОМЗ, а також для керівництва силами та засобами медичної служби, виділеними на евакуаційні напрямки в смузі дій армії [6].

Медична служба військового округу, крім стаціонарних військово-медичних закладів, мала у своєму складі медичні депо (МД) та кадри управління госпітальних баз (КУпрГБ), які в мирний час зберігали майно (медичне, речове, продовольче, КЕС тощо) і техніку, а також вели облік приписного складу для розгортання та укомплектування на час війни сил і засобів медичної служби фронту, основу якої становили: органи управління, передові і тилкові госпітальні бази, інші військово-медичні частини і заклади (лікувальні, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні, заклади забезпечення медичним майном, технікою та киснем, санітарно-транспортні частини) [4].

Передова госпітальна база (ПГБ) мала у своєму складі управління госпітальної бази, 27 військових польових госпіталів загальною ліжковою місткістю 9 300 ліжок, окремий батальйон матеріально-технічного забезпечення, станцію фельдшерсько-поштового зв'язку і

призначалася для медичного забезпечення військ першого ешелону фронту. Профілізація госпіталів ПГБ забезпечувала надання спеціалізованої медичної допомоги і спеціалізоване лікування поранених (хворих) з термінами лікування та повернення до строю до 30 діб.

Тилова госпітальна база (ТГБ) мала у своєму складі управління базою, 32 лікувальні заклади загальною ліжковою місткістю 17,5 тис. штатних ліжок, окремий батальйон матеріально-технічного забезпечення, автомобільну санітарну роту та станцію фельдшерсько-поштового зв'язку. На відміну від ПГБ, лікувальні заклади ТГБ були вузькоспеціалізованими: нейрохірургічні, торакоабдомінальні, травматологічні, опікові тощо, а структура їх ліжкового фонду була розподілена таким чином, відповідаючи структурі очікуваного вхідного потоку поранених (хворих).

ТГБ або окремі її госпіталі планувалося розгорнути поблизу залізничних станцій, що давало можливість використовувати для їх завантаження та розвантаження санітарні поїзди і летючки. Завдання ТГБ – прийом та лікування поранених (хворих), що надходять із військ другого ешелону фронту, резервів, інших частин і з'єднань, розташованих у глибині тилової смуги оборони, а також переданих із ПГБ з метою їх вивільнення із загальними термінами лікування до 60 діб. Не виключалася можливість розгортання госпіталів ТГБ на вихідних позиціях військ фронту замість ПГБ в інтересах збереження останніх для маневру при веденні наступальної операції.

Така система ЛЕЗ, як основа медичного забезпечення військ, разом із комплектом сил і засобів для її розгортання залишилася у спадок від колишньої Радянської Армії та стала основою для побудови медичної служби ЗС України. Будучи розрахованою на широкомасштабну війну, вона була громіздкою, дорогою в економічному та необґрунтованою у військовому відношеннях. Більше того, для повного укомплектування військово-польових госпіталів ПГБ і ТГБ необхідно було мобілізувати практично всіх медичних фахівців (лікарів і медичних сестер) системи охорони здоров'я України, а достатньої кількості медичних фахівців окремих вузьких спеціальностей (нейрохірургів, судинних хірургів тощо) взагалі не було.

Доктринальні документи щодо захисту новоствореної української держави мали оборонну спрямованість і не передбачали можливості ведення бойових дій на територіях інших держав, що обумовило процеси скорочення кількості військових формувань і чисельності військ у ході створення власних збройних сил. Військові округи були переформовані в оперативні командування, армії – в армійські корпуси, дивізії – у бригади.

Враховуючи те, що система медичного забезпечення має відповідати структурі та чисельності військ, а також характеру та порядку їх застосування, не оминули ці процеси і військово-медичну службу та призвели до пошуку нових організаційних форм медичного забезпечення. Як результат, відпала необхідність в утриманні громіздких військових

формувань, насамперед ПГБ і ТГБ. На кінець 90-х років ОМедБ дивізій, які до цього часу вважалися «головною операційною на війні», були переформовані у медичні роти бригад, із завданням надання першої лікарської допомоги, а хірургічні втручання зводилися переважно до невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги.

Сили і засоби медичних служб армій стали основою для формування польових центрів медичного забезпечення (ПЦМЗ), основними завданнями яких були: прийом, медичне сортування поранених (хворих), надання їм кваліфікованої медичної допомоги та підготовка до евакуації у пересувну госпітальну базу (ПерГБ); тимчасова госпіталізація нетранспортабельних поранених (хворих); лікування легко поранених (легко хворих) із термінами відновлення боєздатності до 15 діб; тимчасова ізоляція інфекційних хворих тощо [8, 15]. Військово-польові пересувні госпіталі (ВППГ) ПЦМЗ були багатопрофільними, що давало можливість використовувати їх замість розформованих ОМедБ та ОМО самостійно на окремих напрямках або для медичного забезпечення військ при їх застосуванні під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру.

ТГБ були виключені зі складу медичної служби ЗС України, а ПГБ переформовані у ПерГБ з основним завданням щодо надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги і лікування поранених (хворих). Військово-польові хірургічні госпіталі (ВПХГ), що становили основу ПерГБ, були багатопрофільними і за умов відповідного підсилення мали можливість надавати спеціалізовану медичну допомогу.

Передбачалося, що завершальним етапом медичної евакуації в сучасній системі ЛЕЗ замість ТГБ і госпіталів тилу країни стануть лікувальні заклади територіальних госпітальних баз Міністерства охорони здоров'я України (ТерГБ МОЗ України), які призначені для надання у воєнний час кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям, їх лікування і реабілітації в оперативному й стратегічному тилу, а в мирний час можуть бути використані для надання медичної допомоги цивільному населенню у випадку виникнення надзвичайної ситуації природного або техногенного характеру.

ТерГБ МОЗ України передбачається утворювати на базі лікувальних закладів МОЗ України і управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, які розташовані в межах однієї області. Госпіталі ТерГБ формуються за рахунок медичного персоналу, фондів та інфраструктури забезпечення на базі лікувальних закладів МОЗ України. Кількість лікувальних закладів та їх ліжкова місткість у різних ТерГБ неоднакова і залежать від кількості та місткості лікувальних закладів конкретної області, воєнно-адміністративного поділу держави та потреби військ.

Формування ТерГБ МОЗ України стало першим реальним кроком на шляху формування «єдиного медичного простору» та дало змогу зменшити мобілізаційне навантаження на людські та матеріальні ресурси держави [1].

Одночасно із формуванням системи ЛЕЗ на особливий період була побудована система медичного ЗС України мирного часу за трьома вертикалями: лікувально-профілактичної, санітарно-гігієнічної та протиепідемічної, медичного постачання, а також була створена система військово-медичної освіти і науки, якої до цього взагалі не існувало на території України.

Як результат, була сформована нова система медичного забезпечення військ, що мала відповідне ресурсне забезпечення, у тому числі система ЛЕЗ, яка була спроможною для медичного забезпечення ЗС України у визначених варіантах їх застосування, здатна до необхідного мобілізаційного розгортання та інтегрована з державною системою охорони здоров'я.

Подальше реформування ЗС України, зміни порядку і способів їх застосування, призвели до необхідності удосконалення організаційної структури медичної служби та принципів її діяльності. Як результат, був запроваджений територіальний принцип медичного забезпечення військ [10], створені військово-медичні клінічні центри (ВМКЦ) (головний і регіональні) з визначеними зонами відповідальності [11], військові мобільні госпіталі (ВМГ), які, на відміну від ВППГ, утримуються у постійній готовності до застосування і не потребують тривалого часу для проведення мобілізаційних заходів [12].

ВМГ є мобільним, спеціалізованим, багатопрофільним, лікувальним закладом ЗС України та призначений для надання пораненим (хворим) першої лікарської, кваліфікованої та окремих елементів спеціалізованої медичної допомоги, їх лікування та підготовки до евакуації в лікувальні заклади вищого рівня у мирний та воєнний час.

У цей же період медична служба ЗС України поповнилася засобами аеромедичної евакуації, зокрема літаком АН-26 «Віта», були також спроби створити для евакуації поранених декілька ланок санітарних гелікоптерів, проте через обмежене фінансування вони не увінчалися успіхом.

Як результат, існуюча система ЛЕЗ була удосконалена за рахунок введення в систему медичного забезпечення військ ВМКЦ, ВМГ і засобів аеромедичної евакуації та передбачала послідовне надання медичної допомоги на існуючих ЕМЕ. Евакуація поранених (хворих) здійснюється з медичних пунктів (медичних рот) до ВМГ, ВППГ ПЦМЗ, а після надання відповідної медичної допомоги та лікування – у госпіталі ПерГБ або ж (залежно від оперативної обстановки) – у заклади охорони здоров'я МО України та ТерГБ. Ця система ЛЕЗ мала забезпечувати своєчасне, послідовне, спадкоємне та якісне надання медичної допомоги і лікування поранених (хворих) в усіх варіантах застосування ЗС України. Її ефективність у мирний час була підтверджена реальними результатами роботи, а численні навчання різного рівня, що проводилися у ЗС України за участю медичної служби, давали можливість стверджувати про її доцільність та ефективність в особливий період.

Виконання таких програм реформування та розвитку ЗС України призвело до подальшого скорочення

чисельності військ, а відповідно – і чисельності медичної служби, кількості медичних підрозділів і військово-медичних закладів, а заходи реформування, що проводилися керівництвом ЗС України, практично були зведені до неконтрольованого скорочення військово-медичної служби [16].

Через хронічне недофінансування прогресивно погіршувалося матеріально-технічне забезпечення медичної служби, поповнення та оновлення запасів медичного майна і ліків у «недоторканих запасах» не проводилось, все, що залишалося придатним до використання, було вже вилучене на поточне постачання. На кінець 2013 р., тобто напередодні антитерористичної операції (АТО), медичне обладнання, переважна більшість якого надійшла на забезпечення медичних підрозділів військових частин і з'єднань та військово-медичних закладів ще за радянських часів, морально і фізично застаріло. Медична і санітарна техніка давно виступила встановлені терміни та використали ресурси, переважно списані та навіть при їх наявності перебували у неробочому стані. Забезпеченість лікарськими засобами і перев'язувальними матеріалами була недостатньою, відсутні індивідуальні засоби медичного захисту. Через відсутність необхідної системи підготовки кадрів виник значний некомплект медичного персоналу, насамперед у медичних підрозділах військових частин і з'єднань, де майже третина посад військових лікарів була вакантною.

Крім того, медична служба військових частин і з'єднань втратила організаційні структури та спроможності медичних рот, які до цього часу були основою медичного забезпечення у військах. Також були розформовані та виключені із складу медичної служби ЗС України ПЦМЗ та ПерГБ.

За таких умов система ЛЕЗ була позбавлена основних сил та засобів і на початок АТО на Сході України виявилася неспроможною для надання медичної допомоги пораненим на полі бою та, за винятком 5 ВМГ, не мала засобів для надання кваліфікованої, а тим більше спеціалізованої медичної допомоги в районах, наближених до районів бойових дій. Більше того, враховуючи незавершеність процесів формування і підготовки до застосування ТерГБ та відсутність сучасних засобів медичної евакуації медична служба практично втратила можливість здійснення медичного забезпечення військ в особливий період, за виключенням обмеженого короткочасного військового конфлікту.

Зважаючи на зазначене, терміново були проведені заходи щодо створення системи медичного забезпечення АТО, основу якої склали: Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» (НВКМЦ «ГВКГ»), визначені ВМКЦ регіонів та окремі військові госпіталі (ВГ) [2].

З метою компенсації організаційної та функціональної неспроможності медичних підрозділів військових частин і з'єднань було сформовано 31 мобільну лікарсько-сестринську бригаду для надання медичної допомоги безпосередньо у військових підрозділах, у подальшому були розгорнуті військові мобільні госпіталі.

Підсилення транспортними засобами для медичної евакуації (санітарні автомобілі та реанімобілі) на перших порах проводилося шляхом внутрішнього перерозподілу за рахунок ВМКЦ та ВГ, розташованих поза межами АТО, а в подальшому – за рахунок відмобілізування двох автосанітарних рот, допомоги волонтерів, громадських організацій та громад окремих населених пунктів.

На цей час медичні пункти та медичні роти військових частин і з'єднань розгорнуті до повного штату, доукомплектовані особовим складом, забезпечені необхідним медичним майном, але реального їх застосування у системі ЛЕЗ АТО досі немає.

За складних умов було налагоджено таку систему надання медичної допомоги та лікування поранених [7]:

– перша медична допомога на блокпостах, взводних і ротних опорних пунктах, позиціях батарей надавалася пораненим у порядку само- та взаємодопомоги, а також штатними і позаштатними санітарами та санітарними інструкторами рот (батарей);

– долікарська та перша лікарська допомога надавалася у базових таборах особовим складом штатних медичних підрозділів дивізіонів, батальйонів, батальйонних тактичних груп, бригад, а також приданими мобільними лікарсько-сестринськими бригадами;

– надання кваліфікованої з елементами спеціалізованої медичної допомоги організовано в розгорнутих ВМГ, Дніпропетровському ВГ та ВМКЦ Північного регіону, а також 17 центральних районних лікарнях в зоні бойових дій та в Дніпропетровській обласній клінічній лікарні імені І.І. Мечнікова.

Після надання необхідної медичної допомоги та стабілізації стану поранених їх евакуювали до НВМКЦ «ГВКГ», інших ВМКЦ регіонів та вищезазначених цивільних закладів охорони здоров'я.

Вивіз поранених безпосередньо з осередків санітарних втрат (поля бою, опорних пунктів, блокпостів) у зоні АТО здійснювався з урахуванням умов бойової та медико-тактичної обстановки переважно транспортом загальновійськового призначення, у тому числі броньованим, а подальша їх евакуація до медичних підрозділів, військових і цивільних закладів охорони здоров'я проводилася штатним санітарним транспортом медичної служби військової ланки, окремих автомобільних санітарних рот, транспортно-бойовими вертольотами і літаками, а також цивільними каретами швидкої медичної допомоги і навіть волонтерами.

Аналізуючи стан та ефективність системи медичного забезпечення, слід зазначити, що за час проведення санітарні втрати ЗС України сягнули понад 8,5 тис. осіб, що в середньому становить 13–14 осіб на добу [3]. За такої кількості щоденних санітарних втрат існуюча система медичного забезпечення спроможна до своєчасного надання медичної допомоги пораненим та їх евакуації для подальшого лікування. Водночас в окремі періоди АТО санітарні втрати сягали 100 та більше осіб на добу і за таких умов наявних сил та засобів для своєчасного надання встановлених видів медичної допомоги і вчасної евакуації поранених не вистачало. Це, своєю чергою, приводило до порушення термінів



надання медичної допомоги та зростання кількості ускладнень.

Таким чином, досвід медичного забезпечення АТО показав, що існуюча система медичного забезпечення військ, зокрема система ЛЕЗ, не повною мірою відповідає потребам ЗС України у можливих варіантах їх застосування з огляду на існуючі воєнні загрози державі. За таких умов зволікання з реформуванням системи медичного забезпечення військ є неприпустимим.

З метою удосконалення медичного забезпечення військовослужбовців, які беруть участь в АТО на Сході України, надання їм спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги, лікування та реабілітації у МО України опрацьовано проект відповідної постанови Кабінету Міністрів України, яким передбачено створити Тимчасові функціональні об'єднання закладів охорони здоров'я адміністративно-територіальних одиниць у визначених областях та утворити резерв профільних ліжок у закладах охорони здоров'я НАМН України. Проект постанови пройшов необхідні погодження в центральних органах виконавчої влади і Національній академії медичних наук України (НАМН України), правову експертизу у Міністерстві юстиції України та перебуває на розгляді в Секретаріаті Кабінету Міністрів України. Прийняття зазначеної постанови дасть змогу упорядкувати залучення цивільних ЗОЗ для лікування поранених військовослужбовців під час АТО та вирішити існуючі організаційні проблеми та питання компенсації фінансових і матеріальних затрат ЗОЗ на ці потреби.

Аналіз історичного розвитку системи ЛЕЗ у загальній системі медичного забезпечення військ, досвід медичного забезпечення АТО, перспективи і можливий характер застосування ЗС України, завдання керівництва держави щодо досягнення ЗС України стандартів та спроможностей військ НАТО до 2020 р. [13, 14] також свідчать про необхідність термінового реформування системи медичного забезпечення військ та створення сучасної системи ЛЕЗ.

На думку авторів, формування сучасної системи ЛЕЗ передбачає:

- запровадження структури медичних підрозділів військових частин і з'єднань та мобільних військово-медичних закладів відповідно до покладених на них завдань, укомплектування їх підготовленим медичним персоналом, забезпечення сучасним медичним обладнанням і санітарно-технічним оснащенням та передбачення можливості підсилення за рахунок закладів охорони здоров'я МО України;

- удосконалення підходів та принципів залучення цивільних закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги, лікування і реабілітації поранених (хворих) військовослужбовців, а також завчасна підготовка їх до виконання завдань за призначенням в особливий період;

- чітке визначення видів медичної допомоги, що надаватимуться на відповідних ЕМЕ (рівнях медичного забезпечення);

- створення сучасної системи управління медичним забезпеченням ЗС України;

- досягнення часових показників надання медичної допомоги пораненим за принципом 10 – 1 – 2, що означає: надання першої медичної допомоги протягом 10 хв. після поранення; проведення реанімаційних заходів та надання необхідної допомоги лікарем загальної практики протягом першої години, а також надання невідкладної хірургічної допомоги протягом однієї, але не пізніше двох годин кожному пораненому.

За таких умов першочерговими заходами на шляху удосконалення системи медичного забезпечення ЗС України мають стати:

- визначення ролі, завдань, місця, структури та оснащення медичних пунктів батальйонів (полків) і медичних рот бригад;

- удосконалення структури та оснащення ВМГ;
- формування штатних груп медичного підсилення;

- удосконалення механізму залучення до системи ЛЕЗ цивільних закладів охорони здоров'я;

- забезпечення військ сучасними броньованими засобами вивезення поранених з поля бою, медичної та аеромедичної евакуації;

- створення сучасної системи інформаційної підтримки та управління медичним забезпеченням ЗС України з єдиним органом управління на стратегічному рівні.

Проте, незважаючи на те, що майже два роки тривають бойові дії на Сході України, практично щодня гинуть та отримують поранення наші військовослужбовці, зазначені проблеми та ймовірні шляхи їх вирішення перебувають у стані обговорення і не мають необхідної підтримки в керівництві ЗС України і держави.

Заходами декількох хвиль мобілізацій вдалося поповнити некомплект медичних служб військових частин і з'єднань, проте опрацьовані ще в минулому році сучасні штати медичних рот, до складу яких входять одне стаціонарне та декілька (відповідно до кількості батальйонів) мобільних медичних відділень, у ЗС України не запроваджені.

Проект Военно-медичної доктрини України, розроблений у МО України, тривалий час перебуває на розгляді в Адміністрації Президента України і не затверджений, що стримує опрацювання Державної цільової програми розбудови військової охорони здоров'я України та реалізацію її положень щодо формування єдиного медичного простору у воєнний час.

## Висновки

Історія розвитку системи ЛЕЗ свідчить про її залежність та похідність від структури і порядку застосування військ, а також стану матеріально-технічного забезпечення медичної служби.

Існуюча система медичного забезпечення ЗС України, насамперед структура медичної служби, її оснащеність та укомплектованість, система ЛЕЗ потребують розвитку та удосконалення.

Сучасна система ЛЕЗ має забезпечувати своєчасне, послідовне, спадкоємне і якісне надання медичної допомоги та лікування поранених військовослужбовців в усіх варіантах застосування ЗС України.

Формуванню сучасної системи медичного забезпечення військ сприятиме прийняття Воєнно-медичної доктрини України, Державної цільової програми розбудови військової охорони здоров'я України та організація належного виконання їхніх вимог і положень.

## Література

1. *Бадюк М. І.* Методологічні основи дослідження формування єдиного медичного простору на особливий період / М. І. Бадюк // Проблеми військової охорони здоров'я : збірник наук. праць УВМА. – Вип. 18. – Київ : УВМА, 2007. – С. 3–10.
2. *Досвід організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у ході антитерористичної операції* : матеріали наук.-практ. конф. 18.12.2014 р. – Київ : УВМА, 2014. – 106 с.
3. *Електронний ресурс*, 29.01.2016. – Режим доступу : <http://visti.pro/uk/podiyi/za-chas-ato-na-donbasi-zaginu-v-21-perovno-litniy-yunak-poroshenko>, За час АТО на Донбасі загинув 21 неповнолітній юнак – Порошенко.
4. *Задачи и организационно-штатная структура госпитальных баз фронта.* – Москва : ВМФ при ЦИУВ, 1983. – 168 с.
5. *Иванов Н. Г.* Организация медицинского обеспечения объединений в операциях / Н. Г. Иванов, О. С. Лобастов. – Ленинград : ВМА, 1984. – 429 с. – Таємно.
6. *Кудинов А. В.* Организация медицинского обеспечения частей и соединений Сухопутных войск в мирное время / А. В. Кудинов. – Ленинград : ВМА, 1985. – 302 с.
7. *Медичне забезпечення Збройних Сил України в антитерористичній операції: досвід та напрями його удосконалення* / В. Л. Савицький [та ін.] // Військова медицина України. – 2015. – № 1. – С. 5–11.
8. *Пасько В. В.* Система медичного забезпечення Збройних Сил України в умовах воєнних конфліктів різної інтенсивності / В. В. Пасько, М. І. Бадюк, А. С. Котуза // Військова медицина України. – 2005. – № 1. – С. 5–11.
9. *Пасько В. В.* Організація медичного забезпечення військ : підручник для студентів вищих медичних закладів освіти України III–IV рівнів акредитації / В. В. Пасько; за ред. проф. Паська В. В. – Київ : МП Леся, 2005. – 430 с.
10. *Положення про організацію та здійснення медичного забезпечення Збройних Сил України за територіальним принципом* : наказ Міністра оборони України від 10.05.2007 р. № 235 [Електронний документ]. – Режим доступу : [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
11. *Про затвердження Положення про Військово-медичні клінічні центри Збройних Сил України* : наказ Міністра оборони України від 20.02.2008 р. № 59 [Електронний документ]. – Режим доступу : [www.mil.gov.ua](http://www.mil.gov.ua). – Назва з екрана.
12. *Про затвердження Положення про мобільний госпіталь (багатопрофільний, на 100 ліжок)* : наказ Міністра оборони України від 20.02.2008 р. № 57 [Електронний документ]. – Режим доступу : [www.mil.gov.ua](http://www.mil.gov.ua). – Назва з екрана.
13. *Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 6 травня 2015 року «Про Стратегію національної безпеки України»* : Указ Президента України від 26.05.2015 р. № 287/2015 [Електронний документ]. – Режим доступу : [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
14. *Про рішення РНБО України від 2 вересня 2015 року «Про нову редакцію Воєнної доктрини України»* : Указ Президента України від 24.09.2015 р. № 555/2015 [Електронний документ]. – Режим доступу : [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
15. *Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования* : материалы науч.-практ. конф. / под ред. В. Я. Белого. – Киев : Логос, 1996. – 344 с.
16. *Система медичного забезпечення Збройних Сил України: сучасний стан і напрями розвитку з огляду на тенденції змін у порядку застосування військ* / В. Б. Андронатій, В. О. Жаховський, О. Ю. Булах, В. Г. Лівінський // Наука і оборона. – 2014. – № 3. – С. 23–29.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.04.2016 р.

**Развитие системы лечебно-эвакуационных мероприятий как основы медицинского обеспечения войск в особый период**

*В.Я. Бельий<sup>1</sup>, В.А. Жаховский<sup>1</sup>,  
В.Г. Ливинский<sup>1</sup>, Н.В. Кудренко<sup>2</sup>, И.П. Мельник<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Украинская военно-медицинская академия,  
г. Киев, Украина

<sup>2</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
МЗ Украины», г. Киев, Украина

<sup>3</sup>Военно-медицинский клинический центр  
Центрального региона, г. Винница, Украина

**Цель** – поиск системных подходов к формированию эффективной системы лечебно-эвакуационных мероприятий с учетом их исторического развития.

**Материалы и методы.** Объект исследования – система военного здравоохранения. Предмет – состояние медицинского обеспечения военнослужащих. Методы – аналитический, библиосемантический, системного подхода.

**Результаты.** Система и состояние военного здравоохранения во все времена зависели от экономического развития государства, структуры и численности войск, их оснащенности, уровня развития военного искусства, науки, здравоохранения и т.п. Технический прогресс и развитие медицинских технологий содействовали усовершенствованию системы медицинского обеспечения войск.

**Выводы.** Для формирования современной системы медицинского обеспечения войск необходима соответствующая нормативно-правовая база, общегосударственная программа построения системы военного здравоохранения, ее финансовое и материально-техническое обеспечение.

**Ключевые слова:** медицинское обеспечение, система лечебно-эвакуационных мероприятий.

**Development of medical-evacuation as a basis medical support in times of crisis**

*V.Ya. Biliy<sup>1</sup>, V.A. Zhakhovsky<sup>1</sup>,  
V.G. Livinsky<sup>1</sup>, M.V. Kudrenko<sup>2</sup>, I.P. Melnyk<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches  
of MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

<sup>3</sup>Military Clinical Medical Center  
of Central region, Vinnytsa, Ukraine

**Purpose** – search systemic approaches to the formation of an effective system of medical evacuation because of its historical development.

**Materials and methods.** Object of study – the military health care system. The subject – the state of medical support troops. Methods – analytical, bibliosemantic, systematic approach.

**Results.** The system of state and military health care has always depended on economic development, structure and number of troops and their equipment, the level of military art, science, health and so on. Technological progress and development of medical technology led to the improvement of the system of medical support.

**Conclusions.** To form a modern system of medical support required by the regulatory framework, a national program of development of military health care and its financial and logistical support.

**Key words:** medical support, curatively-evacuation system.

**Відомості про авторів**

**Білий Володимир Якович** – д.мед.н., проф., професор кафедри військової хірургії Української військово-медичної академії; вул. Госпітальна, 16, м. Київ, 01133, Україна.

**Жаховський Віктор Олександрович** – к.держ.упр., доц., провідний науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії; вул. 11 лінія, 1 м. Ірпінь, Київська область, 08203, Україна.

**Лівінський Володимир Григорович** – науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії; вул. 11 лінія, 1, м. Ірпінь, Київська область, 08203, Україна.

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

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

УДК 614.2:312.6:616.89

В.В. Шафранський<sup>1</sup>, С.В. Дудник<sup>2</sup>

## **ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ: СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ**

<sup>1</sup>Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

***Мета** – вивчити і проаналізувати стан психічного здоров'я населення України за період 2011–2015 рр., визначити проблеми і шляхи вирішення.*

***Матеріали та методи.** Дослідження проведено на основі статистичних даних ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» за період 2011–2015 рр. Використано такі методи: аналітичний, медичної статистики, порівняльний аналіз, системний підхід.*

***Результати та висновки.** Вивчено та проаналізовано захворюваність і поширеність хвороб класу розладів психіки та поведінки серед усього населення України, а також серед дорослого населення, працездатного і літнього віку залежно від місця проживання та статі. Досліджено проблеми сучасного стану психічного здоров'я українців і запропоновано шляхи вирішення цих проблем.*

***Ключові слова:** розлади психіки та поведінки, психічне здоров'я, захисні фактори, фактори ризику.*

### **Вступ**

**П**сихічне здоров'я – це такий стан благополуччя людини, при якому вона усвідомлює власні можливості, здатна справлятися з повсякденними життєвими труднощами, може плідно працювати та приносити користь суспільству, саме тому психічне здоров'я є невід'ємною частиною громадського здоров'я і має істотний вплив на стан країн та їх людський, суспільний та економічний потенціал. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), на даний час на планеті живе понад 450 млн людей, які страждають на ті чи інші психічні розлади, близько 15% жителів планети мають потребу у швидкій психіатричній допомозі та лікуванні психічних захворювань. Останнім часом ситуація щодо психічного здоров'я населення світу має тенденцію до погіршення і входить до числа найбільш серйозних проблем, що постали перед усіма країнами світу і зокрема Європейського регіону (ЄР), оскільки в той чи інший період життя проблеми психічного здоров'я виникають принаймні в кожній четвертій людині ЄР, і Україна не є винятком, до того ж виключно система охорони здоров'я не здатна забезпечити психічне здоров'я громадян: занадто багато чинників, які його формують, знаходяться поза сферою її діяльності, тому для повноцінної охорони психічного здоров'я обов'язково потрібна підтримка всіх державних секторів і держави в цілому [1, 5, 13].

**Мета роботи** – вивчити та проаналізувати стан психічного здоров'я населення України за період 2011–2015 рр., визначити проблеми та шляхи вирішення.

### **Матеріали та методи**

Дослідження проведено на підставі статистичних даних ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» за період 2011–2015 рр. Використано такі методи: аналітичний, медичної статистики, порівняльний аналіз, системний підхід.

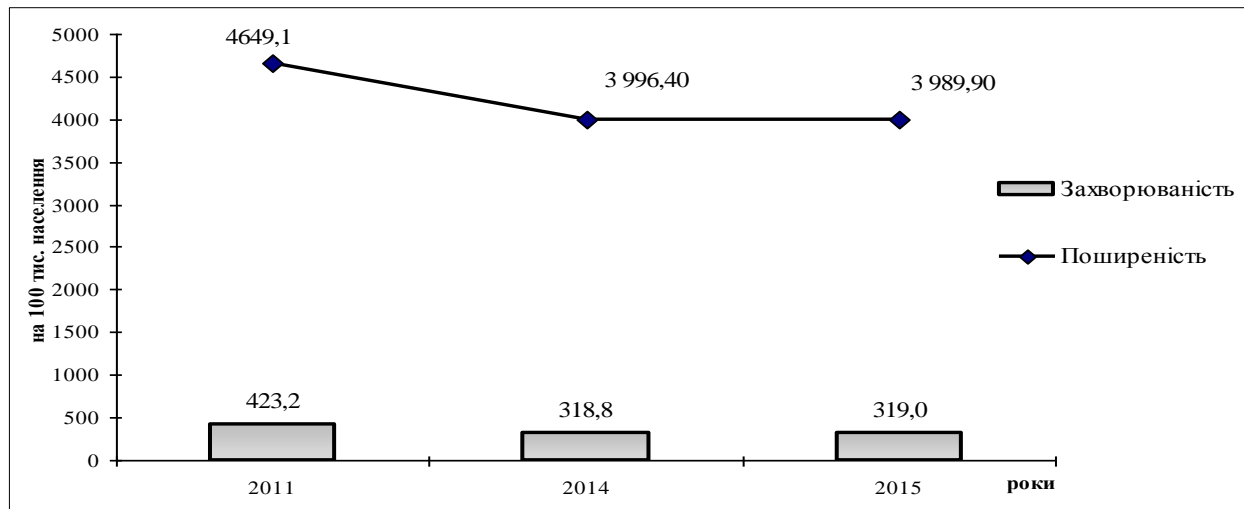
### **Результати дослідження та їх обговорення**

За результатами дослідження, 2,3% українців у 2015 р. страждали на розлади психіки та поведінки – 1 706 070 осіб (показник поширеності – 3989,9 на 100 тис. усього населення країни, щодо 2014 р. цей показник зменшився на 0,2%). Первинна захворюваність усього населення країни залишилась на практично тому ж рівні: зростання у 2015 р. на 0,06% щодо 2014 р. (2015 р. – 319,0 на 100 тис. усього населення країни; 2014 р. – 318,8). Рівень поширеності розладів психіки та поведінки був вищим серед сільських мешканців (4358,3 на 100 тис. відповідного населення), ніж серед міських (3823,1), на 14% (ця тенденція зберігалася і в попередніх роках). Також слід зазначити, що показники поширеності в сільській місцевості мали тенденцію до зростання у 2015 р. на 0,3% щодо 2014 р. На відміну від поширеності, рівень захворюваності на розлади психіки і поведінки був вищим серед міських мешканців (324,5 на 100 тис. відповідного населення), ніж серед сільських (306,7), на 5,8%, і також показники захворюваності мешканців міста мали тенденцію до зростання порівняно з 2014 р. на 1,2% (2014 р. – 320,7 на 100 тис. населення, 2015 р. – 324,5). Скоріше за все, це пов'язано з кращою доступністю медичної допомоги жителям міста.

У сільській місцевості показник захворюваності, навпаки, у 2015 р. знизився щодо 2014 р. на 2,5%

(2014 р. – 314,6; 2015 р. – 306,7) (рис.). Якщо розглядати поширеність розладів психіки та поведінки за статтю серед усього населення країни, то чоловіки мали більш ніж у 2 рази вищий показник поширеності (чоловіки –

5509,2 на 100 тис. відповідного населення, жінки – 2681,2 відповідно), а також і значно вищий рівень захворюваності (чоловіки – 410,2 на 100 тис.; жінки – 240,4 відповідно).



**Рис.** Динаміка захворюваності і поширеності розладів психіки та поведінки серед населення України за 2011–2015 рр. (на 100 тис. населення)

У структурі поширеності хвороб дорослого населення (18 років і старші) частка розладів психіки та поведінки у 2015 р. становила 2,5% (4280,7 на 100 тис. дорослого населення) і мала тенденцію до зростання щодо 2014 р. на 0,1% (2014 р. – 4276,8 на 100 тис.), первинна захворюваність зберігалася на тому ж рівні (295,3 на 100 тис. дорослого населення). При цьому в сільській місцевості поширеність (4847,8 на 100 тис. відповідного населення) та первинна захворюваність (304,4 на 100 тис.) були вищими за аналогічні показники серед міського населення (4032,4 та 291,3 на 100 тис.). Серед дорослого чоловічого населення країни розлади психіки та поведінки також превалювали над жіночими (чоловіки: поширеність – 6046,2 та захворюваність – 380,2 на 100 тис. відповідного населення; жінки: поширеність – 2826,8; захворюваність – 225,4).

Ще більший внесок розлади психіки та поведінки у 2015 р. мали в структурі поширеності хвороб серед працездатного населення – 3,55%. Таким чином, у структурі поширеності хвороб найбільш економічно активної, продуктивної частини населення країни частка розладів психіки та поведінки була більшою, ніж у структурах серед усього населення, дорослого населення і також населення у віці, старшому за працездатний, до того ж як поширеність, так і первинна захворюваність мали тенденцію до зростання. У 2015 р. поширеність зросла щодо 2014 р. на 0,25% (2014 р. – 4795,7 на 100 тис. працездатного населення; 2015 р. – 4807,7). Первинна захворюваність також мала тенденцію до зростання на 0,69% (2014 р. – 331,7 на 100 тис.; 2015 р. – 334,0).

Серед населення у віці, старшому за працездатний, 1,2% осіб хворіють на розлади психіки та поведінки. У 2015 р. зафіксовано зростання рівня поширеності

вищезазначеного класу хвороб на 0,17% щодо 2014 р. (2014 р. – 3147,5 на 100 тис. відповідного населення; 2015 р. – 3152,7). Захворюваність у 2015 р. становила 233,2 на 100 тис. населення і залишилась практично на тому ж рівні, що й у 2014 р. (234,0).

За даними Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, у цілому по психіатричних закладах України станом на 31.12.2015 р. штатні посади лікарів-психіатрів становили 7,82 на 100 тис. населення (на 0,6% менше, ніж у 2014 р.), укомплектованість фізичними особами штатних посад – 76,8% (на 1,25% менше, ніж у 2014 р.), укомплектованість фізичними особами штатних посад дитячих психіатрів – 74,52%, (на 1,0% менше, ніж у 2014 р.), кількість лікарів-психотерапевтів – 0,58 на 100 тис. населення, показник укомплектованості фізичними особами штатних посад – 62,6% (на 0,2% більше, ніж у 2014 р.). У 2015 р. лікарі-психологи обіймали 0,52 посади на 100 тис. населення, показник укомплектованості фізичними особами штатних посад становив 74,32% (щодо 2014 р. кількість штатних посад зросла на 10,6%, процент укомплектованості знизився на 2,2%). При цьому показник кількості лікарів-психіатрів на 100 тис. населення в Європейському Союзі дорівнював 12,9; у країнах, що приєднались до ЄС у 2004 р., – 8,9; у країнах південно-східного регіону – 8,0; країнах колишнього СРСР (СНД) – 5,6 [1, 13].

Для порівняння наводимо дані щодо психічного здоров'я населення Європи. За даними ВООЗ (2012 р.), 27% дорослого населення Європейського Союзу, Ісландії, Норвегії та Швейцарії у віці 18–65 років мали в минулому році хоча б один із психічних розладів (у т.ч. проблеми, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, психози, депресії, тривога та розлади харчової поведінки). Це

велика цифра (не менше ніж 83 млн осіб) людських втрат від поганого стану здоров'я, але вона неповна, оскільки не включає осіб старше 65 років. До того ж психоневрологічні розлади є третьою провідною причиною втрачених років життя унаслідок непрацездатності, скоригованих DALY (*Disability-adjusted life year*) в Європі, їх частка тягаря хвороб становить 15,2% після серцево-судинних захворювань (26,6%) та злоякісних новоутворень (рак) – 15,4%. Три з п'ятнадцяти провідних захворювань, що формують тягар хвороб (DALY), становлять психічні розлади, а саме: уніполярні депресивні розлади є третьою за значущістю причиною (3,8% всіх DALYs); розлади, викликані вживанням алкоголю, – шостою (2,9% 3,8% всіх DALYs); хвороба Альцгеймера та інші деменції – п'ятнадцятою причиною DALYs (1,9% всіх DALYs). У більшості країн Європейського Союзу 35–45% випадків невиходу на роботу пов'язані саме з проблемами психічного здоров'я. До того ж психічні розлади вносять найбільший вклад у хронічну патологію населення ЄР. За даними ВООЗ, психоневрологічні розлади посідають перше місце серед хвороб населення Європи за роками прожитих з інвалідністю (YLD), що становить 36,1% від усіх хронічних захворювань. Частка депресивних розладів складає 11–15% від усіх YLD, що займають перше місце, ставши провідним хронічним захворюванням в Європі; психічні розлади, пов'язані зі вживанням алкоголю, посідають третє місце в Європі (6,4% від усіх YLD); тривожні розлади – шосте (4% від усіх YLD), хвороба Альцгеймера та інші деменції – дев'яте (3% від усіх YLD); мігрень – одинадцяте (2,7%), шизофренія – п'ятнадцяте (1,8%), біполярні розлади – сімнадцяте місце (1,6% від усіх YLD) [7, 9, 12, 13].

Слід зазначити, що останніми роками населення України у зв'язку із соціально-економічними проблемами звертається по медичну допомогу в «крайніх випадках». На думку багатьох спеціалістів, а також експертів Асоціації психіатрів, цифра поширеності та захворюваності розладів психіки та поведінки в нашій країні не є показовою і далека від реальної, адже базується лише на кількості людей, які хоча б раз у своєму житті зверталися по психологічну або психіатричну допомогу, насправді вона близька до тієї, що спостерігається в інших країнах Європи. Слід розрізняти поняття психічних розладів і психічних захворювань: під розладом розуміють стан психіки, відмінний від нормального, і такий діагноз може поставити тільки лікар-психіатр. Утім порушення психічного здоров'я не завжди передбачає психічне захворювання: не кожне відхилення у психічному здоров'ї слід кваліфікувати як хворобу. Коли йдеться про психічні захворювання, то маються на увазі вже якісь психотичні розлади, коли пацієнт змушений лікуватися і перебувати під наглядом лікаря, але подібних небезпечних психічних проблем у нашому суспільстві менше, ніж таких відхилень, як наприклад депресії. Крім проблем з обізнаністю суспільства в Україні, на відміну від розвинутих країн, відсутня культура звернень до лікаря відповідної спеціалізації (психіатр, психолог), також існує певна стигматизація щодо людей, які мають психічні розлади або перебувають у стані емоційної напруги і звертаються по

допомогу до психіатра або психолога, на них найчастіше лягає відбиток «психічно ненормальних», тому найчастіше такі люди вимушені приховувати власні проблеми, щоб не увійти до категорії «психічно хворих» у розумінні оточуючих.

Рівень психічного здоров'я людини в кожен даний момент часу визначається численними соціальними, психологічними і біологічними факторами. Основні детермінанти зростання кількості психічних розладів у сучасному світі та за даними досліджень: зростання щільності населення, урбанізація, руйнування природного середовища, ускладнення виробничих і освітніх технологій, наростаючий інформаційний пресинг, зростання частоти виникнення надзвичайних ситуацій (НС), у т.ч. воєнних дій, погіршення фізичного здоров'я (у т.ч. репродуктивного), зростання числа травм головного мозку і родових травм, інтенсивне старіння населення. Також на психічне здоров'я впливають соціально-культурні тенденції: ослаблення сімейних і суцільських зв'язків і взаємодопомоги; почуття відчуженості від державної влади і системи управління; зростання матеріальних потреб «споживацьки» налаштованого суспільства; поширення статевої свободи; швидке збільшення соціальної та географічної мобільності. Найбільш уразливими з точки зору схильності до психічних розладів є групи, що знаходяться в несприятливій життєвій ситуації і найменш забезпечені ресурсами.

Усе вищевказане дало змогу ВООЗ поділити основні фактори, які впливають на психічне здоров'я населення, на дві групи: 1. Захисні фактори: соціальний капітал та соціальне забезпечення, здоровий спосіб життя матері під час вагітності, здорова обстановка в дитинстві, здоровий стан речей на роботі та вдома, здоровий спосіб життя; 2. Фактори ризику: бідність, погана освіта, невпорядкованість, великі борги; гіпотрофія плода, жорстоке поводження в дитинстві, погані стосунки з батьками, спадкові проблеми з психічним здоров'ям (у т.ч. генетичні фактори, що спричиняють дисбаланс хімічних речовин у мозку і виникнення, як приклад, депресивних розладів); непрацевлаштованість, ненадійність робочого місця, виробничий стрес; зловживання алкоголем або наркотиками; ситуації, пов'язані з впливом надзвичайних ситуацій та надзвичайного стресу. Також слід наголосити, що підтверджено досить комплексний взаємозв'язок між фізичними і психічними порушеннями. Неліковані психічні розлади призводять до несприятливих наслідків коморбідних соматичних захворювань. Особи з психічними розладами схильні до підвищеного ризику соматичних захворювань унаслідок зниження імунного захисту, недбалого ставлення до власного здоров'я, недотримання призначених схем лікування і бар'єрів до отримання необхідного лікування порушень фізичного здоров'я. Так, депресія може приводити до високого артеріального тиску, інфаркту міокарда, інсульту і, можливо, за даними досліджень, до раку, тобто депресія є незалежним чинником, що підвищує ризик виникнення хронічної патології, прогресування наявної і смертності. Серцево-судинні захворювання, рак і діабет можуть також підвищувати тягар депресивних розладів [5, 11, 13].



Розглянемо деякі захворювання та чинники, які мають найбільший вплив на стан психічного здоров'я. Так, на депресію страждають щонайменше 350 млн осіб у світі, більшість з яких не бажають визнавати, що хворі. Дуже часто вона починається у молодому віці, жінки страждають на неї частіше, ніж чоловіки. Саме депресія є лідируючою проблемою в області психічного здоров'я в Європі: щороку від тяжкої форми депресії страждає кожен п'ятнадцятий мешканець ЄР ВООЗ, від усіх форм депресії та тривожних розладів – 4 з 15 мешканців регіону. Депресія збільшує в 4 рази ризик самогубства (до 70% депресивних хворих виявляють суїцидальні тенденції, а 15% з них здійснюють самогубства) порівняно із загальною популяцією, що збільшується майже у 20 разів у найтяжчих хворих. За прогнозами ВООЗ, до 2020 р. депресивні розлади посідатимуть друге після кардіоваскулярних захворювань місце у світі як чинник інвалідності (в деяких країнах Західної Європи депресія вже стала першим чинником втрати повноцінних років життя).

В Україні, за даними 2014 р., на розлади психіки непсихотичного характеру страждають (серед яких превалюють депресивні розлади) 481 763 особи. Тільки у період 2008–2012 рр. поширеність депресивних розладів зростає з 65,37 до 73,6 особи на 100 тис. населення, а захворюваність – з 8,74 до 9,06 на 100 тис. населення. Останніми роками спостерігається незначне зростання випадків непсихотичних психічних розладів, зокрема депресивних, що не відповідає загальносвітовим тенденціям і також свідчить про неналежну та, відповідно, неповну організацію виявлення, реєстрації та надання допомоги людям із депресивними розладами. На думку асоціації психіатрів України, це пов'язано з відсутністю в діагностиці та лікуванні депресії в країні такої ланки, як сімейний лікар. Депресія виліковна, але близько 50% серйозних депресивних станів залишаються без лікування [3, 5, 7–9].

Важливим залишається той факт, що протягом останніх двох років через воєнні дії Україна вперше серйозно зіткнулась із великим потоком біженців (близько 2 млн осіб) та кількістю військових, більшість з яких зазнали впливу надзвичайно сильних стресових факторів, які відображаються на психічному здоров'ї і потребують обов'язкової корекції та лікування (найчастіше виникає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)). За оцінками ВООЗ, під час надзвичайних ситуацій від депресії і тривожних розладів страждає кожна п'ята людина. В Україні не було офіційної статистики відносно ПТСР, з 2015 р. МОЗ України вперше впровадило збір відповідних даних, зокрема, у військовослужбовців та дітей, у 2015 р. зареєстровано: стресовий розлад посттравматичний – 1149 осіб, реакція на важкий стрес та розлади адаптації – 821 особа, короткочасна депресивна реакція (розлад адаптації) – 208 осіб. Також наказом МОЗ України від 23.02.2016 № 121 затверджено адаптовану клінічну настанову, засновану на доказах, та уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги діагностичного кластеру F43 за МКХ-10 «Реакція на

важкий стрес та порушення адаптації», але слід зазначити, що для створення повноцінної системи реабілітації (з урахуванням досвіду інших країн) потрібно декілька років.

Зловживання алкоголем призводить до розладів психіки та поведінки і є провідним фактором ризику, займаючи перше-друге місце за впливом на формування глобального тягаря хвороб у багатьох країнах. Близько 5,1% загального глобального тягаря хвороб і травм обумовлені алкоголем, за оцінками показника DALY. За показником споживання міцних спиртних напоїв Україна посідає сьоме місце в рейтингу європейських країн. Дані Державної служби статистики та МОЗ України свідчать, що в країні від причин, безпосередньо викликаних алкоголем, щорічно вмирає 12–13 тис. осіб, опосередковано – близько 100 тис., алкоголь у 30% випадків є причиною передчасної смерті українських чоловіків. Протягом 2015 р. зареєстровано 2,0 тис. гострих алкогольних психозів, 26,9 тис. нових випадків хронічного алкоголізму, 3,5 тис. нових випадків захворювань на наркоманію. Усього у 2015 р. на обліку в закладах охорони здоров'я перебувало 535,9 тис. осіб, з яких 471,9 тис. – з приводу хронічних алкогольних розладів, 60,2 тис. – з приводу наркоманій, 3,8 тис. – з приводу гострих психотичних алкогольних розладів. Порівняно з попереднім 2014 р. показники захворюваності на хронічні алкогольні синдроми зменшилися на 5,7%, на гострі алкогольні психотичні розлади – на 11,7%, на наркоманії – на 3,4%. Аналіз захворюваності населення внаслідок вживання алкоголю в регіональному аспекті виявив високі рівні захворюваності на гострі психотичні алкогольні розлади в Черкаській (13,7 випадку на 100 тис.), Вінницькій (12,4), Чернігівській (11,3), Івано-Франківській (9,2), Донецькій (9,1) областях при середньому показнику в Україні – 4,7 випадку на 100 тис. Поширеність гострих психотичних алкогольних розладів у 2015 р. була найвищою у Хмельницькій (37,2 випадку на 100 тис.), Черкаській (23,3), Івано-Франківській (21,2), Донецькій (17,4), Чернігівській (16,0) областях. У більшості вказаних областей зареєстровано найвищі рівні поширеності хронічних алкогольних розладів (Хмельницька, Чернігівська, Івано-Франківська області) [2, 12].

Також слід зупинитись на впливі економічних спадів на психічне здоров'я у зв'язку з тим, що будь-яка економічна криза є дуже небезпечним періодом для психічного здоров'я як населення в цілому, так і для безпосередньо постраждалих від кризи людей та їхніх близьких, під час якої поширеність психічних розладів, запійного пияцтва, самогубств і смертей від зловживання алкоголем зростає. Тому уряди будь-яких цивілізованих країн мають удосконалювати заходи з підтримки психічного здоров'я. Економічна криза та стан психіки населення мають тісний прямиий зв'язок, тобто чим гірша економічна ситуація, тим більше погіршується стан психічного здоров'я. Економічні наслідки від психічних розладів (що виражаються здебільшого у вигляді зниження продуктивності праці) оцінюються для країн Європейського Союзу в 3–4% від обсягу валового національного продукту. Оскільки серйозні психічні розлади часто починаються в підлітковому або

юнацькому віці, зниження продуктивності праці може бути довготривалим. У країнах Європейського регіону ВООЗ на частку психічних розладів припадає більше третини всіх людино-років, втрачених через непрацездатність (33%). Таким чином, економічні негаразди впливають на чинники, які визначають психічне здоров'я, унаслідок чого захисні чинники слабшають, а фактори ризику, навпаки, посилюються. На психічне здоров'я населення працездатного віку сприятливо впливає гарантія зайнятості, відчуття можливості управляти своєю працею і соціальна підтримка на роботі. Навпаки, фінансові труднощі (бідність) і соціальна ізоляція є основними соціоекономічними факторами ризику психічних розладів. Як приклад, в Європейському Союзі зростання безробіття підвищило смертність від зловживання алкоголем на 28%. Таким чином, економічна криза негативно позначається на стані здоров'я населення, особливо психічного, тому ступінь впливу економічної кризи на психічне здоров'я населення залежить від прийнятих політичних рішень. За даними ВООЗ, несприятливому впливу кризи на психічне здоров'я протидіють активні програми з організації ринку праці, а також заходи з підтримки сімей, обмеження доступності алкоголю, програми щодо полегшення боргового тягаря і загальнодоступності служб охорони психічного здоров'я. У країнах з добре розвинутою системою соціального захисту населення занепад економіки менше позначається на стані психічного здоров'я. Дані по Європі показують, що економічна криза далеко не завжди погіршує розрив у стані здоров'я між різними верствами населення. Уряди повинні зосередитися на першочергових потребах найменш захищеної частини населення, забезпечуючи високий рівень охоплення самих малозабезпечених людей і підтримку сімей, що знаходяться в групі ризику. Прикладом може слугувати динаміка самогубств в Швеції та Іспанії у 1980–2005 рр. На початку 1990-х років Швеція пережила тяжку банківську кризу, яка потягнула за собою дуже швидке зростання безробіття, однак рівень самогубств за цей час не тільки не підвищився, але навіть неухильно знизився. Інша ситуація в Іспанії, яка пережила у 1970–1980-х роках ряд банківських криз. У міру зростання безробіття збільшилася кількість самогубств, коли ж рівень безробіття скоротився, то число самогубств зменшилося. Хоча між Швецією та Іспанією багато відмінностей, можна стверджувати, що головним серед них став обсяг ресурсів, виділених бюджетом на соціальний захист: підтримку сім'ї, виплату допомоги по безробіттю і охорону здоров'я. Таким чином, підтримка соціального забезпечення на державному рівні здатна підвищити стійкість спільнот перед обличчям економічних потрясінь і послабити вплив, який чинять на психічне здоров'я безробіття і стрес, що виникає від занепаду економіки. Сучасні дослідження свідчать, що вплив економічної кризи на психічне здоров'я можна знизити, діючи в п'яти основних напрямках: 1. Активні програми на ринку праці. 2. Програми підтримки сім'ї. 3. Контроль над цінами на алкоголь і його доступністю. 4. Первинна допомога

особам із підвищеним ризиком психічних розладів. 5. Програми щодо полегшення боргового тягаря [10].

У більшості країн, особливо в країнах із низьким і середнім рівнем доходу, служби охорони психічного здоров'я відчувають серйозний брак ресурсів, як кадрових, так і фінансових. Більшість із наявних ресурсів охорони здоров'я в даний час витрачається на спеціалізоване лікування та догляд за психічно хворими людьми, а меншість – на інтегровану систему охорони психічного здоров'я. Замість надання допомоги у великих психіатричних лікарнях країни слід інтегрувати охорону психічного здоров'я в первинну медико-санітарну допомогу, забезпечувати допомогу за цим профілем у лікарнях загальної практики і розвивати служби охорони психічного здоров'я на рівні громад.

Загальні витрати, пов'язані з психічними розладами, досить відчутні для економіки (Європейський Союз витрачає близько 170 млрд євро на рік, у США прями витрати на лікування становлять 148 млрд дол. США, або 2,5% валового національного продукту, депресія і тривожні розлади щорічно обходяться глобальній економіці в один трильйон доларів США), спостерігається значний розрив між тягарем психічних розладів і ресурсами, які виділяються на охорону психічного здоров'я. Приблизно у 28% країн не існує окремого бюджету на вирішення проблем психічного здоров'я, у 37% країн, де виділене фінансування щодо вищезазначеного класу, на психічне здоров'я надається менше 1% загального бюджету охорони здоров'я. У більшості країн значна частка цих економічних витрат лягає на плечі сімей унаслідок відсутності повноцінної та фінансованої системи служб надання допомоги людям із психічними розладами, до того ж сім'ям доводиться нести і соціальні витрати. Але останні дані дослідження під керівництвом ВООЗ, яке вперше оцінило переваги інвестицій в лікування найбільш поширених форм психічних хвороб у глобальних масштабах не тільки для здоров'я, але й для економіки, засвідчили, що інвестиції в лікування депресії і тривожних розладів окупаються в чотирикратному розмірі у вигляді поліпшеного здоров'я і здатності працювати (результати дослідження, опубліковані в журналі «The Lancet Psychiatry», свідчать на користь розширення інвестицій у службі з охорони психічного здоров'я в країнах з усіма рівнями доходу). Дослідження підраховувало витрати на лікування і результати щодо здоров'я в 36 країнах із низьким, середнім і високим рівнем доходу протягом 15 років (2016–2030 рр.), де можливі витрати на розширення масштабів лікування (психосоціальне консультування, лікування антидепресантами) становлять 147 млрд доларів США, при цьому окупність значно перевершує витрати, 5% збільшення працездатного населення і підвищення продуктивності оцінене в 399 млрд доларів, а покращене здоров'я приносить ще 310 млрд доларів.

Зміцнення психічного здоров'я є однією з провідних завдань сьогодення і включає ряд дій щодо забезпечення поваги і захисту основних громадянських, політичних, соціально-економічних і культурних прав людини, що є основою зміцнення психічного здоров'я,



при відсутності безпеки і свободи підтримувати високий рівень психічного здоров'я дуже складно. З урахуванням того, що на стан психічного здоров'я популяції впливає безліч факторів, які знаходяться за межами сектору охорони здоров'я в традиційному розумінні, саме уряди можуть надавати і впливати на багато з цих факторів на політичному рівні, але не треба забувати, що спрямованість державної політики може мати як позитивний, так і негативний вплив на психічне здоров'я населення, тому не слід ігнорувати і треба прораховувати, який вплив чинитимуть зміни в соціальній та економічній політиці на психічне здоров'я. Соціально-економічні фактори тісно взаємопов'язані, і при змінах в політиці в рамках одного сектору з'являється каскадний ефект, який стосується інших секторів, тому доцільно впровадити моніторинг впливу змін в економічній і соціальній політиці на стан психічного здоров'я населення. Цілком зрозуміло, що в державі повинна проводитись Національна політика щодо охорони психічного здоров'я населення з орієнтацією не тільки на психічні розлади, але й на більш широкі аспекти, що сприяють зміцненню психічного здоров'я. Це слід враховувати в стратегіях і програмах державного і недержавного секторів, які мають бути комплексними та багатосекторальними. До того ж Україна як держава-член ООН має виконувати завдання в рамках Цілей у галузі сталого розвитку, що вступили в дію з 1 січня 2016 р., у яких психічне здоров'я зазначено як глобальний гуманітарний пріоритет, що треба зміцнювати, у т.ч. за рахунок розширення служб з охорони психічного здоров'я. Першочергові шляхи зміцнення психічного здоров'я, включаючи рекомендації ВООЗ, такі: заходи в ранньому дитинстві; підтримка дітей; надання соціально-економічних можливостей жінкам; соціальна підтримка літніх людей; програми, націлені на вразливі групи населення, включаючи меншини, корінні народи, мігрантів і людей, постраждалих від конфліктів і стихійних лих; заходи щодо зміцнення психічного здоров'я в школах; заходи щодо зміцнення психічного здоров'я на робочих місцях; стратегії в області житлових умов; програми щодо

запобігання насильства; програми розвитку окремих спільнот; зменшення масштабів убогості і соціальний захист незаможних; антидискримінаційні закони і кампанії; зміцнення прав і можливостей осіб із психічними розладами та турботи про них [1, 4, 6].

### Висновки

Таким чином, стан психічного здоров'я населення України є незадовільним, до того ж існує певний брак як кадрових, так і фінансових ресурсів, відсутня Національна політика щодо охорони психічного здоров'я. Сфера охорони психічного здоров'я потребує реформ, зменшення ролі стаціонарів і зміцнення ланки первинної медичної допомоги, гарантій загальнодоступності служб охорони психічного здоров'я. Якщо говорити про конкретні кроки щодо поліпшення стану психічного здоров'я населення України з поглядом на майбутнє зміцнення нашої держави, враховуючи його нинішній стан та тенденції, усі ті події, що відбуваються в українському суспільстві, безсумнівно, без належного релевантного національного законодавства і політики в області психічного здоров'я зі створенням саме функціональної системи громадської охорони здоров'я, де психічне здоров'я має займати одне з провідних місць, країні не обійтись. Інакше вже найближчим часом погіршиться стан психічного здоров'я, зростатимуть рівні захворюваності і поширеності не тільки розладів психіки та поведінки, але й інших класів хвороб, смертності, випадків самогубств, і тоді не варто розраховувати на підвищення очікуваної тривалості життя. Також стан психічного здоров'я населення потребує розробки та прийняття Державної програми з охорони психічного здоров'я населення України, яка має бути комплексною та багатосекторальною з чіткими завданнями для кожної галузі в межах їх компетенції.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у проведенні епідеміологічних досліджень щодо психічного здоров'я населення України.

### Література

1. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. [Электронный ресурс]. – Женева : ВОЗ, 2013. – Режим доступа : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R8-ru.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-ru.pdf?ua=1). – Название с экрана.
2. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol* [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2010. – Access mode : [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/gsrhua/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/). – Title from screen.
3. *Herrman H. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice* [Electronic resource] / H. Herrman, S. Saxena, R. Moodie. – Geneva : WHO, 2005. – Access mode : [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en](http://www.who.int/mental_health/evidence/en). – Title from screen.
4. *Integrating mental health into primary care: a global perspective* [Electronic resource]. – Geneva : WHO and World Organization of Family Doctors, 2008. – Access mode : [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/integratingmhintopriarycare/en](http://www.who.int/mental_health/policy/services/integratingmhintopriarycare/en). – Title from screen.
5. *Lehtinen V. Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey* / V. Lehtinen, B. Sohlman, V. Kovess-Masfety // *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health.* – 2005. – Vol. 1 (9). – P. 1–7.
6. *Movement for Global Mental Health. Position Statement on mental health in the post-2015 development agenda 2013* [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.globalmentalhealth.org/sites/default/files/MGMH%20Position%20Statement\\_Post-2015%20Development%20Agenda.pdf](http://www.globalmentalhealth.org/sites/default/files/MGMH%20Position%20Statement_Post-2015%20Development%20Agenda.pdf). – Title from screen.

7. *No health without public mental health – the case for action* [Electronic resource]. – London : Royal College of Psychiatrists, 2010. – Access mode : [http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS04\\_2010.pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS04_2010.pdf). – Title from screen.
8. *Preventing suicide: a global imperative* [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2014. – Access mode : [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en). – Title from screen.
9. *STEPS optional module: mental health/suicide* [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2014. – Access mode : <http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/modules/en/>. – Title from screen.
10. *The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis* / D. Stuckler [et al.] // *Lancet*. – 2009. – Vol. 374. – P. 315–323.
11. *The WHO World Mental Health Surveys* [Electronic resource] / R. Kessler, T. B. Ustun (editors). – New York : Cambridge University Press, 2008. – Access mode : <http://link.springer.com/article/10.1007/s10654-010-9441-9>. – Title from screen.
12. *WHO methods and data sources for global causes of death 2000–2012. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2014.7* [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2014. – Access mode : [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html). – Title from screen.
13. *WHO mortality database documentation: 1 May 2013 update* [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2013. – Access mode : [http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality\\_rawdata/en/](http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/). – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 23.05.2016 р.

### Психическое здоровье населения Украины: состояние, проблемы и пути решения

*В.В. Шафранский<sup>1</sup>, С.В. Дудник<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Министерство здравоохранения Украины, г. Киев, Украина

<sup>2</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

**Цель** – изучить и проанализировать состояние психического здоровья населения Украины за период 2011–2015 гг., определить его проблемы и пути их решения.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на основе статистических данных ГЗ «Центр медицинской статистики МЗ Украины» за период 2011–2015 гг. Использованы следующие методы: аналитический, медицинской статистики, сравнительный анализ, системный подход.

**Результаты и выводы.** Изучены и проанализированы заболеваемость и распространенность болезней класса расстройств психики и поведения среди всего населения Украины, а также среди взрослого населения, трудоспособного и пожилого возраста в зависимости от места жительства и пола. Исследованы проблемы современного состояния психического здоровья украинцев и предложены пути решения этих проблем.

**Ключевые слова:** расстройство психики и поведения, психическое здоровье, защитные факторы, факторы риска.

### Mental health of the population of Ukraine: health status, problems and ways of solving problems

*V.V. Shafranskyi<sup>1</sup>, S.V. Dudnyk<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to study and analyze the status of mental health of the Ukrainian population for the period 2011–2015, to define problems and ways of solving problems.

**Materials and methods.** Statistical data SE «Center of medical statistics of MHC of Ukraine» for the period 2010–2014. Methods: analytical, medical statistics, comparative analysis, a system approach.

**Results and conclusions.** The morbidity and prevalence of diseases of the class of mental disorder and behaviour among the population of Ukraine have been studied and analyzed, as well as among the population of adult, working-age and old-age depending on place of residence and gender. The problems of the modern status of mental health of Ukrainians have been researched and the ways of their solution have been proposed.

**Key words:** mental disorder and behaviour, mental health, protective factors, risk factors.

### Відомості про авторів

**Шафранський Віктор Вікторович** – к.мед.н., в.о. Міністра охорони здоров'я; Міністерство охорони здоров'я України; вул. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, Україна.

**Дудник Світлана Валеріївна** – к.мед.н., зав. відділу соціально-гігієнічних досліджень формування здоров'я населення та медичної статистики ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 616.65-006:312.6(477-42)

О.К. Толстанов<sup>1</sup>, І.В. Дідик<sup>2</sup>

## РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ В ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ

<sup>1</sup>Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна<sup>2</sup>КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства», м. Житомир, Україна

**Мета** – вивчити регіональні особливості захворюваності на рак передміхурової залози серед чоловічого населення України, на прикладі адміністративних територій Житомирської області, на основі проведення аналізу даних офіційної статистики в порівнянні з описаними в наукових публікаціях тенденціями захворюваності та поширеності онкологічної патології передміхурової залози.

**Матеріали та методи.** У роботі використано дані офіційної статистичної звітності закладів охорони здоров'я районів Житомирської області; класичні методи соціальної медицини – бібліосемантичний, медико-статистичний, аналітико-синтетичний та контент-аналізу.

**Результати.** За результатами проведеного за 2010–2014 рр. дослідження виявлено райони Житомирської області з високими рівнями захворюваності на рак передміхурової залози в різних вікових групах (40–44, 45–49 та 50–54 роки).

**Висновки.** Сформовані тенденції захворюваності на рак передміхурової залози серед чоловічого населення Житомирської області відповідають загальноукраїнським. Обґрунтовано потребу подальшого вивчення в динаміці виявлених регіональних особливостей у Житомирській області в розрізі районів, що могло б стати суттєвим інформаційним підґрунтям для формування регіональних програм профілактики злоякісних новоутворень передміхурової залози серед різних вікових груп чоловіків області.

**Ключові слова:** захворюваність на рак передміхурової залози, Житомирська область.

### Вступ

Вивченню стану здоров'я чоловіків приділяється значна увага в численних наукових дослідженнях вітчизняних і закордонних науковців [1–6]. Патологія передміхурової залози посідає одне з основних місць в структурі поширеності новоутворень серед чоловічого населення не тільки в Україні, але й у багатьох країнах світу, у т.ч. Європейського регіону [8–9].

Проблема зростання рівнів захворюваності та поширеності злоякісних новоутворень, зокрема, раку передміхурової залози, не втрачає актуальності, адже, за даними офіційної статистики, в більшості випадків діагноз злоякісного новоутворення в Україні встановлюється в розвиненій та(або) пізній стадії прогресування хвороби.

**Мета роботи** – вивчити регіональні особливості захворюваності на рак передміхурової залози серед чоловічого населення України, на прикладі Житомирської області (в розрізі її основних адміністративних територій (районів), на основі проведення аналізу даних офіційної статистики в порівнянні з описаними в наукових публікаціях тенденціями захворюваності та поширеності онкологічної патології передміхурової залози.

### Матеріали та методи

Матеріалами для дослідження слугували дані офіційної статистичної звітності закладів охорони здоров'я районів Житомирської області за формами № 7 та № 20 Центру медичної статистики МОЗ України та управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації.

У дослідженні використано методи соціальної медицини – бібліосемантичний, медико-статистичний, аналітико-синтетичний та контент-аналізу, за допомогою яких вивчалися описані в наукових публікаціях тенденції захворюваності та поширеності онкологічної патології передміхурової залози у чоловіків на предмет їх порівняння з регіональними особливостями динаміки захворюваності та поширеності цієї патології в Житомирській області.

### Результати дослідження та їх обговорення

За результатами проведеного дослідження встановлено зростання рівня захворюваності на злоякісні новоутворення передміхурової залози серед чоловічого населення Житомирської області з 22,3 у 2010 р. до 30,5 на 100 тис. відповідного населення у 2014 р., або на 26,9%, а також збільшення частки захворюваності з локалізацією раку в передміхуровій залозі в загальній структурі захворюваності на злоякісні новоутворення (з 6,8% у 2010 р. до 8,7% у 2014 р.) (рис. 1).



**Рис. 1.** Динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення передміхурової залози та їх частка у структурі захворюваності на злоякісні новоутворення всіх локалізацій за 2010–2014 рр. (на 100 тис. відповідного населення та в %)

За підсумками 2014 р., найвищі рівні захворюваності на злоякісні новоутворення передміхурової залози відмічалися в Попільнянському (61,0), Лугинському (49,9), Малинському (46,2) районах та м. Коростень (46,4 на 100 тис. відповідного населення); найменші – в Смільчинському (6,1) та Олевському (9,9) районах при середньому по Житомирській області

значенні цього показника 30,5 на 100 тис. відповідного населення. Різниця між крайніми значеннями показника – 10 разів ( $p < 0,001$ ). Для міст Бердичів (28,0) і Житомир (34,6 на 100 тис. відповідного населення) були характерними середні рівні захворюваності на цю патологію (табл.).

Таблиця

**Розподіл районів Житомирської області за рівнем захворюваності на злоякісні новоутворення передміхурової залози у 2014 р. (на 100 тис. населення)**

Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Смільчинський – 6,1	Житомирський – 27,6	Коростенський – 39,1
Олевський – 9,9	м. Бердичів – 28,0	Радомишльський – 39,4
Червоноармійський – 18,2	Романівський – 29,5	Брусилівський – 42,4
Новоград-Волинський – 18,4	Чуднівський – 29,5	Малинський – 46,2
Баранівський – 20,9	Овруцький – 29,7	м. Коростень – 46,4
Черняхівський – 21,8	Андрушівський – 32,0	Лугинський – 49,9
Бердичівський – 22,3	Коростишівський – 32,1	Попільнянський – 61,0
Любарський – 22,8	м. Житомир – 34,6	
Народицький – 23,2	Володарсько-Волинський – 35,9	
Ружинський – 23,5		

Попри те, що частка злоякісних новоутворень передміхурової залози у структурі захворюваності на злоякісні новоутворення в Житомирській області у 2014 р. не перевищувала 10,0% (8,7%), її коливання спостерігалось в межах від 3,4% в Олевському до 13,5% у Малинському районах. До територій з високим відсотком злоякісних новоутворень передміхурової залози в структурі захворюваності на злоякісні новоутворення

увійшли також Лугинський (13,3%), Брусилівський (12,5%), Коростенський (11,1%), Володарсько-Волинський (10,5%), Овруцький (10,4%) райони та м. Коростень (11,6%). Це вказало на те, що майже кожен десятий з уперше встановленим діагнозом злоякісного новоутворення на зазначених територіях у 2014 р. мав його локалізацію в передміхуровій залозі.

Аналіз динаміки змін показника захворюваності чоловічого населення Житомирської області на злоякісні новоутворення передміхурової залози за 2010–2014 рр. показав, що в більшості районів і міст області (19 з 26) відбулося його зростання. Зокрема, для Попільнянського (з 6,6 у 2010 р. до 61,0 у 2014 р., або в 9,2 разу ( $p < 0,001$ ); Романівського (з 7,2 у 2010 р. до 29,5 у 2014 р., або в 4,1 разу ( $p < 0,001$ ); Ружинського (з 7,4 у 2010 р. до 23,5 у 2014 р., або в 3,2 разу ( $p < 0,001$ ); Любарського (з 7,4 у 2010 р. до 22,8 у 2014 р., або в 3,1 разу ( $p < 0,001$ ); Андрушівського (з 12,4 у 2010 р. до 32,0 на 100 тис. відповідного населення у 2014 р., або у 2,6 разу ( $p < 0,001$ )) районів було характерним стрімке зростання захворюваності на рак передміхурової залози. Якщо, незважаючи на стрімке зростання вищевказаного показника, Романівський, Ружинський, Любарський, Андрушівський райони продовжували залишатися в групах районів із низьким і середнім його рівнем, то для Попільнянського району був характерним не лише високий показник захворюваності на злоякісні новоутворення передміхурової залози (61,0 на 100 тис. відповідного населення), але й високі темпи його зростання у 2014 р. (у 9,2 разу) порівняно з 2010 р. Суттєво зросла захворюваність на злоякісні новоутворення передміхурової залози серед чоловіків Лугинського (з 23,8 у 2010 р. до 49,9 у 2014 р., або на 52,3%), Малинського (з 22,6 у 2010 р. до 46,2 у 2014 р., або на 51,1%), у зв'язку з чим вищезазначені райони були віднесені, за підсумками 2014 р., до регіонів із високим рівнем показника в Житомирській області. Також високий приріст (перевищення 40,0% зростання) показника захворюваності на злоякісні новоутворення передміхурової залози за 2010–2014 рр. був характерним для Овруцького (з 14,3 у 2010 р. до 29,7 у 2014 р., або на

51,9%), Чуднівського (з 17,4 у 2010 р. до 29,5 на 100 тис. відповідного населення у 2014 р., або на 41,0%) районів, хоча у 2014 р. вони були віднесені до регіонів із середнім рівнем показника, на противагу Брусилівському (з 27,2 у 2010 р. до 42,4 у 2014 р., або на 35,8%) району та м. Коростень (з 26,4 у 2010 р. до 46,4 на 100 тис. відповідного населення у 2014 р., або на 43,1%), в яких зростання захворюваності на рак передміхурової залози призвело до віднесення цих територій до групи з високим рівнем показника.

В окремих районах Житомирської області за 2010–2014 рр. відбулося зменшення рівня захворюваності на злоякісні новоутворення передміхурової залози, що не відповідало загальноукраїнським тенденціям та сформованій динаміці показника по Житомирській області в цілому.

Так, у Бердичівському районі вищевказаний показник зменшився на 62,8% (з 36,3 у 2010 р. до 22,3 у 2014 р.), в Олевському районі – на 50,5% (з 14,9 у 2010 р. до 9,9 у 2014 р.), у Баранівському районі – на 44,5% (з 30,2 у 2010 р. до 20,9 у 2014 р.), у Новоград-Волинському районі – на 32,6% (з 24,4 у 2010 р. до 18,4 на 100 тис. відповідного населення у 2014 р.), в Ємільчинському районі – в 4,8 разу. У зв'язку з цим вказані райони, за підсумками 2014 р., були віднесені до регіонів із низьким рівнем захворюваності на злоякісні новоутворення передміхурової залози.

Аналіз вікових особливостей захворюваності населення Житомирської області на злоякісні новоутворення з локалізацією в передміхуровій залозі, в розрізі районів та міст області, показав тенденції до «помолодшання» цієї патології з піком захворюваності у вікових групах чоловіків 60–64 роки та 65–69 років (рис. 2) за 2010–2014 рр. та, зокрема, за 2014 р. (рис. 3).

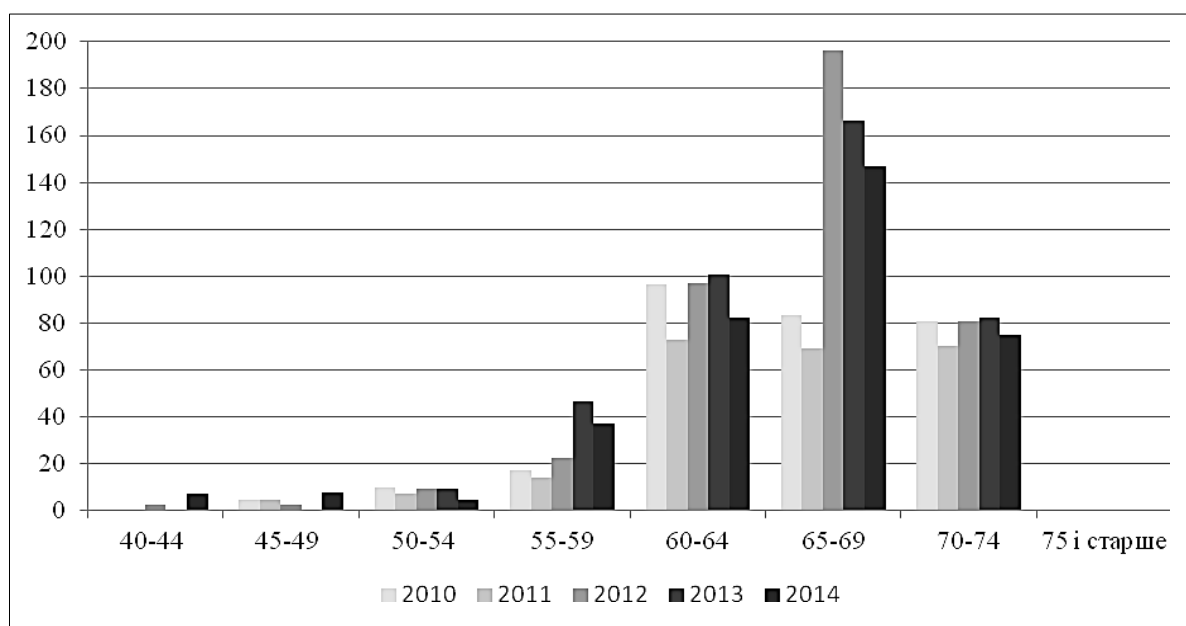
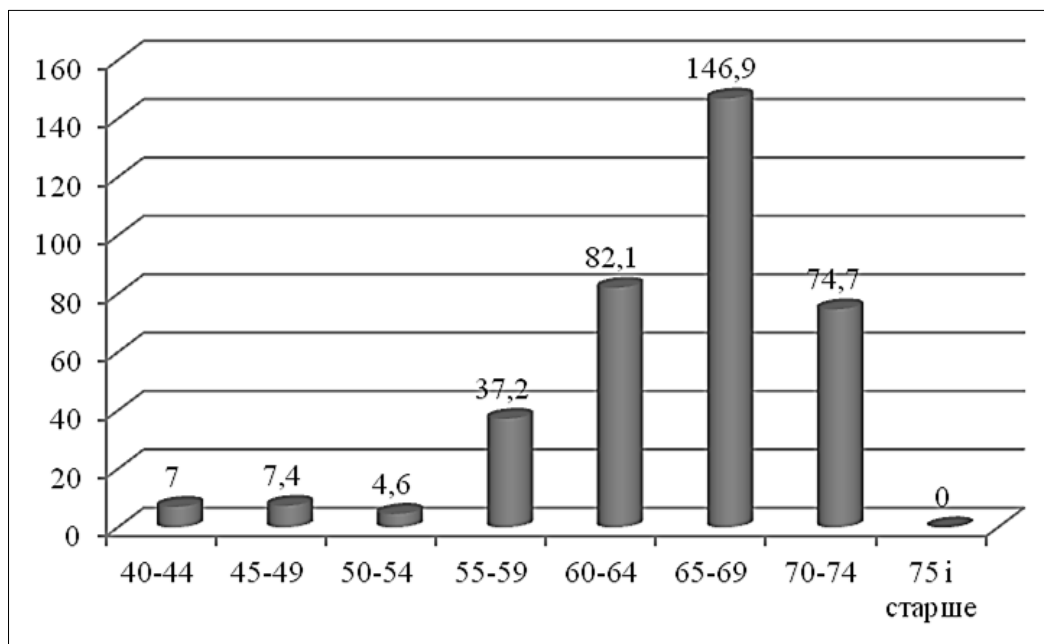


Рис. 2. Динаміка вікових показників захворюваності на злоякісні новоутворення передміхурової залози серед населення Житомирської області за 2010–2014 рр. (на 100 тис. відповідного населення)



**Рис. 3.** Захворюваність на злоякісні новоутворення передміхурової залози серед населення Житомирської області за віковими групами у 2014 р.

За підсумками 2014 р., виявлено райони Житомирської області з високими рівнями захворюваності на рак передміхурової залози в молодших вікових групах (40–44, 45–49 та 50–54 роки). Так, у Малинському районі у віковій групі 40–44 роки цей показник у 2014 р. становив 63,2 проти показника по м. Житомир (22,6) та по Житомирській області (7,0 на 100 тис. відповідного населення). Показник захворюваності на рак передміхурової залози у віковій групі 45–49 років у Житомирській області дорівнював 7,4 (рис. 3), однак у цій же віковій групі чоловіків Брусилівського району він становив 175,4, Романівського району – 98,9, а в м. Бердичів – 43,9 на 100 тис. відповідного населення. У віковій групі чоловіків 50–54 роки в Житомирській області показник захворюваності на рак передміхурової залози складав 4,6 на 100 тис. населення при його максимальному значенні у цій віковій групі чоловіків Радомишльського району – 71,2 на 100 тис. відповідного населення.

Незважаючи на переважання захворюваності на рак передміхурової залози у вікових групах 60–64 роки (82,1) та 65–69 років (146,9 на 100 тис. відповідного населення Житомирської області), відмічалось суттєве

переважання середніх по області показників у віковій групі чоловіків 60–64 роки у Володарсько-Волинському (257,1) та Новоград-Волинському (224,2) районах, а у віковій групі 65–69 років – серед чоловіків Лугинського (1041,7), Народицького (684,9) районів та м. Бердичів (323,1 100 тис. відповідного населення).

### Висновки

Таким чином, сформовані тенденції захворюваності на рак передміхурової залози серед чоловічого населення Житомирської області відповідають загальноукраїнським.

### Перспективи подальших досліджень

Виявлені регіональні особливості захворюваності на рак передміхурової залози в Житомирській області потребують подальшого їх вивчення у динаміці в розрізі районів, що може стати суттєвим інформаційним підґрунтям для формування регіональних програм профілактики злоякісних новоутворень передміхурової залози серед різних вікових груп чоловіків області.

## Література

1. Гурина Л. И. Роль скрининговых мероприятий в выявлении онкологической патологии у мужчин / Л. И. Гурина, С. В. Юдин, А. Ю. Трегубенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 2. – С. 49–54.
2. Доклад о развитии человека 2009. Преодоление барьеров: человеческая мобильность и развитие / пер. с англ. ПРООН. – Москва : Весь Мир, 2009. – 232 с.
3. Кундієв Ю. І. Профілактична медицина України потребує поглибленого наукового обґрунтування / Ю. І. Кундієв // Проблеми військової охорони здоров'я. – Київ : Курсор, 2006. – С. 11–13.
4. Марзеєва О. М. Медико-екологічні передумови демографічної кризи в Україні та шляхи їх подолання / О. М. Марзеєва, О. М. Сердюк // Журнал АМН України. – 2007. – Т. 13, № 3. – С. 486–487.
5. Трагедія, якої можна уникнути: подолання в Україні кризи здоров'я людей / Світовий банк, 2010. – 16 с.
6. Mathers C. D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 / C. D. Mathers, D. Loncar // PLoS Med. – 2006. – Vol. 3. – P. 442. doi:10.1371/journal.pmed.003004422 PMID:17132052.
7. Effect of chronic prostatitis on angiogenic activity and serum prostate specific antigen level in benign prostatic hyperplasia / R. D. Koseoglu, F. Erdemir, B.S. Parlaktas [et al.] // Kaohsiung J. Med. Sci. – 2007. – Vol. 23 (8). – P. 387–394.
8. Matching the lowest injury mortality rate could save half a million lives per year in Europe [Electronic resource]. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2006. – Access mode : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98607/fs0206e.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98607/fs0206e.pdf), accessed 7 October 2010. – Title from screen.
9. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? / K. Strong, C. Mathers, S. Leeder, R. Beaglehole // Lancet. – 2005. – Vol. 336. – P. 1578–1582. doi:10.1016/S0140-6736(05)67341-2 PMID:16257345.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.01.2016 р.

**Региональные особенности заболеваемости злокачественными заболеваниями предстательной железы в Житомирской области**

*А.К. Толстанов<sup>1</sup>, И.В. Дидык<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина  
<sup>2</sup>КВУЗ «Житомирский институт медсестринства», г. Житомир, Украина

**Цель** – изучить региональные особенности заболеваемости раком предстательной железы среди мужского населения Украины, на примере административных территорий Житомирской области, на основе проведения анализа данных официальной статистики в сравнении с описанными в научных публикациях тенденциями заболеваемости и распространенности онкологической патологии предстательной железы.

**Материалы и методы.** В работе использованы данные официальной статистической отчетности учреждений здравоохранения районов Житомирской области; классические методы социальной медицины – библиосемантический, медико-статистический, аналитико-синтетический и контент-анализа.

**Результаты.** По результатам проведенного за 2010–2014 гг. исследования определены районы Житомирской области с высокими уровнями заболеваемости раком предстательной железы в разных возрастных группах (40–44, 45–49 и 50–54 года).

**Выводы.** Сформированные тенденции заболеваемости раком предстательной железы среди мужского населения Житомирской области соответствуют общеукраинским. Обоснована потребность дальнейшего изучения в динамике определенных региональных особенностей в Житомирской области в разрезе районов, что могло бы стать существенным информационным основанием для формирования региональных программ профилактики злокачественных новообразований предстательной железы среди разных возрастных групп мужчин области.

**Ключевые слова:** заболеваемость раком предстательной железы, Житомирская область.

**Regional features of cancer cases of a prostate gland in Zhitomir region**

*O.K. Tolstanov<sup>1</sup>, I.V. Didyk<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine  
<sup>2</sup>CHEE «Zhitomir Institute of Nursing», Zhitomir, Ukraine

**Purpose** – to study regional features of cancer cases of a prostate gland among the man's population of Ukraine, on the example of administrative territories of Zhitomir area on the basis of carrying out the analysis of data of official statistics in comparison with the tendencies of incidence and prevalence of cancer pathology of a prostate gland described in scientific publications became a research objective.

**Materials and methods.** Materials for research were given to the official statistical reporting of healthcare institutions of regions of Zhitomir area; in research classical methods of social medicine: bibliosemantical, medical-statistical, analytics-synthetic and the content analysis were used.

**Results.** Behind results of the research conducted during 2010–2014 regions of Zhitomir area with high incidences of a prostate cancer in different age groups (40–44, 45–49 and 50–54 years) were defined.

**Conclusions.** It is proved that the formed prostate gland cancer cases tendencies among the man's population of Zhitomir area, correspond all-Ukrainian. It is proved need of further studying for dynamics of certain regional features for Zhitomir area for a section of areas that could become the essential information basis for formation of regional programs of prevention of malignant new growths of a prostate gland among different age groups of men of area.

**Key words:** prostate gland cancer cases, Zhitomir region.

**Відомості про авторів**

**Толстанов Олександр Костянтинович** – д.мед.н., проф., заслужений лікар України, проректор з науково-педагогічної роботи Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Дідик Іван Віталійович** – зав. поліклініки № 2 КУ «Центральна міська лікарня № 1» м. Житомира; КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»; вул. Велика Бердичівська, 46/15, м. Житомир, 10002, Україна.



УДК 312.6: 616.-053((1-22)(477-46)

М.В. Лобас

## ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ДОРΟΣЛОГО СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСТІ

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

**Мета** – вивчити та проаналізувати динаміку захворюваності дорослого сільського населення Черкаської області в динаміці за 2009–2015 рр.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження стали статистичні звіти закладів охорони здоров'я області за 2009–2015 рр.; використано статистичний метод.

**Результати.** Встановлено достовірні відмінності показника захворюваності дорослого сільського населення в розрізі адміністративних територій: від 3331,6 у Чигиринському до 6550,0 на 10 тис. відповідного населення в Золотоніському районах. Різниця – 1,97 разу ( $p \leq 0,05$ ). Зареєстровано зниження показника захворюваності населення на 16 (80,0%) адміністративних територіях, із найвищим рівнем у Драбівському (2,03 разу) районі. Також встановлено достовірні відмінності в показниках захворюваності дорослого сільського населення в розрізі адміністративних територій за класами хвороб, які в структурі захворюваності посіли провідні місця.

**Висновки.** Зниження показника захворюваності населення є чинником зменшення рівня звертання населення по медичну допомогу.

**Ключові слова:** захворюваність, доросле сільське населення, Черкаська область.

### Вступ

Здоров'я населення є найвищою цінністю, необхідним компонентом розвитку і соціально-економічного процвітання країни [1–3]. Саме тому створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожного громадянина впродовж усього життя та досягнення адекватних стандартів якості життя і благополуччя населення є одним з основних завдань Стратегії сталого розвитку «Україна–2020», затвердженої Указом Президента України від 12.01.2015 р. № 5 [4], та частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом [5].

**Мета роботи** – вивчити та проаналізувати динаміку захворюваності дорослого сільського населення Черкаської області в динаміці за 2009–2015 рр.

### Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали статистичні звіти закладів охорони здоров'я області за 2009–2015 рр.; використано статистичний метод.

### Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження вивчено загальні показники захворюваності дорослого сільського населення області за 2009–2015 рр. (табл. 1).

Аналіз наведених у таблиці 1 даних вказав на достовірні відмінності показника захворюваності дорослого сільського населення в розрізі адміністративних територій: від 3331,6 у Чигиринському до 6550,0 на 10 тис. відповідного населення в Золотоніському районах. Різниця – 1,97 ( $p \leq 0,05$ ) разу. Зареєстровано зниження показника захворюваності населення на 16 (80,0%) адміністративних територіях, із найвищим рівнем у Драбівському (2,03 разу) районі. Дана ситуація може свідчити про зменшення показника звертання населення по медичну допомогу.

Таблиця 1

**Захворюваність дорослого сільського населення Черкаської області за 2009–2015 рр. (на 10 тис. відповідного населення)**

Адміністративний район	Рік						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Городищенський	5657,2	5694,6	5033,1	4859,1	4810,7	4593,1	4097,1
Драбівський	8457,3	7527,3	6604,9	5190,1	4518,9	4115,7	4150,5
Жашківський	5262,8	6137,3	6124,0	5842,0	5819,9	5159,9	5641,7

Звенигородський	4248,5	4435,2	4562,0	4693,2	4550,0	3716,3	3761,4
Золотоніський	10229,7	9239,8	8158,7	8193,8	7491,3	7171,8	6550,0
Кам'янський	6330,2	5696,5	6022,5	5943,9	5576,2	5130,8	4906,5
Канівський	5773,1	5672,3	5172,5	5112,9	5002,0	4819,8	4969,6
Катеринопільський	6391,7	6610,4	5668,6	5749,4	5667,8	5204,7	5177,9
Корсунь-Шевченківський	2855,2	3498,5	4215,6	3736,3	3818,8	4143,8	3759,0
Лисянський	6192,2	6583,5	6319,1	5849,2	4713,9	4839,7	4956,7
Маньківський	5814,9	5944,8	5816,5	5624,0	5916,7	5888,0	5568,1
Монастирищенський	5481,5	5578,7	5052,8	4225,0	3692,1	4213,1	3810,5
Смілянський	8610,7	6559,4	6450,7	6556,4	6414,7	5134,7	5045,5
Тальнівський	5700,8	5207,9	5227,5	5357,0	5097,5	4088,2	3887,3
Уманський	7654,2	6438,1	5452,2	5583,4	5944,4	6380,0	4989,6
Христинівський	5885,9	5586,3	5519,6	5639,6	6197,3	6316,8	5895,0
Черкаський	7679,6	7847,9	7678,6	7732,2	5853,1	5913,9	4502,6
Чигиринський	4795,6	4137,7	3616,8	3505,4	2874,6	2903,5	3331,6
Чорнобаївський	6799,9	6405,0	5650,6	5731,4	5735,4	5357,8	4629,0
Шполянський	5024,3	4891,6	5532,7	5457,7	5505,3	5707,9	5213,9

Далі вивчено показники захворюваності сільського населення за класами хвороб, які у структурі загальної захворюваності посіли провідні місця. Показники

захворюваності дорослого сільського населення на хвороби органів дихання в розрахунку на 10 тис. відповідного населення наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

**Захворюваність дорослого сільського населення на хвороби органів дихання в Черкаській області за 2009–2015 рр. (на 10 тис. відповідного населення)**

Адміністративний район	Рік						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Городищенський	2272,4	1962,5	1679,4	1818,5	1825,7	1558,9	1516,4
Драбівський	3657,0	3015,2	2595,3	1869,8	1573,1	1523,8	1356,3
Жашківський	1836,2	2215,3	2186,8	1720,2	1761,3	1487,7	1835,7
Звенигородський	1234,4	1387,1	1354,9	1385,2	1423,6	812,6	782,0
Золотоніський	4465,1	3704,0	2906,8	2940,4	2606,5	2420,5	2136,0
Кам'янський	2177,3	1840,5	1922,5	2162,3	2081,7	1805,6	1773,9
Канівський	1997,7	1980,1	1813,5	1848,7	1859,6	1976,3	2010,9
Катеринопільський	2273,0	2392,8	1973,3	1932,8	1927,7	1815,0	1804,7
Корсунь-Шевченківський	864,1	1087,8	1247,8	792,4	937,3	1419,5	977,7
Лисянський	2039,0	2037,1	2052,6	1858,3	1517,2	1534,6	1592,7
Маньківський	2364,1	2572,2	2425,2	2240,6	2247,3	2133,8	2152,4
Монастирищенський	1388,9	1526,3	1143,3	878,2	884,4	765,4	787,6
Смілянський	3237,8	2038,3	1876,2	1910,0	1730,3	1834,7	1631,4
Тальнівський	1552,5	1570,0	1615,0	1645,3	1585,4	1259,6	1140,9
Уманський	2756,0	2364,1	1805,7	1780,9	1753,5	1825,0	1559,7
Христинівський	1433,0	1270,4	1353,9	1374,6	1435,6	1244,7	1247,3
Черкаський	3491,5	3428,7	3042,1	2918,3	2239,2	2034,5	1463,1
Чигиринський	1574,4	1099,9	845,5	948,5	619,7	599,4	646,5
Чорнобаївський	2634,1	2491,3	1969,0	1973,6	1877,8	1525,1	1292,8
Шполянський	1979,4	1786,7	1971,5	1739,3	1640,6	1866,5	1605,7

За результатами таблиці 2, на 18 (90,0%) адміністративних територіях виявлено зменшення

показника захворюваності сільського дорослого населення на хвороби органів дихання. Найбільший

показник скорочення зареєстровано в Драбівському (2,7 разу) районі. Також відмічено достовірні відмінності показника в розрізі адміністративних територій: від 646,5 у Чигиринському до 2152,4 у Маньківському районах. Різниця показника – 3,3 разу.

Наступним кроком дослідження стало вивчення та аналіз показників захворюваності дорослого сільського населення на хвороби ока та його додаткового апарату (табл. 3).

Таблиця 3

**Захворюваність дорослого сільського населення на хвороби ока та його додаткового апарату в Черкаській області за 2009–2015 рр. (на 10 тис. відповідного населення)**

Адміністративний район	Рік						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Городищенський	192,4	237,3	224,4	288,6	359,0	461,5	406,2
Драбівський	604,7	497,6	369,2	288,2	230,1	183,6	246,0
Жашківський	304,2	438,2	472,8	427,3	378,1	305,7	256,0
Звенигородський	358,5	370,9	395,9	400,7	178,4	391,0	119,2
Золотоніський	348,2	280,4	356,3	380,9	297,9	303,9	297,7
Кам'янський	140,4	174,5	220,1	266,8	247,2	241,2	251,4
Канівський	177,5	170,1	123,1	113,1	103,4	49,6	19,7
Катеринопільський	292,4	325,3	301,5	278,7	284,9	241,9	235,6
Корсунь-Шевченківський	6,0	47,4	237,7	170,1	167,3	134,6	66,2
Лисянський	245,8	352,0	334,5	313,0	287,8	468,2	547,3
Маньківський	344,1	351,2	341,0	354,2	334,7	399,8	362,1
Монастирищенський	312,0	287,3	246,9	245,5	286,8	674,3	364,6
Смілянський	339,1	351,9	394,0	477,5	387,8	448,4	445,5
Тальнівський	272,5	278,8	308,2	327,1	304,0	74,6	63,0
Уманський	555,4	354,9	320,2	343,9	401,9	434,	364,9
Христинівський	169,7	244,5	298,8	364,8	415,1	466,7	427,9
Черкаський	217,4	208,6	286,3	468,2	597,8	626,1	578,1
Чигиринський	215,8	384,7	144,0	201,8	115,6	91,2	137,2
Чорнобаївський	476,0	488,0	353,2	410,8	427,8	414,7	368,2
Шполянський	497,9	328,2	358,8	292,1	329,4	439,7	538,0

З аналізу наведених у таблиці 3 даних, на 10 (50,0%) адміністративних територіях виявлено зростання показника захворюваності дорослого сільського населення на хвороби ока та його додаткового апарату, із найвищим рівнем у Корсунь-Шевченківському (11,03 разу) районі. У розрізі адміністративних територій зареєстровано значні відмінності вказаного показника: від 19,7 на

10 тис. відповідного населення в Канівському до 578,1 у Черкаському районах. Різниця – 29,35 разу.

Результати вивчення та аналізу показників захворюваності дорослого сільського населення на хвороби сечостатевої системи на 10 тис. відповідного населення наведено в таблиці 4.

Таблиця 4

**Захворюваність дорослого сільського населення на хвороби сечостатевої системи в Черкаській області за 2009–2015 рр. (на 10 тис. відповідного населення)**

Адміністративний район	Рік						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Городищенський	356,3	333,4	421,8	394,8	407,9	350,0	247,8
Драбівський	895,1	1000,5	791,5	405,5	351,7	321,6	306,8
Жашківський	384,6	492,4	506,2	614,3	522,7	457,5	421,4
Звенигородський	310,6	317,5	328,3	351,1	351,8	485,8	441,8
Золотоніський	1432,7	1308,7	1073,0	1071,7	1026,6	1089,8	1068,7

Кам'янський	681,7	674,7	745,5	541,3	423,4	527,9	538,0
Канівський	391,4	357,5	375,0	376,0	370,8	340,6	438,4
Катеринопільський	628,3	625,6	570,6	570,3	556,7	534,3	650,6
Корсунь-Шевченківський	250,8	320,0	343,4	320,6	312,0	271,7	283,2
Лисянський	773,0	945,1	882,4	663,5	507,2	481,8	477,9
Маньківський	656,9	615,2	555,7	545,9	585,2	572,7	591,8
Монастирищенський	906,4	968,6	844,8	781,5	567,4	657,9	637,2
Смілянський	491,6	491,7	382,3	457,8	427,2	325,6	295,4
Тальнівський	414,6	419,7	486,5	584,2	634,3	475,0	521,3
Уманський	490,1	688,2	578,6	573,0	582,6	516,8	533,5
Христинівський	905,0	846,6	631,6	478,9	684,3	1069,8	1068,6
Черкаський	690,4	691,1	813,7	723,3	529,5	551,5	433,0
Чигиринський	418,6	308,9	246,3	259,7	356,1	332,1	267,3
Чорнобаївський	438,8	377,0	405,7	347,0	454,5	636,3	542,5
Шполянський	241,3	243,6	542,0	533,1	521,7	423,2	348,2

За отриманими в ході дослідження та наведеними в таблиці 4 даними, на 10 (50,0%) адміністративних територіях зареєстровано підвищення показника захворюваності дорослого сільського населення на хвороби сечостатевої системи. Відповідно, на 10 (50,0%) адміністративних територіях області виявлено зниження показника захворюваності. Встановлено достовірні відмінності показника захворюваності дорослого

сільського населення на хвороби сечостатевої системи: від 247,8 у Городищенському до 1068,7 у Золотоніському районах. Різниця – 4,31 разу.

Наступним кроком дослідження було вивчення та аналіз показників у розрізі адміністративних територій захворюваності дорослого сільського населення на хвороби системи кровообігу (табл. 5).

Таблиця 5

**Захворюваність дорослого сільського населення на хвороби системи кровообігу в Черкаській області за 2009–2015 рр. (на 10 тис. відповідного населення)**

Адміністративний район	Рік						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Городищенський	423,2	495,3	499,4	452,3	331,8	387,1	337,9
Драбівський	395,0	540,9	475,2	367,8	461,8	504,2	677,5
Жашківський	722,2	646,9	616,7	724,9	718,8	510,8	715,4
Звенигородський	492,1	466,2	452,7	450,4	487,5	436,0	469,0
Золотоніський	732,2	635,8	766,9	724,8	695,5	711,5	604,4
Кам'янський	576,9	558,1	643,5	582,1	569,8	547,1	549,5
Канівський	661,6	705,2	659,7	665,3	623,3	624,9	616,3
Катеринопільський	643,8	708,1	589,8	606,3	601,6	500,4	421,6
Корсунь-Шевченківський	291,2	348,6	451,3	429,0	433,1	384,6	482,4
Лисянський	381,6	370,7	382,1	349,4	272,8	265,6	278,4
Маньківський	529,8	572,4	442,9	554,8	623,9	619,0	450,8
Монастирищенський	618,5	510,5	614,5	357,5	275,4	272,6	241,5
Смілянський	828,7	553,7	701,1	690,4	810,6	430,2	486,4
Тальнівський	1374,5	907,2	731,9	651,4	593,2	500,8	465,0
Уманський	1148,0	664,2	577,5	600,9	647,9	937,2	507,4
Христинівський	650,8	374,4	763,5	753,0	885,9	678,4	532,1
Черкаський	777,6	947,2	1172,8	1191,8	547,8	523,8	389,6
Чигиринський	504,8	512,1	468,6	317,7	338,6	304,3	391,2
Чорнобаївський	839,7	723,1	662,2	592,7	698,7	592,7	491,4
Шполянський	381,0	571,2	599,0	626,4	730,5	566,7	599,5

Аналіз наведених у таблиці 5 даних засвідчив достовірні відмінності в показниках захворюваності дорослого сільського населення на хвороби системи кровообігу: від 241,5 у Монастирському до 715,4 у Жашківському районах. Різниця показника – 2,96 разу ( $p \leq 0,05$ ). При цьому на 17 (85,0%) адміністративних територіях виявлено зниження показника захворюваності дорослого сільського населення на ці хвороби. Найбільший рівень зниження зареєстровано в Тальнівському районі – 2,96 разу.

### Висновки

За 2009–2015 рр. встановлено достовірні відмінності показника захворюваності дорослого сільського населення

у розрізі адміністративних територій: від 3331,6 у Чигиринському до 6550,0 на 10 тис. відповідного населення у Золотоніському районах. Різниця – 1,97 разу ( $p \leq 0,05$ ). Зареєстровано зниження показника захворюваності населення на 16 (80,0%) адміністративних територіях, із найвищим рівнем у Драбівському (2,03 разу) районі. Також встановлено достовірні відмінності в показниках захворюваності дорослого сільського населення в розрізі адміністративних територій за класами хвороб, які в структурі захворюваності посіли провідні місця.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням організації надання медичної допомоги сільському населенню області.

### Література

1. *Загальна характеристика стану здоров'я населення України* / Г. О. Слабкий, С. В. Дудник, О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець // Регіональні системи охорони здоров'я України 2014 рік : монографія ; за ред. П. С. Мельника. – Київ, 2015. – Ч. I. – С. 6–26.
2. *Комісія по соціальним детермінантам здоров'я. Ликвидувати розрив в теченні життя одного покоління. Спостереження за принципом справедливості в здоров'ї шляхом впливу на соціальні детермінанти здоров'я. Заключительний доповідь Комісії по соціальним детермінантам здоров'я. Женева, Всесвітня організація здоров'я, 2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html). – Назва з екрана.*
3. *Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи : спеціалізоване видання* / В. В. Лазоришинець, Н. О. Лісневська, Л. Я. Ковальчук [та ін.]. – Київ, 2014. – 608 с.
4. *Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»* : Указ Президента України від 12.01.2015 р. № 5/2015 [Електронний документ]. – Режим доступу : [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
5. *Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони* // Офіційний вісник України. – 2014. – Т. 1, № 75. – С. 83, ст. 2125.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.05.2016 р.

## Характеристика захворюваності дорослого сільського населення Черкаської області

*М.В. Лобас*

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

**Цель** – изучить и проанализировать динамику заболеваемости взрослого сельского населения Черкаской области в динамике за 2009–2015 гг.

**Материалы и методы.** Материалами исследования стали статистические отчеты учреждений здравоохранения области за 2009–2015 гг.; использован статистический метод.

**Результаты.** Установлены достоверные отличия показателя заболеваемости взрослого сельского населения в разрезе административных территорий: от 3331,6 в Чигиринском до 6550,0 на 10 тыс. соответствующего населения в Золотоношском районах. Разница – 1,97 раза ( $p \leq 0,05$ ). Зарегистрировано снижение показателя заболеваемости населения на 16 (80,0%) административных территориях, с самым высоким уровнем в Драбовском (2,03 раза) районе. Также установлены достоверные отличия в показателях заболеваемости взрослого сельского населения в разрезе административных территорий по классам болезней, которые в структуре заболеваемости заняли ведущие места.

**Выводы.** Снижение показателя заболеваемости населения является фактором уменьшения уровня обращаемости населения за медицинской помощью.

**Ключевые слова:** заболеваемость, взрослое сельское население, Черкасская область.

## Characteristic of morbidity of adult rural population of Cherkasy region

*M.V. Lobas*

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

**Purpose** – to investigate the incidence and analyze the dynamics of the adult rural population dynamics of Cherkasy region in 2009–2015 years.

**Materials and methods.** Materials research was the statistical reports of health care region in 2009–2015 years; in the performance of statistical method used.

**Results.** Found significant differences incidence rate of adult rural population in the context of administrative areas: from 3331.6 in Chigirin to 6550.0 per 10 thousand corresponding population in Zolotonosha areas. The difference is 1.97 ( $r \leq 005$ ) times. The study recorded a drop in morbidity in the territory of 16 (80.0%) administrative areas, with the highest levels in Drabiv (2.03 times) area. Also found significant differences in the incidence rates of adult rural population in the context of administrative areas by class of diseases in which the structure of morbidity occupy leading positions.

**Conclusions.** Decline in morbidity is a factor of reduction asking for medical help.

**Key words:** morbidity, adult rural population, Cherkasy region.

### Відомості про автора

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

УДК 312.6:504.064:351.77:616-084.001.57

М.П. Гребняк, Р.А. Федорченко

## КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ПРОФІЛАКТИКИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ВПЛИВУ АТМОСФЕРНИХ ЗАБРУДНЕНЬ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

**Мета** – обґрунтувати заходи з профілактики несприятливого впливу атмосферних забруднень на здоров'я населення.

**Матеріали:** промислові викиди від стаціонарних та пересувних джерел за 1990–2014 рр. (724 аналізи), середньодобові концентрації шкідливих речовин у м. Запоріжжі (954 проби) за даними лабораторій санепідстанцій.

**Методи:** бібліосемантичний, системного підходу, структурно-логічного аналізу.

**Результати.** Обґрунтовано та розроблено концептуальну модель профілактики несприятливого впливу атмосферних забруднень на органи дихання населення промислового міста, системоутворюючим фактором якої є причинно-наслідковий зв'язок між техногенним забрудненням довкілля і станом здоров'я. Вона включає такі блоки: «Детермінантні чинники», «Закономірності забруднення атмосфери», «Гігієнічна характеристика повітряного басейну», «Стан здоров'я населення», «Гігієнічна донозологічна діагностика», «Профілактика хвороб системи органів дихання», «Оцінка ефективності заходів».

**Висновки.** Обґрунтована концептуальна модель сприятиме зменшенню захворюваності населення промислового міста.

**Ключові слова:** атмосферні забруднення, профілактика, хвороби органів дихання, модель.

### Вступ

Техногенний пресинг зумовлює надходження в довкілля речовин у кількості, яка значно перевищує природні, а іноді й зовсім відсутні у природі хімічні сполуки, та породжує глобальні проблеми. Між екологічними загрозами й станом здоров'я населення існує найтісніший зв'язок [1, 2, 5, 6, 9].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) до пріоритетних завдань боротьби з неінфекційними хворобами відносить зменшення впливу основних факторів ризику [9]. При цьому однією з головних передумов міцного здоров'я є здорове довкілля. У Європейській політиці «Здоров'я – 2020» також підкреслюється важливість екологічних детермінант здоров'я, а також вказується, що створення сприятливого довкілля є основним пріоритетом діяльності в Європейському регіоні ВООЗ [3, 8, 10]. Актуальність проблеми також значно підвищується розмаїттям спектра екотоксикантів, присутністю в довкіллі стійких забруднювачів, біоаккумулятивних поллютантів, синергізмом їх патологічної дії.

**Мета роботи** – обґрунтувати заходи з профілактики несприятливого впливу атмосферних забруднень на здоров'я населення.

### Матеріали та методи

Промислові викиди від стаціонарних і пересувних джерел за 1990–2014 рр. (724 аналізи), середньодобові

концентрації шкідливих речовин у м. Запоріжжі (954 проби) за даними лабораторій санепідстанцій. Методи дослідження: бібліосемантичний, системного підходу, структурно-логічного аналізу. Для аналізу захворюваності та поширеності хвороб органів дихання використано статистичні матеріали лікувально-профілактичних закладів міста Запоріжжя (усього опрацьовано 9680 первинних медичних документів). Дослідження донозологічного стану здійснено за допомогою спірографічного та анкетного методу. Матеріали оброблено за допомогою пакету програм Statistica-6.

### Результати дослідження та їх обговорення

При забрудненні атмосферного повітря промислового міста пріоритетним шляхом надходження в організм поллютантів є аерогенний механізм. Відповідні патологічні реакції організму на їх дію розгортаються переважно в органах дихання. Найбільш оптимальним підходом до поліпшення медико-санітарної допомоги, який враховує стратегічний та тактичний напрямки, є моделювання [7].

Обґрунтування заходів із профілактики несприятливого впливу атмосферних забруднень на населення в промисловому місті металургійної галузі можна представити у вигляді концептуальної моделі, яка складається із 7 блоків (рис.).

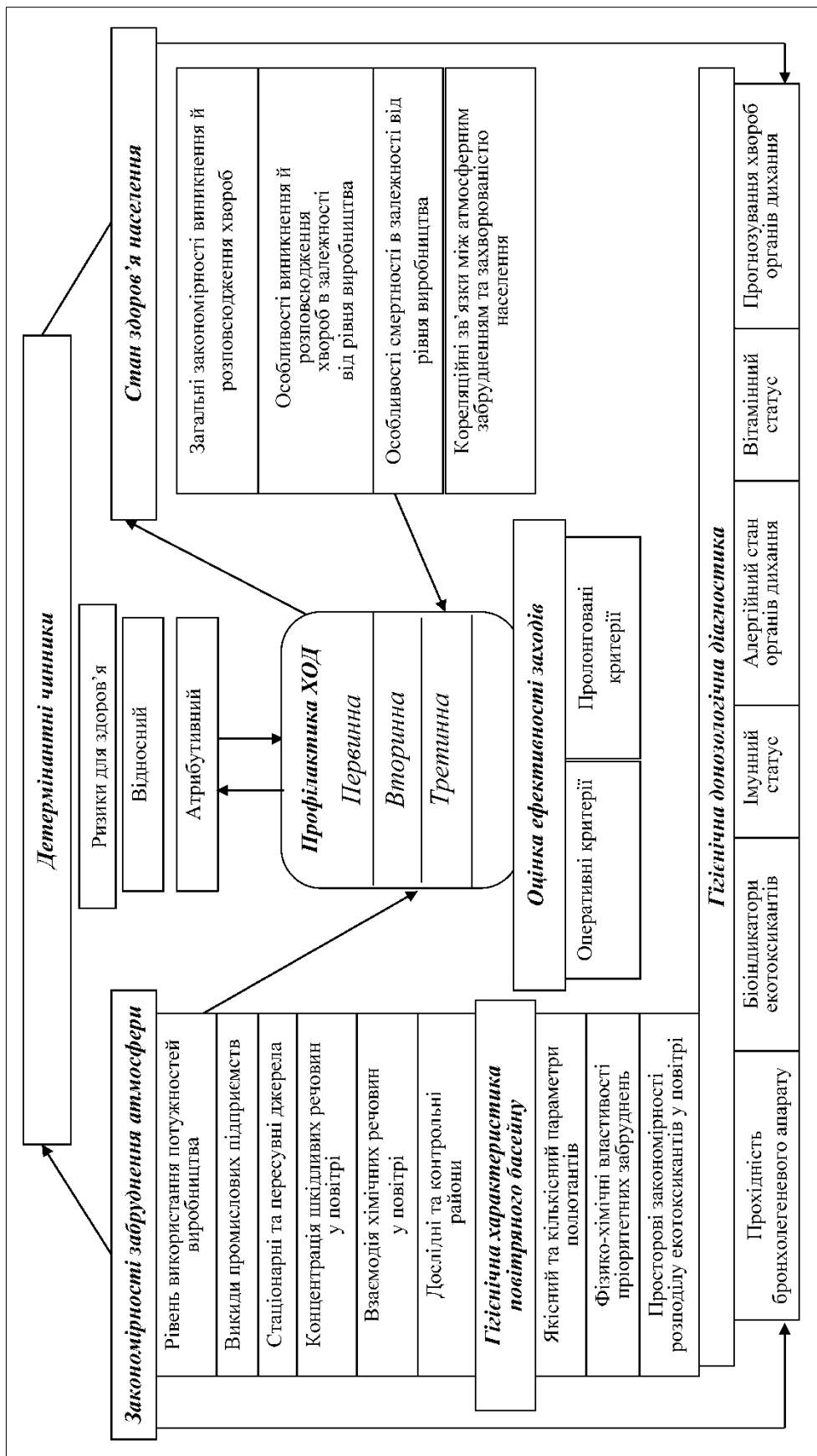


Рис. Концептуальна модель профілактики несприятливого впливу забруднення атмосферного повітря на хвороби органів дихання



Системоутворюючим блоком моделі є «Профілактика хвороб органів дихання», в основі якої покладений причинно-наслідковий зв'язок між техногенним забрудненням довкілля та станом здоров'я. У блоці «Закономірність забруднення атмосфери» визначені основні фактори, які формують атмосферні забруднення у промисловому місті: рівень використання потужностей виробництва; викиди від промислових підприємств; характер забруднення від стаціонарних та пересувних джерел; концентрація шкідливих речовин у повітрі; взаємодія між хімічними речовинами у повітрі; стан атмосферного повітря у дослідному та контрольному районах.

Основні закономірності атмосферних забруднень у промисловому місті металургійної галузі такі: 1) промислові викиди детермінують один із найвищих рівнів забруднення в країні; 2) визначальним фактором забруднення атмосферного повітря в місті є рівень використання потужностей виробництва; 3) протягом тривалого періоду рівень забруднення є неприпустимим; 4) основними забруднювальними речовинами є оксид вуглецю, діоксид сірки, оксид азоту, фенол, сірководень; 5) викидам від пересувних джерел властиве збільшення їх питомої ваги; 6) від пересувних джерел та виробничої техніки повітряний басейн найбільш забруднюється діоксидом і оксидом вуглецю, оксидами та діоксидами азоту, неметановими леткими органічними сполуками; 7) у викидах найбільш розгалужену кількість кореляційних зв'язків між собою мають нафталін, бенз(а)пірен, фенол, оцтова і азотна кислоти, свинець.

Блок «Гігієнічна характеристика повітряного басейну» передбачає оцінку якісних і кількісних параметрів полутантів, фізико-хімічних властивостей пріоритетних забруднювачів, концентрації шкідливих хімічних речовин у довкіллі, просторових закономірностей розподілу екоотоксикантів у повітрі.

Запорізька область належить до одного з найбільш забруднених регіонів України. За сумарними викидами шкідливих речовин в атмосферне повітря (353,0 тис. т) вона посідає 4-те місце в державі, а за питомою вагою перевищень ГДК за пилом (35,1%), сірководнем (23,8%), фенолом та його похідними (18,1%) – перші рангові місця. Її внесок у загальнодержавне забруднення становить 4,4–6,7%.

Блок «Детермінантні чинники» розкриває фактори, які відіграють вирішальну роль у негативному впливі на здоров'я населення. Їх об'єктивізація здійснена за допомогою коефіцієнта детермінації, відносного й атрибутивного ризиків. З'ясовано, що відносні (2,56; DI 2,24–2,88) та атрибутивні (1375,9–1515,7; вип./10 тис.) ризики захворюваності і поширеності (відповідно 2,39; DI 2,15–2,63 та 1819,4–2806,6; вип./10 тис.) хвороб органів дихання вищі для дорослих. Найбільшу детермінуючу дію у розвиток хвороб органів дихання у дорослих чинять діоксид марганцю (D-45,1;  $p < 0,05$ ), кобальт та його сполуки (D-49,8;  $p < 0,05$ ), ацетон (D-49,5;  $p < 0,05$ ), бенз(а)пірен (D-48,6;  $p < 0,05$ ), бутилацетат (D-48,6;  $p < 0,05$ ), у дітей –

бензол (D-45,7;  $p < 0,05$ ), діоксид марганцю (D-40,6;  $p < 0,05$ ), а також ще 19 шкідливих речовин із коефіцієнтами детермінації понад 30%.

Блок «Стан здоров'я населення» визначає загальні закономірності виникнення й поширення хвороб органів дихання в місті металургійної промисловості, вплив рівня техногенного забруднення на формування захворюваності, особливості смертності населення залежно від рівня ВВП, кореляційні зв'язки між атмосферними забрудненнями та захворюваністю й смертністю населення. Встановлено, що захворюваність на хвороби органів дихання серед дорослих вища при високому рівні виробництва як у дослідних, так і в контрольних районах ( $p < 0,05$ ). Серед дорослих екологічно забруднених районів вірогідно вища поширеність указаних хвороб як при високому (3776,1±228,7 вип./10 тис.), так і при помірному (3176,5±63,7 вип./10 тис.) рівнях виробництва, у дітей – вірогідно менша при помірному рівні лише в дослідному районі. У дорослого та дитячого населення існують по 3 сильні кореляційні зв'язки між захворюваністю та викидами шкідливих речовин.

Блок «Гігієнічна донозологічна діагностика» спрямований на виявлення станів організму, які передують нозологічним формам. За провідні критерії визначені прохідність бронхолегеневого апарату, алергійний стан органів дихання, імунний та вітамінний статус. Доведено, що вплив атмосферних забруднень на здоров'я населення проявляється значною поширеністю донозологічних станів (у 53,8±2,5%), більше – серед чоловіків (на 13,4±5,4%;  $p < 0,05$ ). Термін мешкання зумовлює розвиток обструкції на фоні рестрикції із прогресуючим зростанням після 30 років на 11,5–31,6% на кожні 10 років ( $p < 0,05$ ). Вміст лізоциму у слині та концентрація sIgA у дітей забруднених районів менша відповідно у 1,7 та 2,6 разу ( $p < 0,05$ ), а поширеність полігіповітамінозів вища в 2,4 разу ( $p < 0,05$ ). Вміст свинцю у волоссі й сечі дітей дослідного району порівняно з контролем вищий відповідно у 4,5 та 2,3 разу ( $p < 0,05$ ); вміст міді, кадмію й марганцю – у 2,2–2,9 разу ( $p < 0,05$ ).

Для прогнозування захворюваності та поширеності хвороб органів дихання за допомогою покроково-регресійного аналізу розроблена система статистичних моделей. Модель мала вигляд  $y_i = a_0 + x_1 \dots x_j$ . Інформативна здатність та статистична значущість підтверджена відповідними коефіцієнтами детермінації та критеріями Фішера. За незалежні фактори використано характер промислових викидів і концентрації шкідливих речовин у повітрі.

Блок «Оцінка ефективності заходів» передбачає використання оперативних та пролонгованих критеріїв. За оперативні критерії визначені сумарні викиди, викиди твердих і газоподібних речовин, біоіндикаторні показники, sIgA, лізоцим слини, полігіповітамінозні явища. До пролонгованих критеріїв відносяться показники захворюваності та інвалідизації, співвідношення між ремісією та ступенем компенсації хронічного патологічного процесу.

### Висновки

Обґрунтована концептуальна модель сприятиме зменшенню рівня захворюваності населення промислового міста. Системоутворюючим фактором даної моделі є причинно-наслідковий зв'язок між техногенним забрудненням довкілля та станом здоров'я. Вона включає такі блоки: «Детермінантні чинники», «Закономірності забруднення атмосфери»,

характеристика повітряного басейну», «Стан здоров'я населення», «Гігієнічна донозологічна діагностика», «Профілактика хвороб системи органів дихання», «Оцінка ефективності заходів».

**Перспективи досліджень** пов'язані з подальшим вивченням ланцюгів міграції екотоксикантів від стаціонарних і пересувних джерел до людини.

### Література

1. Гребняк М. П. Пересувні джерела забруднення атмосферного повітря індустріального міста у сучасних умовах / М. П. Гребняк, Р. А. Федорченко // Довкілля та здоров'я. – 2015. – № 4 (75). – С. 26–29.
2. Гребняк Н. П. Донозологическая диагностика болезней органов дыхания у жителей мегаполиса металлургического профиля / Н. П. Гребняк, Р. А. Федорченко // Inter-Medical. – 2015. – № 4 (10). – С. 25–29.
3. Коблянська А. В. Впровадження у державну політику України європейських стратегій щодо профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями / А. В. Коблянська, К. А. Склярченко // Довкілля та здоров'я. – 2015. – № 4 (75). – С. 4–9.
4. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000 // Офіційний вісник України. – 2000. – № 49. – Ч. 1. – 216 с.
5. Михайлова Е. В. Здоровье детей школьного возраста на территориях с разным уровнем загрязнения атмосферного воздуха / Е. В. Михайлова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2004. – № 6. – С. 25–28.
6. Оценка ущерба здоровью человека как одно из приоритетных направлений экологии человека и инструмент обоснования управленческих решений / Ю. А. Рахманин, С. М. Новиков, Г. И. Румянцев и [др.] // Гигиена и санитария. – 2006. – № 5. – С. 4–10.
7. Слабкий Г. О. Характеристика оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання первинної медико-санітарної допомоги при інфекційних та паразитарних хворобах / Г. О. Слабкий, В. Й. Шатило, О. О. Шпита // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 4 (36). – С. 27–32.
8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за заг. ред. О. М. Мусія. – Київ, 2014. – 405 с.
9. A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision / World Health Organization. – Copenhagen, 2004. – 42 p.
10. Improving environment and health in Europe: how far have we gotten? / World Health Organization Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2015. – 134 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.05.2016 р.

**Концептуальная модель профилактики неблагоприятного воздействия загрязнения атмосферного воздуха на здоровье населения**

*Н.П. Гребняк, Р.А. Федорченко*  
Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

**Цель** – обосновать мероприятия по профилактике неблагоприятного воздействия атмосферных загрязнений на здоровье населения.

**Материалы:** промышленные выбросы от стационарных и передвижных источников за 1990–2014 гг. (724 анализа), среднесуточные концентрации вредных веществ в г. Запорожье (954 пробы) по данным лабораторий санэпидстанций. **Методы:** библиосемантический, системного подхода, структурно-логического анализа.

**Результаты.** Обоснована и разработана концептуальная модель профилактики неблагоприятного воздействия атмосферных загрязнений на органы дыхания населения промышленного города, системообразующим фактором которой является причинно-следственная связь между техногенным загрязнением окружающей среды и состоянием здоровья. Она включает следующие блоки: «Детерминантные факторы», «Закономерности загрязнения атмосферы», «Гигиеническая характеристика воздушного бассейна», «Состояние здоровья населения», «Гигиеническая донозологическая диагностика», «Профилактика болезней системы органов дыхания», «Оценка эффективности мероприятий».

**Выводы.** Обоснована концептуальная модель будет способствовать уменьшению заболеваемости населения промышленного города.

**Ключевые слова:** атмосферные загрязнения, профилактика, болезни органов дыхания, модель.

**Conceptual model of prevention adverse effects air pollution on population health**

*N.P. Grebnyak, R.A. Fedorchenko*  
Zaporizhzhia State Medical University,  
Zaporizhzhia, Ukraine

**Purpose** – justification of measures to prevent the adverse effects of air pollution on population health.

**Materials:** industrial emissions from stationary and mobile sources for the 1990–2014 (724 analyzes), average daily concentration of harmful substances in Zaporizhzhia (954 samples) according to the SES laboratories. **Methods:** bibliosemantic, systematic approach, structural-and-logical analysis.

**Results.** Substantiated and developed a conceptual model of prevention of the adverse effects of air pollution on the respiratory system of an industrial city population. A factor which is a cause-and-effect relationship between the man-made pollution of the environment and the health. It includes the following blocks: «Determinant Factors», «Laws of air pollution», «Hygienic characteristics of air pool», «Health status», «Hygienic preclinical diagnosis», «Prevention of the respiratory system diseases», «Evaluation of the effectiveness of interventions».

**Conclusions.** The conceptual model will help reduce the incidence of industrial population of the city.

**Key words:** atmospheric pollution, prevention, respiratory diseases, model.

**Відомості про авторів**

**Гребняк Микола Петрович** – д.мед.н., проф. кафедри загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету; просп. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.

**Федорченко Руслана Анатоліївна** – асистент кафедри загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету; просп. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.

УДК 616-058:314.33:616-053.6

Т.М. Сіліна, Т.М. Бухановська, Д.В. Паламарчук

## ВПЛИВ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ДІВЧАТОК-ПІДЛІТКІВ

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

**Мета** – виявити ключові тригерні фактори з розрахунком абсолютного ризику виникнення дисфункцій репродуктивної сфери дівчаток-підлітків.

**Методи:** бібліосемантичний, соціологічний, медико-статистичний, фізикального обстеження, системного аналізу та графічний методи.

**Результати.** Встановлено, що абсолютні ризики порушень регулярності менструального циклу ( $OR=6,8$ ), порушень характеру менструальних виділень ( $OR=5,1$ ), патологічних змін коливань базальної температури ( $OR=5,0$ ) вищі в основній групі на 40% порівняно з контрольною. Абсолютні ризики гінекологічної патології (онкологічного характеру) ( $OR=7,0$ ) у матерів обстежуваних основної групи порівняно з контрольною групою вищі на 40%, а соматичних захворювань, травм ( $OR=19,3$ ) – на 60%.

**Висновки.** Усі вище перераховані ризики лежать в основі медико-соціальної проблеми вимушених переселенців з окупованих територій і вказують на необхідність подальшої розробки сучасних та доступних рекомендацій для вирішення даних проблем.

**Ключові слова:** підлітки, репродуктивне здоров'я, медико-соціальні фактори, воєнний конфлікт, стрес, статевий розвиток.

### Вступ

На фоні політичних та економічних змін в Україні виникла низка медико-соціальних проблем, які становлять загрозу здоров'ю різних груп населення, передусім дітей. Адже соціальні і зовнішні чинники діють не ізольовано, а в складній взаємодії з біологічними, у т.ч. спадковими. Це обумовлює залежність захворюваності дітей як від середовища, в якому вони знаходяться, так і від генотипу та біологічних закономірностей росту і розвитку [2]. Враховуючи демографічну кризу, високі рівні захворюваності та поширеності хвороб серед дітей віком 0–17 років, різке зростання поширеності патологій нервової та сечостатевої систем серед дітей віком 15–17 років, переважання у структурі інвалідності дитячого населення патології нервової системи, розладів психіки та поведінки [8], виникає необхідність виявлення ключових тригерних факторів із розрахунком абсолютного ризику щодо репродуктивної сфери.

**Мета роботи** – дослідити вплив медико-соціальних факторів на репродуктивне здоров'я дівчаток підліткового віку і розрахувати абсолютні ризики розвитку репродуктивної патології, обумовленої ключовим тригером.

### Матеріали та методи

Для досягнення мети дослідження проаналізовано сучасні вітчизняні та закордонні літературні джерела, що обґрунтувало необхідність виявлення ролі окремих медико-соціальних факторів ризику шляхом подальшого

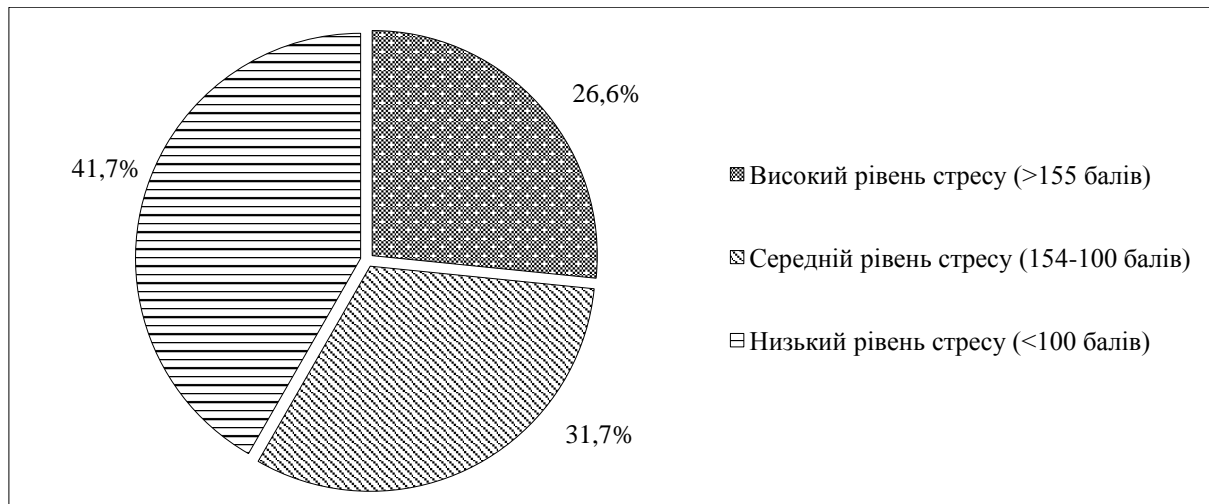
вивчення стану репродуктивного здоров'я та нервово-психічного благополуччя дівчаток-підлітків [2, 6, 8]. Проведено когортне дослідження серед 120 дівчаток віком 12–17 років, учениць Хотівського навчально-виховного комплексу «Загальноосвітня школа I–III ступенів – гімназія» в Київській області з метою визначення рівня психологічного стресу за загальноприйнятою шкалою PSM-25 Лемура–Тесьє–Філіліона [3].

Для проведення подальшого дослідження відібрано анкети, які відображали високий рівень стресу та стан дезадаптації респондента (рис. 1).

За отриманими даними, 26,6%±4,04 респондентів мали високий рівень стресу, 31,7%±4,25 – середній, а 41,7±4,5 – низький, тобто перебували в стані повної психологічної адаптації.

У подальшому в дослідженні взяли участь 32 дівчинки віком 12–17 років із високим рівнем стресу та їхні матері. Сформовано 2 групи: основну та контрольну. До основної групи увійшли 10 дівчаток вимушених переселенців, до контрольної – 22 дівчинки – постійні жительки с. Хотова Київської області.

На кожну дівчинку складено індивідуальний валеологічно-анамнестичний портрет за такими критеріями [10, 11]: матеріальний стан сім'ї, в якій проживає дитина; фізична активність, відвідування спортивних секцій, гуртків; шкідливі звички (переїдання, вживання алкоголю, кави, енергетичних напоїв, куріння); вживання психотропних препаратів; психологічний клімат у сім'ї; асортимент харчування (повноцінність, збалансованість, різноманітність).



**Рис. 1.** Рівень психологічного стресу серед респондентів за шкалою PSM-25 Лемюра-Тесье-Філліона (%)

За допомогою методу фізикального обстеження дівчат за загальноприйнятою шкалою проведено реєстрацію зміни молочних залоз, ріст лобкового та пахвинного волосся, становлення менструальної функції [4, 5]. Обов'язковим етапом була антропометрія з визначенням росту та маси тіла.

Аналіз гінекологічного анамнезу матерів проведено з подальшим виділенням ключових факторів [1, 7, 9, 11]: початок регулярної менструації матері; регулярність менструального циклу; перебіг даної вагітності, пологів; наявність запальної, незапальної, ендокринної чи онкологічної гінекологічної патології.

Наступний етап дослідження полягав у виявленні зв'язку між негативним впливом умов воєнного конфлікту та репродуктивним здоров'ям дівчаток-підлітків за допомогою розрахунку: абсолютного ризику (AR), відношення шансів (OR) із визначенням довірчих інтервалів, тобто межі, в яких із заданою довірчою ймовірністю може перебувати дійсне значення генеральної сукупності.

При обробці результатів використано відносні показники та похибку цих значень із визначенням коефіцієнта достовірності відмінностей за t-критерієм Стьюдента. При математичній обробці отриманих даних використано функції комп'ютерної програми Statistica 6.0 (Statsoft Inc.) і табличний редактор «Microsoft®Office Excel».

#### Результати дослідження та їх обговорення

У ході проведеного дослідження встановлено достовірні розбіжності ( $p < 0,05$ ) між основною та контрольною групами за такими критеріями, як несприятливий психологічний клімат і матеріальна забезпеченість сім'ї обстежуваної, адекватність харчового раціону дівчинки, порушення початку менархе, порушення регулярності менструального циклу, порушення характеру менструальних виділень, патологічні зміни базальної температури, гінекологічні та соматичні захворювання, травми матері обстежуваної (табл. 1).

Таблиця 1

**Медико-соціальні фактори, за якими встановлено достовірні розбіжності між основною та контрольною групами**

Показник	Варіант показника	Група обстежених				p
		основна		контрольна		
		n	%±Δ	n	%±Δ	
Психологічний клімат у сім'ї	Відмінний	1	10±9,49	14	64±10,23	<0,05
	Задовільний	8	80±12,65	2	9±6,1	<0,05
Матеріальна забезпеченість	Середній рівень	1	10±9,49	14	64±10,23	<0,05
	Низький рівень	8	80±12,65	3	13±7,16	<0,05
Фізична активність	Помірна	7	70±14,49	15	68±9,94	>0,05
	Інтенсивна	3	30±14,49	7	32±9,94	>0,05
Шкідливі звички	Наявні	4	40±15,49	6	28±9,57	>0,05

	Відсутні	6	60±15,49	16	72±9,57	>0,05
Харчовий раціон	Адекватний	2	20±12,65	17	77±8,97	<0,05
	Неадекватний	8	80±12,65	5	23±8,97	<0,05
Гармонійність фізичного розвитку	25–75% центилі	9	90±9,49	18	82±8,19	>0,05
	90–97% центилі	1	10±9,49	4	18±8,19	>0,05
ІМТ	20–24	8	80±12,65	15	68±9,94	>0,05
	25–26	1	10±9,49	5	23±8,97	>0,05
	27–29	1	10±9,49	2	9±6,1	>0,05
Початок менархе	Пізній (у 15 років)	4	40±15,49	2	9±6,1	<0,05
Регулярність менструального циклу	Регулярний	4	40±15,49	18	82±8,19	<0,05
	Нерегулярний	6	60±15,49	4	18±8,19	<0,05
Характер менструальних виділень	Скудні	5	50±3,16	4	18±8,19	<0,05
	Помірні	4	40±15,49	17	77±8,97	<0,05
Тип базальної температурної кривої	Непорушений, двофазний	3	30±14,49	15	68±9,94	<0,05
	Ановуляторний	5	50±15,8	3	14±7,39	<0,05
Соматичні захворювання, травми матері	Наявні	9	90±9,48	7	32±9,94	<0,05
	Відсутні	1	10±9,48	15	68±9,94	<0,05
Гінекологічні захворювання матері	Онкологічні	5	50±15,81	3	14±7,39	<0,05
	Відсутні	2	20±12,65	14	63±10,29	<0,05
Регулярність менструального циклу в матері	Регулярний	8	80±12,6	18	82±8,1	>0,05
	Нерегулярний	2	20±12,6	4	18±8,1	>0,05
Початок менархе матері	11–14 років	8	80±12,6	15	68±9,9	>0,05
	Від 15 років	2	20±12,6	7	32±9,9	>0,05
Перебіг вагітності, пологів у матері	Ускладнений	4	40±15,5	6	6±9,46	>0,05
	Неускладнений	6	60±15,5	16	16±9,46	>0,05

Виявлено, що абсолютні ризики порушень регулярності менструального циклу (OR=6,8), порушень характеру менструальних виділень (OR=5,1), патологічних змін коливань базальної температури (OR=5,0) були вищими на 40% в основній групі порівняно з контрольною.

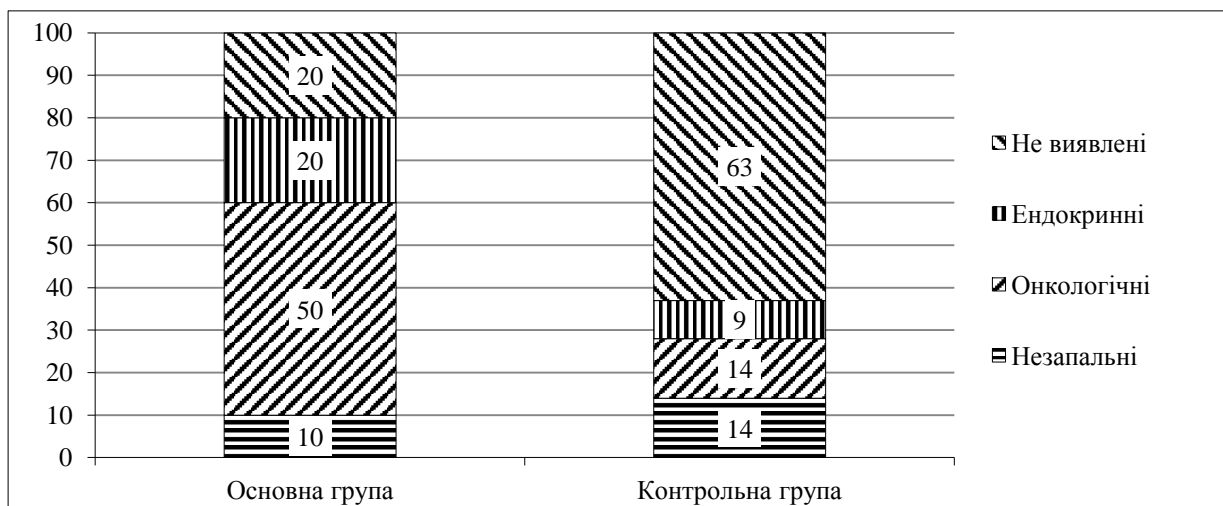


Рис. 2. Спектр гінекологічних захворювань серед матерів обстежуваних в основній та контрольній групах (%)

За даними рис. 2, абсолютний ризик розвитку (онкологічного характеру) (OR=7,0) в основній групі був вищим на 40%.

Водночас (табл. 2), абсолютний ризик виникнення соматичних захворювань, травм матерів обстежуваних (OR=19,3) з основної групи був вищим на 60% порівняно з контрольною.

Таблиця 2

**Відношення шансів порушень репродуктивного здоров'я та впливу умов воєнного конфлікту**

Показник	RR	AR	OR	СІ до RR верхній	СІ до RR нижній	СІ до AR верхній	СІ до AR нижній	СІ до OR верхній	СІ до OR нижній
Несприятливий психологічний клімат у сім'ї	6,4	0,7	28	43,8	0,9	1,0	0,4	238,9	3,3
Порушення регулярності менструального циклу	3,3	0,4	6,8	23,9	0,5	0,8	0,1	35,7	1,3
Порушення характеру менструальних виділень	2,6	0,4	5,1	19,1	0,4	0,7	0,02	25,5	1,0
Порушений початок менархе	4,4	0,3	6,7	34,5	0,6	0,6	-0,02	45,8	1,0
Патологічні зміни базальної температурної кривої	2,2	0,4	5	15,6	0,3	0,7	0,04	25,3	1,0
Гінекологічні захворювання в матері обстежуваної	2,2	0,4	7	15,3	0,3	0,8	0,1	41,4	1,2
Соматичні захворювання, травми в матері обстежуваної	2,8	0,6	19,3	19,4	0,4	0,9	0,3	183,4	2,0
Матеріальна забезпеченість сім'ї обстежуваної	5,9	0,7	25,3	40,8	0,8	1,0	0,4	181,8	3,5

Важливо, що в основній порівняно з контрольною групою на 70% був вищим абсолютний ризик виникнення несприятливого психологічного клімату в сім'ях (OR=28,0) та матеріальна незабезпеченість (OR=25,3).

### Висновки

Встановлено достовірні розбіжності ( $p < 0,05$ ) між основною та контрольною групами за такими критеріями, як несприятливий психологічний клімат та матеріальна забезпеченість сім'ї обстежуваної, адекватність харчового раціону дівчинки, порушення початку менархе, порушення регулярності менструального циклу, порушення характеру менструальних виділень, патологічні зміни базальної температури, гінекологічні та соматичні захворювання, травми матерів обстежуваної.

Визначено, що абсолютні ризики порушень регулярності менструального циклу (OR=6,8), порушень характеру менструальних виділень (OR=5,1), патологічних змін коливань базальної температури (OR=5,0) вищі в основній групі на 40%, а несприятливого психологічного клімату (OR=28,0) та матеріальної незабезпеченості (OR=25,3) – на 70%.

Абсолютні ризики виникнення гінекологічної патології (онкологічного характеру) (OR=7,0) у матерів обстежуваних основної групи порівняно з контрольною групою вищі на 40%, а соматичних захворювань, травм (OR=19,3) – на 60%.

**Подальші дослідження** спрямовані на розробку сучасних і доступних методів профілактики розладів репродуктивного здоров'я у дівчаток-підлітків для первинної ланки надання медичної допомоги.

## Література

1. *Бацилева О. В.* Психологія репродуктивного здоров'я: медико-психологічні та соціальні аспекти / О. В. Бацилева. – Донецьк, 2011. – 236 с.
2. *Вовк И. В.* Диагностика и лечение заболеваний пубертатного периода / И. В. Вовк // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2009. – № 26. – С. 20–23.
3. *Иванов Н. Я.* Диагностика характера подростков. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков : краткое руководство / Н. Я. Иванов, А. Е. Личко. – Санкт-Петербург : ФАРМиндекс, 2001. – С. 68.
4. *Манухин И. Б.* Гинекологическая эндокринология: клинические лекции: руководство / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. – 3-е изд. – Москва : Гэотар-медиа, 2014. – 267 с.
5. *Серов В. Н.* Гинекологическая эндокринология : руководство / В. Н. Серов, В. Н. Прилепская, Т. В. Овсянникова. – 5-е изд. – Москва : Гэотар-медиа, 2015. – 512 с.
6. *Сулейманов Р. А.* Коморбидность депрессии и нервной анорексии / Р. А. Сулейманов, М. С. Артемьева // Журнал неврол. и психиатр. – 2007. – № 4. – С. 73–77.
7. *Основы репродуктивной медицины : практ. руководство / В. К. Чайка, И. Д. Гюльмамедова, О. Н. Долгошапка.* – Донецк : ЧП «Лавис», 2011. – 895 с.
8. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України».* – Київ, 2015. – С. 50–72.
9. *Юхименко А. П.* Репродуктивне здоров'я : навч.-метод. пос. / А. П. Юхименко, Л. А. Мирна, В. В. Дивак. – Кам'янець-Подільський, 2011. – 100 с.
10. *Blumbuliene Z.* Casual analysis of menstrual disorders in adolescent girls / Z. Blumbuliene // Ginek. Pol. – 2003. – Vol. 74 (4). – P. 267–273.
11. *Judd S. J.* Disturbance of the reproductive axis induced by negative energy balance / S. J. Judd // Reprod Fertil Dev. – 2014. – Vol. 10, № 1. – P. 65–72.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.05.2016 р.



**Влияние условий военного конфликта на репродуктивное здоровье девочек-подростков с расчетом абсолютного риска репродуктивной патологии**

*Т.Н. Силина, Т.Н. Бухановская, Д.В. Паламарчук*  
Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

**Цель** – выявить ключевые триггерные факторы с расчетом абсолютного риска относительно репродуктивной сферы.

**Методы:** библиосемантический, социологический, медико-статистический, физикального обследования, системного анализа и графический методы.

**Результаты.** Установлено, что абсолютные риски нарушений регулярности менструального цикла (OR=6,8), нарушений характера менструальных выделений (OR=5,1), патологических изменений колебаний базальной температуры (OR=5,0) выше в основной группе на 40% по сравнению с контрольной. Абсолютные риски гинекологической патологии (онкологического характера) (OR=7,0) у матерей обследуемых основной группы по сравнению с контрольной группой выше на 40%, а соматических заболеваний, травм (OR=19,3) – на 60%.

**Выводы.** Все выше перечисленные риски лежат в основе медико-социальной проблемы вынужденных переселенцев из оккупированных территорий и указывают на необходимость дальнейшей разработки современных и доступных рекомендаций для решения данных проблем.

**Ключевые слова:** подростки, репродуктивное здоровье, медико-социальные факторы, военный конфликт, стресс, половое развитие.

**Effect of military conflict on reproductive health of adolescent girls with calculation of absolute risk of reproductive pathology**

*T.M. Silina, T.M. Bukhanovska, D.V. Palamarchuk*  
P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to identify the key trigger factors with calculation of absolute risk in reproductive system.

**Methods:** bibliosemantical, sociological, medical, statistical, physical examination, system analysis and graphics.

**Results.** It is established that the absolute risks of violations of the regularity of the menstrual cycle (OR=6.8), menstrual disorders character (OR=5.1), pathological changes in basal body temperature fluctuations (OR=5.0) higher in the study group by 40% compared with control. The absolute risk of gynecological diseases (cancer character) (OR=7.0) mothers surveyed the main group compared with the control group to 40% higher, and systemic diseases, injuries (OR=19.3) – 60%.

**Conclusions.** All the above listed risks underlying medical and social problems of IDPs from the occupied territories and indicate the need for further development of modern and recommendations available to address these problems.

**Key words:** adolescents, reproductive health, medical and social factors, military conflict, stress, sexual development.

**Відомості про авторів**

**Сіліна Тетяна Миколаївна** – д.мед.н., проф. кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Саксаганського, 100, м. Київ, 01032, Україна.

**Бухановська Тетяна Миколаївна** – к.мед.н., доц. кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Саксаганського, 100, м. Київ, 01032, Україна.

**Паламарчук Дарина Василівна** – лікар-інтерн, магістр кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Саксаганського, 100, м. Київ, 01032, Україна.

УДК 616.314.18-002.4-036.2(477.64)

В.В. Чернявский

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У РАБОТНИКОВ ОАО «ЗАПОРОЖСТАЛЬ»

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

**Цель** – изучить структуру распространенности пародонтита у работников металлургического комбината ОАО «Запорожсталь».

**Методы:** системного подхода; эпидемиологический; клинические; рентгенологическое обследование; статистический метод; вариационной статистики.

**Результаты.** У большинства пациентов были диагностированы явления пародонтита, при этом наибольший процент приходился на рабочие специальности, разница между работниками горячих цехов и работниками заводоуправления составила в среднем 1,5–2 раза. Наибольший процент приходился преимущественно на генерализованную форму (51,0%). По степени тяжести превалировала средняя – 58,4%, а легкая составила 25,6%, тяжелая – 16,0%.

**Выводы.** Анализ структуры распространенности пародонтита у работников металлургического комбината ОАО «Запорожсталь» свидетельствует о значительном росте заболеваний пародонта, уровень которых увеличивается с возрастом.

**Ключевые слова:** заболеваемость, генерализованный пародонтит.

### Введение

Промышленный потенциал г. Запорожья представлен 280 промпредприятиями, основную долю бюджетообразующих организаций составляют предприятия горно-металлургической отрасли. Нарушение экологических норм является одним из факторов причинно-следственной связи роста уровня общесоматической заболеваемости и стоматологической в частности.

Снижение роста заболеваемости и удовлетворение потребности населения в доступной и качественной медицинской помощи является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем в Украине [3].

В то же время, необходимо отметить, что по-прежнему не существует четкой модели, структуры, новых нормативов по организации стоматологической помощи в крупнопромышленных регионах, включая раздел профилактики, для работников, которые трудятся в системе горно-металлургического комплекса.

Для реализации указанных задач необходимо изучить причины происхождения и развития заболеваний, разработать и внедрить оптимальную, структурно-функциональную модель организации стоматологической помощи, основывающейся на многофункциональной и многоуровневой системе, где заложены принципы комплексного подхода лечения основных стоматологических заболеваний [2, 4, 6].

**Цель работы** – изучить влияние вредных производственных факторов на состояние тканей пародонта у работников металлургического комбината ОАО «Запорожсталь».

### Материалы и методы

В исследовании использованы следующие методы: метод системного подхода – для проведения

количественного и качественного анализа, выявления существующих проблем в организации хирургической стоматологической помощи; эпидемиологический метод – для установления причинно-следственных связей возникновения болезней и для определения способов их предупреждения; клинические методы обследования – для постановки диагноза; дополнительный метод – рентгенологическое обследование; статистический метод – для определения уровня заболеваемости и показателей деятельности стоматологической помощи.

Обработка данных проведена методами вариационной статистики с использованием стандартного офисного пакета прикладных программ MS Excel для Windows'XP'Professional.

### Результаты исследования и их обсуждение

Данное исследование актуально для промышленного региона, каковым является г. Запорожье, в связи с тем, что на предприятиях горно-металлургической отрасли работает наибольшее количество жителей. Отчеты облСЭС за последние пять лет свидетельствуют, что ежедневно в воздух г. Запорожья выбрасывается свыше 150 видов химических веществ, многие из них относятся к 1–2 классам опасности (двуокись марганца, бензапирен, соединения свинца, хрома и др.).

Недостаточное внимание по охране окружающей среды негативно влияет на экологические показатели города, интенсивное загрязнение пылью (до 40%), фенолом и сероводородом (до 50–60%), окислами азота (до 40%), фтором и хлором (до 20%) [1, 4].

Предприятия горно-металлургического комплекса по характеру технологического производства характеризуются высокими температурными показателями в производственных цехах, загазованностью, запыленностью, основная часть вредных веществ попадает

в воздух, питьевую воду, организм человека, что в последствие приводит к росту заболеваемости.

Заболевания пародонта в иерархии стоматологических болезней занимают второе место после кариозных поражений.

В рамках поставленных задач исследования нами проводилось ежегодное стоматологическое обследование 430 сотрудников (242 мужчин и 188 женщин).

Условия труда работников рабочих специальностей (РРС), задействованных в цехах с высоким температурным режимом работы (маргеновский, прокатный и т.д.), характеризуются многофакторным воздействием производственных вредностей в различных их сочетаниях, а производственный процесс – таким компонентом, как токсичность. Контрольной группой наблюдений стали инженерно-технические работники (ИТР) этого предприятия (табл.).

Стоматологические клинические осмотры проводились сотрудниками кафедры терапевтической, ортопедической и детской стоматологии Запорожского государственного медицинского университета с учетом оценки всех объективных и субъективных симптомов, выяснения причин заболевания и возможных сопутствующих эффектов. Осмотры проводились таким образом, чтобы повысить информированность пациента о состоянии его полости рта, предполагаемом плане лечения, а также сформировать положительные взаимоотношения между врачом и пациентом.

Такие мероприятия, как правило, приводят к формированию у пациента доверия и уверенности в стоматологической команде и клинике, а также приятию и пониманию требуемого плана лечения.

*Таблица*  
**Группы наблюдений по возрастному и половому признаку**

Возраст, лет	ИТР	РРС	Мужчины	Женщины
25–34	69	75	85	60
35–44	72	74	82	63
45–54 и старше	74	66	75	65
Итого	215	215	242	188

Современные эпидемиологические исследования требуют проведения анализа распространенности патологии с использованием единых стандартов [5]. Для изучения методов диагностики, лечения и реабилитации нами специально разработаны наблюдательные карты и анкеты [4, 6].

Результаты анкетирования и клинических осмотров засвидетельствовали, что самой распространенной формой был пародонтит (45,5%) [2, 3]. Доля гингивита составила 39,7%, пародонтоза – 12,6%, идиопатических заболеваний и пародонта – лишь 1,1%.

Проведенное анкетирование продемонстрировало, что индивидуальными средствами защиты пользовались только до 69,7% РРС, которые непосредственно находились в цехах с высоким температурным режимом, не пользовались 14,1% сотрудников (ИСЗ), а 16,2% не пользовались за счет высоких температурных показателей в цеху.

Данные анкетного опроса врачей-стоматологов, проводивших клинические осмотры и заполнявших наблюдательные карты, продемонстрировали, что у большинства пациентов были диагностированы явления пародонтита, при этом наибольший процент приходился на рабочие специальности, разница между работниками горячих цехов и работниками заводоуправления составила в среднем 1,5–2 раза [5]. Наибольший процент приходился преимущественно на генерализованную форму (51,0%) По степени тяжести превалировала средняя – 58,4%, а легкая составила 25,6%, тяжелая – 16,0%. Результаты интервьюирования показали, что основное место в структуре заболеваемости занимал локализованный (49,0%) и генерализованный (51,0%) пародонтит. Врачи-стоматологи по клиническому течению выделяли острое (6,3%), хроническое (53,5%), обострение хронического пародонтита (28,9%), абсцедирование (5,2%) и стадию ремиссии (6,1%), причем в структуре заболевания преобладал удельный вес хронического течения пародонтита. Заболевания пародонта стали лидером по причине потери здоровых зубов.

Ранняя диагностика заболеваний пародонта, возможно, в ходе подобных эпидемиологических исследований, а также их своевременное лечение, проведение реабилитационных мероприятий и диспансеризация могут способствовать значительному уменьшению заболеваемости пародонтитом среди работников металлургического комбината ОАО «Запорожсталь».

## Выводы

Проведенное анкетирование продемонстрировало, что индивидуальными средствами защиты пользовались только до 69,7%. У большинства пациентов были диагностированы явления пародонтита, при этом наибольший процент приходился на рабочие специальности, разница между работниками горячих цехов и работниками заводоуправления составила в среднем 1,5–2 раза. Заболевания пародонта стали лидером по причине потери здоровых зубов. Анализ структуры распространенности пародонтита у работников металлургического комбината ОАО «Запорожсталь» засвидетельствовал значительный рост заболеваний пародонта, уровень которых увеличивается с возрастом.

## Перспективы дальнейших исследований

Анализ динамики распространенности заболеваний пародонта служит основой для прогнозирования уровня заболеваемости.

## Литература

- 1 Бугорков І. В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи стоматологічної ортопедичної допомоги на регіональному рівні : автореф. дис. ... д.мед.н. / І. В. Бугорков. – Київ, 2013. – 36 с.
- 2 Григор'ян А. С. Болезни пародонта / А. С. Григор'ян. – Москва : МИА, 2004. – 320 с.
- 3 Николаев А. И. Практическая терапевтическая стоматология / А. И. Николаев, Л. М. Цепов. – Москва : МЕДпресс-информ, 2005. – 216 с.
- 4 Петрова Н. Г. Пародонтологический статус пациентов, обратившихся в стоматологическую поликлинику, по результатам их профилактического осмотра / Н. Г. Петрова, Т. В. Кудрявцева, Н. И. Ерохина // Проблемы городского здравоохранения. – Вып. 9 : Сб. науч. тр. под ред. В. И. Вишнякова. – Санкт-Петербург, 2004. – С. 362–367.
- 5 Платонов А. Е. Статистический анализ в медицине и биологии: задача, терминология, логика, компьютерные методы / А. Е. Платонов. – Москва, 2000.
- 6 Савичук Н. О. Современные подходы к изучению стоматологического здоровья / Н. О. Савичук // Дентальные технологии. – 2010. – № 2. – С. 7–10.

Дата поступления рукописи в редакцию: 26.04.2016 г.

## Поширеність захворювань пародонту у працівників ВАТ «Запоріжсталь»

*В.В. Чернявський*

Запорізький державний медичний університет,  
м. Запоріжжя, Україна

**Мета** – вивчити структуру поширеності пародонтиту у працівників металургійного комбінату ВАТ «Запоріжсталь».

**Методи:** системного підходу; епідеміологічний; клінічні; рентгенологічне обстеження; статистичний метод; варіаційної статистики.

**Результати.** У більшості пацієнтів були діагностовані явища пародонтиту, при цьому найбільший процент приходився на робочі спеціальності, різниця між працівниками гарячих цехів і працівниками заводоуправління становила в середньому 1,5–2 рази. Найбільший процент приходився переважно на генералізовану форму (51,0%) За ступенем тяжкості переважала середня – 58,4%, а легка становила 25,6%, тяжка – 16,0%.

**Висновки.** Аналіз структури поширеності пародонтиту у працівників металургійного комбінату ВАТ «Запоріжсталь» свідчить про значне зростання захворювань пародонту, рівень яких збільшувався з віком.

**Ключові слова:** захворюваність, генералізований пародонтит.

## The prevalence of periodontal disease in employees of JSC "Zaporizhstal"

*V.V. Cherniavskiy*

Zaporizhzhia State Medical University,  
Zaporizhzhia, Ukraine

**Purpose** – to examine the structure of the prevalence of periodontitis workers metallurgical plant JSC "Zaporizhstal".

**Methods:** a systematic approach; epidemiological; clinical; X-ray examination; statistical method; variation statistics.

**Results.** Most patients were diagnosed phenomenon periodontitis, while the largest percentage of the working pryhodyvsya specialty, the difference between employees and workers of hot shops of the plant was on average 1.5–2 times. The largest percentage pryhodyvsya most generalized form (51.0%) in severity prevailed average – 58.4%, and 25.6% was light, hard - 16.0%.

**Conclusions.** The analysis of the prevalence of periodontitis workers metallurgical plant JSC "Zaporizhstal" shows a significant increase of periodontal disease, the level of which increased with age.

**Key words:** disease, generalized periodontitis.

## Ведомости про автора

**Чернявський Вадим Витальєвич** – асистент кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету; просп. Маяковського, 26, г. Запоріжжя, 69035, Україна.

УДК 616.314-084-053.2:612.392.69:546.15

О.В. Клітинська, А.А. Васько

## РАНЖУВАННЯ УРАЖЕНЬ КАРІЄСОМ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ПРИ РЕТРОСПЕКТИВНОМУ АНАЛІЗІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ

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

**Мета** – встановити рівень поширеності різних форм карієсу з визначенням групової приналежності зубів тимчасового та змінного прикусу, шляхом ретроспективного аналізу медичної стоматологічної документації.

**Матеріали та методи.** Проналізовано медичні картки стоматологічного хворого № 043/о Університетської стоматологічної поліклініки міста Ужгород та Закарпатської обласної клінічної стоматологічної поліклініки в загальній кількості 842 штук; вік пацієнтів становив від 3 до 12 років.

**Результати.** У дітей з тимчасовим прикусом гострий карієс зустрічався у 67,0% (3 947 зубів), хронічний – у 33,0% (1 980 зубів). Найбільш часто у тимчасовому прикусі уражались другі моляри (19,5%, або 1 554 зуби) та центральні різці (18,7%, або 1 493 зуби). У змінному прикусі хронічний карієс переважав лише серед тимчасових зубів (1 261 випадок проти 1 001 випадку гострого перебігу). У постійних зубах превалювала гостра форма клінічного перебігу карієсу (3 020 – гострий перебіг, 2 762 – хронічний перебіг). Найбільш часто у змінному прикусі уражались постійні моляри (13,6%, або 1 454 зуби) та центральні різці (11,6%, або 1 247 зуби).

**Ключові слова:** дитяча стоматологія, карієс, поширеність, ретроспективний аналіз, ранжування уражень карієсом, групова приналежність, тимчасовий прикус, змінний прикус.

### Вступ

Дослідження є фрагментом наукової теми кафедри стоматології дитячого віку стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет» «Вдосконалення надання стоматологічної допомоги дітям, які проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду» (№ держреєстрації 0114U004123).

Проблема захворюваності на карієс є актуальною серед мешканців Закарпатської області, оскільки область розміщена в зоні біогеохімічного дефіциту фтору та йоду [2, 4–6]. За даними епідеміологічних досліджень, поширеність карієсу в Закарпатській області знаходиться в межах 92–99% та є максимально високою; проведені епідеміологічні дослідження стоматологічного статусу у 4 203 дітей Закарпатської області виявили, що поширеність карієсу тимчасових зубів становить 98,3% при інтенсивності 14,9; постійних зубів – 91,4%, при інтенсивності 11,3 [1–8]. Не менш важливим є недостатній рівень гігієни порожнини рота та низький рівень звернень із метою профілактики каріозних уражень [1, 4, 8]. Свою негативну роль у значній поширеності карієсу зубів відіграє недостатній рівень екзогенної профілактики основних стоматологічних захворювань [1, 6, 9, 9]. Для визначення найбільш ефективних методів і засобів профілактики слід встановити поширеність різних видів каріозних уражень, активність і перебіг каріозного процесу в дітей різного віку та групову приналежність зубів різного виду прикусу, що і обумовлює актуальність даного дослідження.

**Мета роботи** – встановити рівень поширеності різних форм карієсу з визначенням групової приналежності зубів тимчасового та змінного прикусу, шляхом ретроспективного аналізу медичної стоматологічної документації.

### Матеріали та методи

Для ретроспективного аналізу первинної медичної стоматологічної документації нами проаналізовано медичні картки стоматологічного хворого № 043/о Університетської стоматологічної поліклініки міста Ужгород (головний лікар Богдан І.М.) та Закарпатської обласної клінічної стоматологічної поліклініки (головний лікар Лесів Р.А.), відділення стоматології дитячого віку. Загальна кількість проаналізованих карт – 842. Вік пацієнтів становив від 3 до 12 років. За даними медичної документації, у 30 пацієнтів діагностовано загальносоматичні захворювання, але їх аналіз не проводився та не враховувався при статистичних розрахунках. Серед карт 402 (49,5%) карти належали пацієнтам із тимчасовим прикусом, 410 (50,5%) – зі змінним. Серед пацієнтів із тимчасовим прикусом було 198 хлопчиків і 204 дівчинки; зі змінним прикусом – 206 хлопчиків і 204 дівчинки. Статистично значущої гендерної відмінності у складі груп не було (табл.).

Таблиця  
Розподіл обстежених  
за видом прикусу і статтю (n=812)

Стать	Прикус			
	тимчасовий (n=402)		змінний (n=410)	
	абс.	%	абс.	%
Хлопчики	198	49,3	206	50,2
Дівчатка	204	50,7	204	49,8
Разом	402	100,0	410	100,0

### Результати дослідження та їх обговорення

У тимчасовому прикусі проаналізовано записи стосовно 8 011 зубів, у змінному прикусі – 10 660 зубів, з яких 3 154 тимчасові та 7 507 постійних.

Серед пацієнтів із тимчасовим прикусом гострий карієс зустрічався у 3 947 (67,0% від загальної кількості уражених зубів) випадках. Хронічний карієс діагностувався у 1 980 (33,0%) випадках (рис. 1), що вказало на превалювання гострої форм клінічного перебігу карієсу.

За групами зубів, уражених у тимчасовому прикусі гострою формою перебігу, найбільш частіше зустрічалися другі моляри (13,0%, або 1 036 зубів) та центральні різці (12,9%, або 1 030 зубів), рідше – перші моляри (12,1%, або 973 зуби), латеральні різці (7,0%, або 562 зуби) та ікла (4,3%, або 346 зубів).

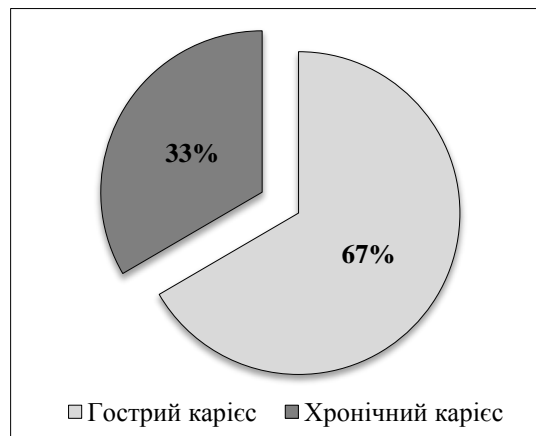


Рис. 1. Розподіл уражень за клінічним перебігом серед пацієнтів із тимчасовим прикусом

Хронічний перебіг найчастіше спостерігався у других молярах (6,5%, або 518 зубів), центральних різцях (5,8%, або 463 зуби), перших молярах (5,5%, 443 зубів), рідше – у латеральних різцях (3,6%, 292 зуби) та іклах (3,3%, 264 зуби) (рис. 2).

У пацієнтів зі змінним прикусом гострий карієс діагностувався у 37,7% від загальної кількості (4 021 зуб) випадків. З них у 9,4% (1 001 зуб) випадках уражалися тимчасові зуби та у 28,3% (3 020 зуби) – постійні. Хронічний карієс діагностувався у 37,7% (4 023 зуби), з них у 11,8% (1 261 зуб) випадках уражалися тимчасові зуби та у 26,0% (2 762 зуби) – постійні. Серед пацієнтів зі змінним прикусом превалював гострий карієс у загальному масиві даних (рис. 3).

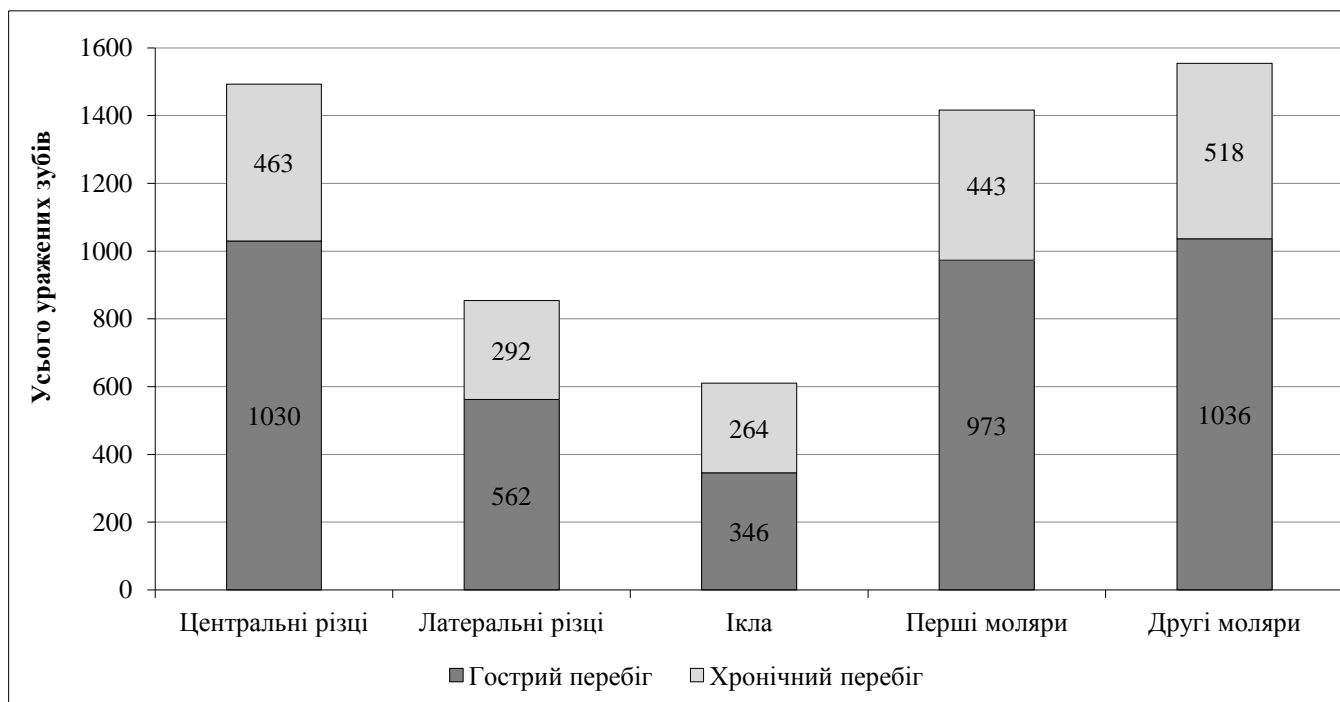
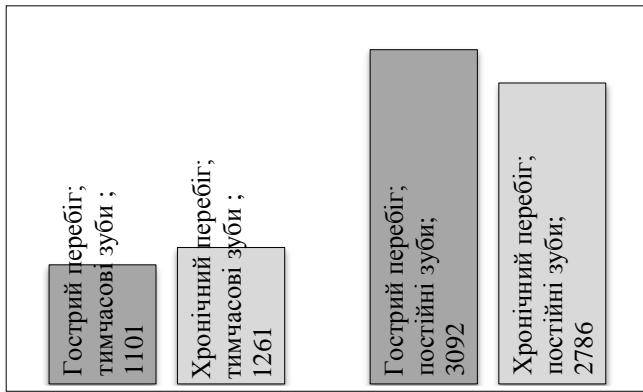


Рис. 2. Розподіл зубів за клінічним перебігом і групою приналежності



За групами зубів змінного прикусу найбільш часто були уражені гострою формою перші постійні моляри – 6,9% (737 зубів) і центральні різці – 5,8% (621 зуб, з них 52 тимчасові та 569 постійних зубів); другі постійні моляри були уражені у 5,3% випадках (567 зубів); латеральні різці – у 4,5% випадках (або 488 зубів, із них 54 тимчасові та 434 постійні зуби); ікла – у 4,3% випадках (або 466 зубів, із них 323 тимчасові та 143 постійні зуби). Тимчасові премоляри були уражені у 3,1% (341 зуб) випадках; другі премоляри – у 2,7% (288 зубів) випадках; перші премоляри – у 2,6% (282 зуби) випадках, тимчасові другі моляри – у 2,1% (231 зуб) випадках (рис. 4).

Рис. 3. Розподіл уражень за клінічним перебігом і видом прикусу

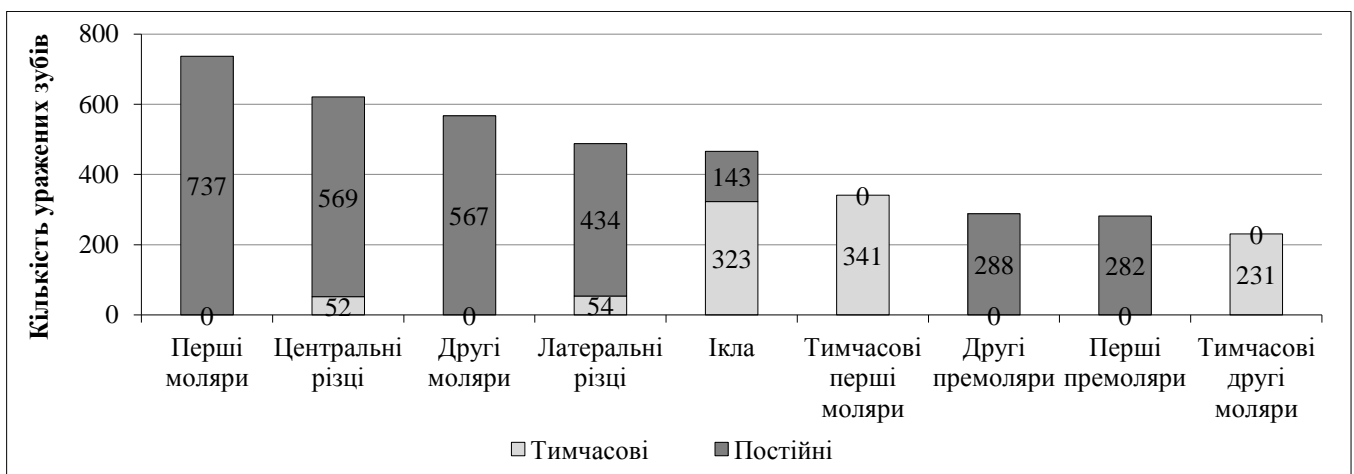


Рис. 4. Розподіл уражень гострими формами карієсу залежно від групової приналежності

Хронічна форма перебігу карієсу найбільш часто спостерігалась у перших молярах (6,7%, або 717 зубів) і центральних різцях (5,8%, або 626 зубів, з них 68 тимчасових і 558 постійних); потім – у тимчасових перших молярах (4,3%, або 460 зубів), тимчасових других молярах (4,0%, або 433 зуби); в іклах (3,9%, 422 зуби,

з них 260 тимчасових та 162 постійні зуби); других премолярах (3,4%, або 367 зубів); латеральних різцях (3,3%, або 361 зуб, з них 40 тимчасових та 321 постійний зуб); у перших премолярах (3,0%, або 328) та других постійних молярах (2,8%, або 309 зубів), (рис. 5).

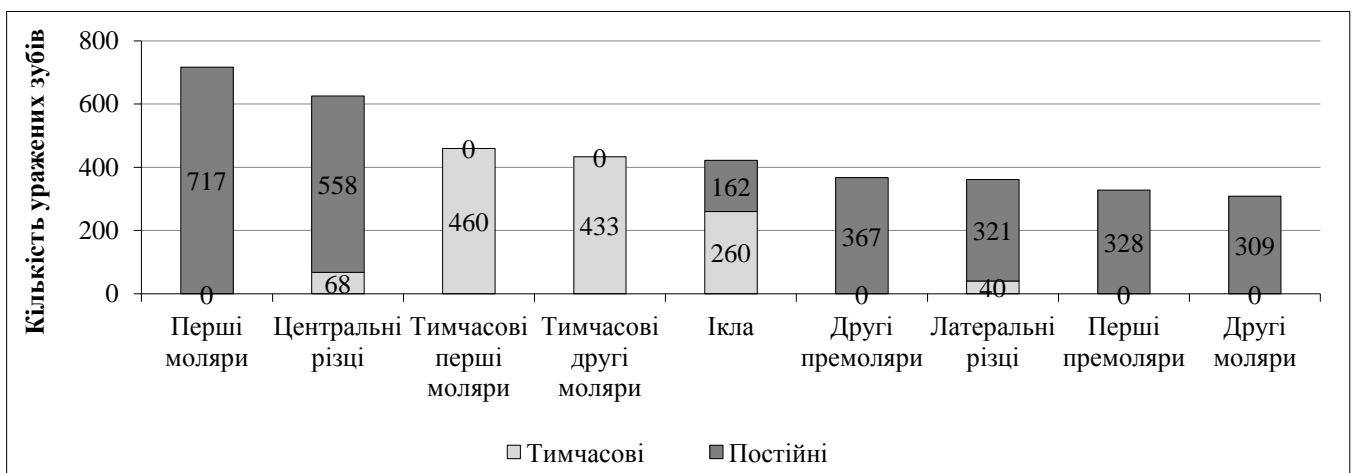


Рис. 5. Розподіл уражень хронічними формами карієсу залежно від групової приналежності

### Висновки

При ретроспективному аналізі 842 медичних карт стоматологічного хворого № 043/о пацієнтів віком від 3 до 12 років встановлено, що у тимчасовому прикусі превалював гострий перебіг уражень карієсом – 67,0% (3 947 зубів). Хронічний карієс діагностувався у 33,0% (1 980 зубів). Найчастіше у тимчасовому прикусі уражалися другі моляри (19,5%, або 1 554 зуби) та центральні різці (18,7%, або 1 493 зуби).

У змінному прикусі для тимчасових зубів був характерним хронічний перебіг карієсу. Загалом хронічний карієс діагностувався у 37,7% (4 023 зуби),

гострий перебіг – у 37,7% (4 021 зуб). Хронічний карієс превалював у тимчасових зубах змінного прикусу (1 261 випадок хронічного перебігу проти 1001 випадку гострого перебігу карієсу), а гострий перебіг – у постійних зубах (3 020 випадків із гострим перебігом до 2 762 випадків із хронічним перебігом карієсу). Найчастіше у змінному прикусі уражалися перші постійні моляри (13,6%, або 1 454 зуби) та центральні різці (11,6%, або 1 247 зубів).

**Перспективи подальших досліджень** полягають у продовженні вивчення даної теми.

### Література

1. Безвушко Е. В. Взаємозв'язок карієсу зубів, захворювань тканин пародонта та зубощелепних аномалій у дітей шкільного віку Львівської області. / Е. В. Безвушко, Н. Л. Чухрай, Т. Г. Гутор // Практична медицина. – 2010. – Т. 16, № 1. – С. 35–40.
2. Клітинська О. В. Аналіз дослідження мікроелементного складу волосся у дітей, які проживають у біогеохімічному регіоні з мікроелементозами фтору та йоду / О. В. Клітинська, Н. В. Бутрій // Вітчизняна та світова медицина: вимоги сьогодення : збірник матеріалів міжнар. наук.-практ. конференції, 4–5 жовтня 2013 р., м. Дніпропетровськ. – Дніпропетровськ, 2013. – С. 30–33.
3. Клітинська О. В. Аналіз стану твердих тканин зубів у дітей, які проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду / О. В. Клітинська // Актуальні питання стоматології сьогодення: мат. наук.-практ. конференції. – Тернопіль, 2010. – С. 24.
4. Клітинська О. В. Аналіз якості контролю за індивідуальною гігієною порожнини рота школярів, які проживають в умовах мікроелементозів / О. В. Клітинська, А. А. Васько // Молодий вчений. – 2014. – № 5 (08), Ч. II. – С. 164–166.
5. Клітинська О. В. Епідеміологічні аспекти поширеності основних стоматологічних захворювань дітей Закарпаття / О. В. Клітинська // Інноваційні технології в стоматології : матеріали наук.-практ. конференції (9–10 жовтня 2012 р., м. Тернопіль). – Тернопіль, 2012. – С. 34.
6. Лемко И. С. К вопросу природных биогеохимических провинций в регионах с наличием минеральных вод / И. С. Лемко, Л. П. Киртич, Л. В. Дичка // Биометеорология человека : материалы конгресса. – Санкт-Петербург, 2010. – С. 128–129.
7. Савичук Н. О. Современные подходы к изучению стоматологического здоровья / Н. О. Савичук // Дентальные технологии. – 2010. – № 2. – С. 7–10.
8. Смоляр Н. І. Оцінка визначення ступеня активності карієсу зубів у дітей шкільного віку як одного з показників санації / Н. І. Смоляр, Н. Л. Чухрай // Вісник стоматології. – 2012. – № 4. – С. 97–100.
9. Хоменко Л. О. Екологічні аспекти стоматологічних захворювань у дітей / Л. О. Хоменко, О. І. Остапко, О. В. Дуда // Клінічна стоматологія. – 2011. – № 1–2. – С. 53–63.
10. World Health Organization: Oral health information systems [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.who.int/oral\\_health/action/information/surveillance/en](http://www.who.int/oral_health/action/information/surveillance/en). – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.04.2016 р.



**Ранжирования поражений кариесом зубов  
у детей при ретроспективном анализе  
первичной медицинской документации**

*О.В. Клитинская, А.А. Васько*  
ГБУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

**Цель** – установить распространенность различных форм кариеса с определением групповой принадлежности пораженных зубов, путем ретроспективного анализа медицинской стоматологической документации.

**Материалы и методы.** Проанализированы медицинские карты стоматологического больного № 043/о Университетской стоматологической поликлиники города Ужгород и Закарпатской областной клинической стоматологической поликлиники в общем количестве 842 штук; возраст пациентов составил от 3 до 12 лет.

**Результаты и выводы.** У пациентов с временным прикусом острый кариес встречался в 67,0% (или 3 947 зубов), хронический – в 33,0% (1 980 зубов). Наиболее часто во временном прикусе поражались вторые моляры (19,5%, или 1 554 зуба) и центральные резцы (18,7%, или 1 493 зуба). В сменном прикусе хронический кариес преобладал только среди временных зубов (1 261 случай против 1 001 случая острого течения). В постоянных зубах превалировала острая форма клинического течения кариеса (3 020 – острое течение, 2 762 – хроническое течение). Наиболее часто в сменном прикусе поражались постоянные моляры (13,6%, или 1 454 зуба) и центральные резцы (11,6%, или 1 247 зубов).

**Ключевые слова:** детская стоматология, кариес, распространенность, ретроспективный анализ, ранжирование поражений кариесом, групповая принадлежность, временный прикус, сменный прикус.

**Ranking damage dental caries in children  
with retrospective analysis primary medical records**

*O.V. Klitynska, A.A. Vasko*  
SHEI «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

**Purpose** – to establish the ranking of decayed teeth in children and to establish group membership of teeth affected by a retrospective analysis of medical records.

**Materials and methods.** The medical records were subject to analysis of dental patient 043 N/o University of dental clinics of the city of Uzhgorod and the Transcarpathian Regional Clinical dental clinic in the total number of 842 pieces at the age of 3 to 12 years.

**Results and conclusions.** In patients with a temporary sharp bite caries found in 67.0% (3 947 teeth). Chronic caries diagnosed in 33.0% (1 980 teeth). The most commonly affected in the temporary occlusion second molars were 19.5% (1 554 teeth) and central incisors – 18.7% (1 493 teeth). The removable bite chronic caries prevailed only among temporary teeth (case 1 261 against 1 001 cases of acute flow). In permanent teeth prevailed acute form of the clinical course of caries (acute during 3 020 to 2 762 chronic course). Most often in mixed dentition amazed permanent molars (13.6%, 1 454 teeth) and central incisors (11.6%, 1 247 teeth).

**Key words:** children's dentistry, dental caries prevalence, retrospective analysis, the ranking of caries lesions, group affiliation, temporary occlusion, removable bite.

**Відомості про авторів**

**Клітинська Оксана Василівна** – д.мед.н., доц., зав. кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Васько Артур Артурович** – асистент кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 616.314-053.7-089.5:617.528

О.В. Клітинська, Н.В. Лайош

## ОСОБЛИВОСТІ ЗНЕБОЛЮВАННЯ В ПІДЛІТКІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ АМБУЛАТОРНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

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

**Мета** – проаналізувати літературні джерела щодо питань знеболювання в підлітків, визначити переваги та недоліки різних методів ін'єкційної анестезії.

**Матеріали та методи:** вітчизняні та зарубіжні джерела наукових публікацій щодо ефективності питань знеболювання при проведенні стоматологічних втручань.

**Результати.** Наведено аналітичні дані літератури щодо основних переваг та умов проведення інтрасептального знеболювання в підлітків. Визначено особливості вибору місцевознеболювальних засобів і дозування для проведення анестезії. Встановлено обсяг проведення стоматологічних втручань, які можливо здійснити безболісно, використовуючи інтрасептальний метод знеболювання.

**Висновки.** Серед переваг інфільтраційного знеболення – простота проведення, швидкий та глибокий знеболювальний ефект, який настає впродовж 1–2 хвилин і триває 35–40 хвилин; рідкі випадки ускладнень; є методом вибору при проведенні амбулаторних стоматологічних втручань у підлітків.

**Ключові слова:** стоматологічні втручання, місцеве знеболення, інтрасептальна анестезія, підлітки.

### Вступ

Основні завдання знеболювання полягають у забезпеченні комфортного стану пацієнту під час оперативних втручань і у створенні оптимальних умов для роботи лікаря-стоматолога. Основні вимоги до знеболювання – адекватність і безпека його використання [1, 2].

Безболісні маніпуляції в дитячому та пубертатному періоді розвитку набувають особливої уваги, оскільки рівень поширеності захворювань, які потребують маніпуляцій, що супроводжуються больовими відчуттями, за останнє десятиріччя суттєво збільшився [3, 5].

Больові симптоми обмежують обсяг лікувальних заходів і знижують їх якість, та ще більш важливо, що біль, яку відчуває дитина на прийомі в стоматолога, призводить до відмови в подальшому від лікування та формує страх перед відвідуванням лікарів інших спеціальностей. Поведінкою дитини керують емоції, які підсилюються фізіологічним несприйняттям болю дитиною. Завдання лікаря – не допустити відчуття страху, створити ситуацію безпеки та безболісності під час обстеження й лікування. Особливості організму в різні вікові періоди мають бути обумовлені диференціацією стоматологічної допомоги дітям [8–10].

Забезпечення ефективного та безпечного анестезіологічного супроводу кожній дитині [8, 9] обумовлює надання ефективної лікувально-профілактичної допомоги дітям. Інші завдання знеболювання: не допустити виникнення страху, сформуванню спокійну природну потребу у відвідуванні стоматолога; психологічно перебороти ситуацію раніше сформованого страху в дитини, пов'язану з негативним досвідом в анамнезі.

Розробка та запровадження в стоматологічну практику нових знеболювальних анестетиків і методів їх введення значно підвищили ефективність та якість знеболювання [4, 6, 7]. Цікавими є парадонтологічні способи знеболювання, що дають змогу знеболити не лише тверді тканини зуба, але й пародонт, м'які тканини, які покривають альвеолярний відросток, тим самим розширюють зону проведення безболісних медичних втручань. Різновид знеболювання – інтрасептальна анестезія [3, 7].

Клінічна ефективність інтрасептальної анестезії на стоматологічному прийомі в пацієнтів віком 18–72 роки вивчалася багатьма відомими вітчизняними та зарубіжними науковцями: розроблено показання до застосування даного методу місцевого знеболювання, до яких відноситься знеболювання етапів ортопедичного відновлення дефектів коронок фронтальних зубів; подано рекомендації щодо об'єму знеболювального розчину та визначено місце уколу; доведено, що інтрасептальна анестезія є ефективним способом знеболювання при препаруванні різців і премолярів обох щелеп [8, 9].

Знеболювання стоматологічних маніпуляцій у дітей та підлітків є важливим і досі не вирішеним питанням, незважаючи на підвищену увагу дослідників до даної теми [9, 8, 14–16].

Використання провідникової анестезії, особливо на нижній щелепі, не завжди виправдане [11, 12], а це спонукає до пошуків нових методів знеболювання.

Використання інтрасептальної анестезії в дітей потребує чіткого знання анатомії зубощелепної системи в різні вікові періоди; досконалого знання фармакокінетики місцевознеболювальних засобів; аналізу та оцінки психоемоційного стану пацієнтів і порогу чутливості зі

встановленням можливості виконання знеболювання з урахуванням стану макроорганізму [13, 22].

Особлива увага приділена питанням підвищеної емоційної напруженості на стоматологічному прийомі, наявності стомато- та шприцофобії в більшості пацієнтів у пубертатному періоді, який характеризується психічною лабільністю за рахунок гормональної перебудови організму [17, 24]. У 91% пацієнтів віком 14–18 років на стоматологічному прийомі відмічається підвищена психоемоційна напруженість [6].

Зовнішній вигляд голки для ін'єкції (коротка 0,8 см і діаметр 0,4 мм) позитивно впливає на психоемоційний стан пацієнтів, зменшуючи страх перед маніпуляцією. Очікування уколу голкою посилює психоемоційне реагування пацієнта: у нього виникає стан напруженості, тривоги та дуже сильного страху, що супроводжується загостренням чутливості та зниженням ефективності знеболювання. Для попередження таких реакцій лікар має проводити укол максимально непомітно, відволікаючи пацієнта [3, 9, 11, 23, 25].

За даними багатьох авторів, ефективність знеболювання залежить від емоційно-особистісних відносин між лікарем і пацієнтом, від статі, віку та антропометричних даних, які визначають значення індексу Кетле. При підвищеній тривожності (понад 46) та зниженні індексу Кетле (менше 20 кг/м<sup>2</sup>) ефективність інтрасептальної анестезії знижується [18].

Доведено, що інтрасептальне знеболювання артикаїнівмісними анестетиками з низьким вмістом вазоконстриктора (1:200 000) є ефективним і безпечним для проведення знеболювання в пацієнтів віком 14–18 років при нетривалих стоматологічних втручаннях на нижній щелепі: лікування неускладненого карієсу, при

цьому ефективність становить 97,1% [19, 22]. Водночас, при більш тривалих і травматичних втручаннях, особливо у підлітків із недостатньою масою тіла за індексом Кетле (менше 20 кг/м<sup>2</sup>), ефективним є використання 4% розчину артикаїну з концентрацією епінефрину 1:100 000 об'ємом 0,4–0,6 мл [20, 21, 23].

Серед місцевих показань до проведення інтрасептальної анестезії лікування неускладненого та ускладненого карієсу – необ'ємні хірургічні втручання (наприклад, видалення тимчасового зуба в період фізіологічної зміни) [1, 24]. Протипоказаннями є запальні захворювання слизової оболонки порожнини рота (гінгівіти, стоматити), гострий періодонтит, загострення хронічного періодонтиту, періостит щелеп, остеомиєліт тощо [11, 25].

### Висновки

Інфільтраційні методи знеболювання в підлітків під час проведення амбулаторних стоматологічних втручань є методом вибору, використання якого залежить від об'єму проведення втручання, віку та загального стану пацієнта, за відсутності протипоказань.

Переваги використання інфільтраційного знеболювання: простота проведення, невелика кількість анестетика, що вводиться (0,4–0,6 мл); швидкий та глибокий знеболювальний ефект, який настає впродовж 1–2 хвилин і триває 35–40 хвилин; достатньо рідкі випадки виникнення системних і місцевих постін'єкційних ускладнень (наприклад, відсутність оніміння м'яких тканин тощо); візуальна адекватність засобів для проведення даного виду знеболювання.

## Література

1. Анисимова Е. Н. Особенности действия карпулированных местных анестетиков и их сочетаний с вазоконстрикторами / Е. Н. Анисимова, Е. В. Зорян, И. А. Шугайлов // *Стоматология*. – 2007. – № 6. – С. 25–29.
2. Богданов А. Б. Общее обезболивание в амбулаторной стоматологической практике / А. Б. Богданов. – Санкт-Петербург : СПбГМУ, 2001. – 48 с.
3. Кононенко Ю. Г. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии / Ю. Г. Кононенко, Н. М. Рожко, Г. П. Рузин. – Москва : Книга плюс, 2002. – 320 с.
4. Максимовская Л. Н. Лекарственные средства в стоматологии : справочник / Л. Н. Максимовская. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Медицина, 2000. – 240 с.
5. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике / П. И. Ивасенко, В. Д. Вагнер, С. В. Скальский [и др.]. – Н. Новгород : НГМА, 2010. – 96 с.
6. Николаев А. И. Практическая терапевтическая стоматология / А. И. Николаев, Л. М. Цепов. – Санкт-Петербург : Санкт-Петербургский институт стоматологии, 2001. – 390 с.
7. Николаев А. И. Современные методы обезболивания в стоматологии / А. И. Николаев // *Клиническая стоматология*. – 2000. – № 2. – С. 41–43.
8. Рабинович С. А. Современные методы обезболивания на основе артикаинсодержащих препаратов : практическое руководство / С. А. Рабинович. – Москва : ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. – 32 с.
9. Рабинович С. А. Современные технологии местного обезболивания в стоматологии / С. А. Рабинович. – Москва : ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. – 144 с.
10. Сравнительная характеристика вазоконстрикторов, используемых в растворах местных анестетиков / Ю. Ф. Крылов, Е. В. Зорян, С. А. Рабинович, Е. Н. Анисимова // *Клиническая стоматология*. – 2000. – № 1. – С. 30–33.
11. Стенли М. Возможные осложнения при местном обезболивании / М. Стенли // *Клиническая стоматология*. – 2009. – № 1. – С. 23–26.
12. Столяренко П. Ю. Местная и общая анестезия в геронтостоматологии / П. Ю. Столяренко, В. В. Кравченко. – Самара : СамГМУ, Самарский научный центр РАН, НИИ «Международный центр по проблемам пожилых», 2010. – 196 с.
13. Шайда Л. П. Проведение местной анестезии у пациентов группы риска / Л. П. Шайда // *Стоматология сегодня*. – 2002. – № 6 (9). – С. 10–11.
14. Baluga J. C. Allergy to local anaesthetics in dentistry. Myth or reality? / J. C. Baluga, M. Casamayou, E. Carozzi // *Allergol. Immunopathol. (Madrid)*. – 2002. – Vol. 30, № 1. – P. 14–19.
15. Bornkessel B. Убистезин и мепивастезин приводят к высокому уровню безопасности при местной анестезии / B. Bornkessel // *Институт стоматологии*. – 2009. – № 2. – С. 46–48.
16. Daublander M. The incidence of complications associated with local anesthesia in dentistry / M. Daublander, R. Muller, M. D. Lipp // *Anesth. Prog.* – 2007. – Vol. 44, № 4. – P. 132–141.
17. Gortzak R. A. Blood pressure response to routine restorative dental treatment with and without local anesthesia. Continuous noninvasive blood pressure registration with a finger manometer / R. A. Gortzak, J. Oosting, L. Abraham-Inpijn // *Oral. Surg. Oral Med. Oral Pathol.* – 2012. – Vol. 73, № 6. – P. 677–681.
18. Haas D. A. Comparison of articaine and prilocaine anesthesia by infiltration in maxillary and mandibular arches / D. A. Haas // *Anesth. Prog.* – 2010. – Vol. 37, № 5. – P. 230–237.
19. Haas D. A. Lack of differential effect by Ultracaine (articaine) and Citanest (prilocaine) in infiltration anaesthesia / D. A. Haas // *J. Can. Dent. Assoc.* – 2011. – Vol. 57, № 3. – P. 217–223.
20. Malamed S. F. A comparison between articaine HCl and lidocaine HCl in pediatric dental patients / S. F. Malamed, S. Gagnon, D. Leblanc // *Pediatr. Dent.* – 2010. – Vol. 22, № 4. – P. 307–311.
21. Malamed S. F. Efficacy of articaine: a new amide local anesthetic / S. F. Malamed, S. Gagnon, D. Leblanc // *J. Am. Dent. Assoc.* – 2010. – Vol. 131, № 5. – P. 635–642.
22. Malamed S. F. Articaine hydrochloride: a study of the safety of a new amide local anesthetic / S. F. Malamed, S. Gagnon, D. Leblanc // *J. Am. Dent. Assoc.* – 2008. – Vol. 132, № 2. – P. 177–185.
23. Oertel R. Clinical pharmacokinetics of articaine / R. Oertel, R. Rahn, W. Kirch // *Clin. Pharmacokinet.* – 2007. – Vol. 33, № 6. – P. 417–425.
24. Suhonen R. Contact allergy and cross-reactions caused by prilocaine / R. Suhonen, L. Kanerva // *Am. J. Contact. Dermat.* – 2007. – Vol. 8, № 4. – P. 231–235.
25. Weightman W. Allergic contact dermatitis from lignocaine: report of 29 cases and review of the literature / W. Weightman, T. Turner // *Contact Dermatitis*. – 2008. – Vol. 39, № 5. – P. 265–266.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.01.2016 р.

**Особенности обезболивания у подростков при проведении амбулаторных стоматологических манипуляций***О.В. Клитинская, Н.В. Лайош*

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

**Цель** – проанализировать литературные источники по вопросам обезболивания у подростков; изучить преимущества и недостатки различных методов инъекционной анестезии.

**Материалы и методы:** отечественные и зарубежные публикации по эффективности обезболивания при проведении стоматологических вмешательств.

**Результаты.** Приведены аналитические данные литературы по основным преимуществам и условиям проведения интрасептального обезболивания у подростков. Изучены особенности выбора местнообезболивающих препаратов и их дозировка для проведения анестезии, изучен объем проведения стоматологических вмешательств, которые можно осуществить безболезненно, используя интрасептальный метод.

**Выводы.** Среди преимуществ инфильтрационного обезболивания – простота проведения, быстрый и глубокий обезболивающий эффект, который наступает через 1–2 минуты и продолжается 35–40 минут; редкие случаи осложнений; является методом выбора при проведении амбулаторных стоматологических вмешательств у подростков.

**Ключевые слова:** стоматологические вмешательства, местное обезболивание, интрасептальная анестезия, подростки.

**Features of anesthesia in adolescents during outpatient dental procedures***O.V. Klitynska, N.V. Layosh*

SHEI «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

**Purpose** – to conduct the analysis of literary sources in relation to the questions of anaesthetizing of teenagers, determining advantages and lacks of different methods of injection anaesthesia.

**Materials and methods:** domestic and foreign sources of scientific publications in relation to efficiency of questions of anaesthetizing during the leadthrough of stomatological interferences.

**Results.** There is analytics of literature used in the article in relation to basic advantages and terms of leadthrough of the intraosseous anaesthetizing of teenagers, established features of choice of locally anaesthetic preparations and dosage for the leadthrough of anaesthesia, established amount of the leadthrough of stomatological interferences, which is possible to carry out painlessly, using the intraosseous method of anaesthetizing.

**Conclusions.** Advantages of the infiltration anaesthetizing include simplicity of leadthrough, rapid and deep anaesthetic effect which comes during 1–2 minutes and lasts 35–40 minutes; rare cases of complications; it is the method of choice during the leadthrough of ambulatory stomatological interferences of teenagers.

**Key words:** stomatological interferences, local anaesthetizing, intraosseous anaesthesia, teenagers.

**Відомості про авторів**

**Клітинська Оксана Василівна** – к.мед.н., проф., зав. кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Лайош Наталія Василівна** – асистент кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 616.31-053.2-084-074:001.8

Я.О. Мухіна

## МОНІТОРИНГ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РОТОВОЇ РІДИНИ В ДІТЕЙ 6–7 РОКІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ

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

**Мета** – вивчити ефективність ремінералізуючої профілактики карієсу зубів у дітей 6–7 років, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду, шляхом оцінки динамічних змін біохімічних показників ротової рідини.

**Матеріали та методи.** Проведено ремінералізуючу терапію твердих тканин зубів у 146 школярів молодших класів шкіл міста Ужгород, серед яких було 63 (46,9%) хлопчики та 83 (53,1%) дівчинки, з використання препарату Біфлюорид-12 (VOCO, Німеччина). Встановлено ефективність через 24 міс. шляхом моніторингу біохімічних параметрів ротової рідини.

**Результати.** Наведено клініко-лабораторне обґрунтування високої ефективності профілактичної ремінералізуючої терапії твердих тканин зубів у дітей 6–7 років, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду. Через 24 місяці приріст інтенсивності карієсу становив в основній групі  $P=4,8-13,3=-8,5$ ; а у дітей контрольної групи аналогічного віку –  $P=14,5-13,1=1,4$ . Тобто в дітей клінічної групи редукція інтенсивності карієсу становила 8,5.

**Висновки.** Проблема високого рівня поширеності карієсу тимчасових зубів свідчить про карієсогенну ситуацію в порожнині рота дітей у період прорізування перших постійних молярів, що ускладнюється реакцією макроорганізму на зміну умов життя та вступ до першого класу у вигляді стресу. А це потребує проведення специфічної планової ремінералізуючої профілактики.

**Ключові слова:** діти, карієс, ремінералізуюча терапія, препарати фтору, біохімічні показники ротової рідини.

### Вступ

Високий рівень поширеності карієсу постійних зубів у дітей в Україні [1, 2, 11] висуває питання профілактики на лідерську позицію в дитячій стоматології. Зважаючи на те, що зуби одразу після прорізування найбільш вразливі до ураження карієсом [2, 10], набуває особливої актуальності пошук нових підходів до створення програм профілактики карієсу постійних зубів, особливо на етапі незрілої емалі [3, 4, 13].

Каріозний процес у зубах в перші роки після їх прорізування найчастіше розвивається в області фісур і природних заглиблень на жувальних поверхнях постійних зубів [7, 10], що пояснюється низькою мінералізацією вказаної ділянки в цей період та складністю архітектоники оклюзійних поверхонь, що створює несприятливі умови для їх очищення та сприяє виникненню фісурного карієсу [9, 12–15].

Виникнення карієсу значною мірою обумовлюється екологічними умовами, в яких мешкає дитина, зокрема, біогеохімічними дефіцитними мікроелементами (особливо фтору, йоду, кальцію, магнію та ін.). До таких природних зон належить Закарпатська область, як природне середовище, де мешкає людина [8, 11].

За даними О. В. Клітинської (2012) [4–6], поширеність карієсу тимчасових зубів у дітей 5–6-річного віку, які постійно проживають в умовах біогеохімічних

дефіцитів фтору та йоду, становить  $98,3\pm 2,2\%$  при інтенсивності карієсу  $14,9\pm 0,2$ , що є надзвичайно високим. Причому більше ніж у 60% обстежених активність каріозного процесу висока.

Оскільки прорізування перших постійних молярів і стан незавершеної мінералізації співпадає з періодом підвищеного впливу стресу від адаптації організму дитини до школи, що знижує неспецифічну резистентність організму, проведення профілактичних заходів саме в цей період суттєво знижує ймовірність виникнення каріозних уражень у майбутньому.

**Мета роботи** – визначити ефективність ремінералізуючої профілактики карієсу зубів у дітей 6–7 років із різним ступенем активності карієсу, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду, шляхом оцінки динамічних змін біохімічних параметрів ротової рідини.

### Матеріали та методи

Дана робота є фрагментом НДР «Удосконалення надання стоматологічної допомоги дітям, які проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду» (№ держреєстрації 0114U004123).

Для визначення ролі ремінералізуючої терапії початкових форм карієсу проведено дослідження 146 школярів молодших класів шкіл міста Ужгород, серед яких 63 (46,9%) хлопчики і 83 (53,1%) дівчинки.

Контрольну групу становили 90 дітей аналогічного віку, в яких не проведені ремінералізуюча терапія та герметизація фісур.

Для оцінки параметрів ротової рідини визначено рН ротової рідини, вміст іонізованого кальцію, лужної фосфатази. Рівень кальцію загального, кальцію іонізованого, фосфору та лужної фосфатази визначено з використанням апарату Dimension RxL Max Integrated

Chemistry System (Siemens) методом імуофлуорисценції. Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проведено за t-критерієм Стьюдента.

### Результати дослідження та їх обговорення

Результати поширеності та інтенсивності карієсу в досліджених дітей клінічної групи наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

### Поширеність та інтенсивність карієсу в дітей при первинному обстеженні

Клінічні групи	Поширеність карієсу, %	Інтенсивність карієсу, од.					
		к	п	К	П	В	кп, кп+КПВ
Основна, 6–7 років (n=146)	95,3±3,2	5,1±0,2	2,2±0,1	4,1±0,1	1,9±0,1	–	13,3±0,9
Контроль, 6–7 років (n=90)	94,1±3,7	4,9±0,2	2,5±0,1	3,8±0,1	1,9±0,1	–	13,1±0,8

Поширеність карієсу в основній групі становила 95,3±3,2, у контрольній – 94,1±3,7.

При первинному огляді превалував поганий рівень гігієни (у 57,4% хлопчиків і 45,9% дівчаток); у 27,2% хлопчиків та 22,2% дівчаток рівень гігієни був дуже поганим.

Зниження рівня природного рН ротової рідини до 5,0–5,8 відмічалось у 65,0±10,66% дітей основної групи, а рН стимульованої слини в межах 5,0–5,8 становила 80,0±8,94% у всіх обстежених.

У дітей клінічної групи  $Ca_{зар.}$  становив 2,88±0,04 ммоль/л, у тому числі  $Ca_{іон.}$  – 1,95±0,09 ммоль/л, фосфор – 5,33±0,1 ммоль/л, лужна фосфатаза – 52,0±1,98 од.акт. Показники достовірно не різнилися між групами.

Ремінералізуюча терапія твердих тканин зубів здійснювалася з використання препарату Біфлюорид–12 (VOCO, Німеччина) та відповідала дворазовому покриттю лаком Біфлюорид–12, VOCO усіх зубів з інтервалом 6 місяців після ретельного очищення пастою Клінт (VOCO, Німеччина). Герметизація фісур зубів здійснювалася фісурними герметиками, світлового твердіння відповідно до показань. Контроль герметизації проводився протягом року.

Лікування карієсу та ускладненого карієсу здійснювалося за стандартами надання стоматологічної допомоги дітям. Відновлення втрачених твердих тканин зубів проводилося склоіономерними та композитними

матеріалами, з урахуванням показань до їх застосування, перевага надавалась композитним матеріалам у тимчасових зубах (Twinky Star, VOCO, Німеччина) та композитним нанооповненим матеріалам Полофіл Супра (VOCO, Німеччина) для жувальної групи зубів та Амарис (VOCO, Німеччина) для фронтальної групи зубів.

Для поліпшення гігієни застосовувалися методи групового навчання (розповідь, діалог, повторювання рухів), індивідуальне навчання (інструктор з 5 дітьми), театралізовані постановки для груп із залученням улюблених героїв мультфільмів. Контроль дотримання навичок індивідуальної гігієни проводився чотири рази, перші два – на моделях, третій та четвертий – у стоматологічному кабінеті індивідуально з візуалізацією нальоту методом забарвлення розчином «Finder Plaque» (Cugarox, Швейцарія), що чітко вказувало на недоліки гігієнічного догляду за порожниною рота та шляхи їх усунення.

Через 24 місяці проводилися огляди повторно та визначався приріст інтенсивності карієсу та індекс редукції карієсу. У дітей молодшого шкільного віку 6–7 років (7–8 років) приріст інтенсивності карієсу в основній групі становив  $P=4,8-13,3=-8,5$ ; а в дітей контрольної групи аналогічного віку –  $P=14,5-13,1=1,4$ . Тобто в дітей клінічної групи через 12 місяців редукція інтенсивності карієсу становила 8,5 у віковій групі 6–7 (7–8) років (табл. 2).

Таблиця 2

### Поширеність та інтенсивність карієсу в дітей через 24 місяці

Клінічні групи	Інтенсивність карієсу, од.					
	к	п	К	П	В	кп+КПВ
Основна, 8–9 років (n=146)	1,4±0,2*	1,5±0,1	0,3±0,1*	1,6±0,2	–	4,8±0,8*
Контроль, 8–9 років (n=90)	5,1±0,2	2,2±0,1	4,1±0,1	1,9±0,1	1,2±0,1	14,5±1,1

Примітка: \* – показники достовірності відносно показників контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

Через 24 місяці у всіх обстежених дітей превалював задовільний рівень гігієни – у 52,5% хлопчиків і 49,7% дівчаток; хорошою була гігієна у 37,7% хлопчиків і 45,4% дівчаток. Діагностувався незначний відсоток незадовільної гігієни – у 9,8% хлопчиків та 4,9% дівчаток. Це можна пояснити відсутністю участі батьків у поліпшенні гігієнічного навчання дітей, що відіграє суттєву роль.

Моніторинг біохімічних параметрів ротової рідини довів, що вміст загального та іонізованого кальцію в ротовій рідині досліджуваних дітей був достовірно вищим, ніж у групі контролю ( $p < 0,05-0,01$ ). Показники вмісту фосфору в ротовій рідині дітей основної групи знаходились на рівні контрольної групи ( $p > 0,05$ ). Активність лужної фосфатази достовірно перевищувала вікову норму в дітей контрольної групи ( $p < 0,01$ ) (табл. 3).

Таблиця 3

Біохімічні показники ротової рідини в обстежених дітей через 24 місяці

Група досліджуваних дітей	Показник			
	Са загальний, ммоль/л	Са іонізований, ммоль/л	Р, ммоль/л	лужна фосфатаза, од. активності
Основна (n=146)	1,31±0,12*	0,96±0,05*	6,15±0,37	21,6±1,02*
Контроль (n=90)	2,45±0,03	1,45±0,04	5,23±0,1	46,0±0,23

Примітка: \* – достовірність відмінностей порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ).

Статистичний аналіз результатів досліджень показав кореляційну залежність між вмістом кальцію, іонізованого кальцію, фосфору, лужної фосфатази та рН<sub>pp</sub> ( $r = [0,52-0,84]$ ), які в дітей клінічної групи досягли значень ( $r = [0,62-0,87]$ ).

Отже, біохімічні особливості ротової рідини в дітей основної групи через 24 місяці проявлялись у достовірному збільшенні вмісту кальцію порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05-0,01$ ), а також у достовірно вищій активності лужної фосфатази ( $p < 0,05-0,01$ ), недостовірному збільшенні вмісту фосфору в ротовій рідині дітей клінічної групи ( $p < 0,05-0,01$ ). Важливою особливістю було достовірне перевищення вмісту іонізованого кальцію у ротовій рідині пацієнтів групи контролю (1,95±0,05 ммоль/л;  $p < 0,05-0,01$ ), порівняно з дітьми основної групи (0,96±0,05 ммоль/л).

При порівнянні біохімічних показників ротової рідини в дітей основної групи через 24 місяці встановлено, що рівень природного слиновиділення був нормальним (22,3±9,81%) і високим (77,7±9,81%), а стимульованого – нормальним (83,3±8,79%), не спостерігалось підвищення в'язкості слини (77,7±9,81%), буферна здатність була нормальною (88,9±7,04%), а показники рН нестимульованої та стимульованої слини перевищували 5,8. Встановлено достовірне зменшення вмісту загального кальцію – у межах норми (1,31±0,22 ммоль/л; 2,88±0,04 ммоль/л;  $p < 0,05$ ) та іонізованого кальцію (0,96±0,05 ммоль/л; 1,95±0,09 ммоль/л;  $p < 0,05$ ), фосфору (6,15±0,37 ммоль/л; 5,33±0,1 ммоль/л;  $p > 0,05$ ), лужної фосфатази (21,6±1,02 од. акт.; 52,0±1,98 од. акт.;  $p < 0,05$ ).

## Висновки

Проблема високого рівня поширеності карієсу тимчасових зубів свідчить про карієсогенну ситуацію в порожнині рота дітей у період прорізування перших постійних молярів, що ускладнюється реакцією макроорганізму на зміну умов життя та вступ до першого класу у вигляді стресу. А це потребує проведення специфічної планової ремінералізуючої профілактики.

У результаті проведеного порівняльного вивчення ефективності первинної профілактики карієсу зубів у дітей при усіх ступенях активності карієсу за допомогою різних лікувально-профілактичних засобів і методик будуть запропоновані найбільш дієві для дітей молодшого шкільного віку, які проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду, що дасть змогу знизити поширеність карієсу.

Ефективність використання розробленої методики профілактики множинного карієсу зубів у молодших школярів 6–7 років підтверджена достовірним поліпшенням кислотно-лужного стану ротової порожнини, її структурних властивостей (вміст кальцію загального та іонізованого, фосфору, лужної фосфатази) шляхом суттєвого впливу на її буферні та мінералізуючі властивості, швидкість слиновиділення, що забезпечує реалізацію її основних функцій.

## Перспективи подальших досліджень

Використання запропонованих схем профілактики з урахуванням фактора адаптації дітей до школи дасть змогу попередити розвиток карієсу в постійних молярів при активності карієсу I та II-го ступеня та суттєво знизити при III-му ступені активності, що підтверджується позитивною динамікою змін біохімічних параметрів ротової рідини з підвищенням її ремінералізуючого потенціалу.



## Література

1. *Диагностика и дифференциальная диагностика кариеса зубов и его осложнений* : науч. пособие / В. Ф. Михальченко, Л. И. Рукавишникова, Н. Н. Триголос, А. Н. Попова. – Москва : АОр «НПП «Джангар», 2006. – 104 с.
2. *Качуровская В. О. Повышение кариесрезистентности постоянных зубов в период их минерализации* : автореф. дис. ... к.мед.н. : спец. 14.00.21 «Стоматология» / В. О. Качуровская. – Киев, 2006. – 17 с.
3. *Кисельникова Л. П. Перспективы местного применения фторидов в клинической стоматологии* / Л. П. Кисельникова // *Маэстро стоматологии*. – 2010. – № 2 (26). – С. 18–22.
4. *Клітинська О. В. Аналіз поширеності карієсу у дітей дошкільного віку міста Ужгорода* / О. В. Клітинська, Е. Й. Дячук // *Актуальні питання стоматології сьогодні* : матеріали наук.-практ. конф. – Тернопіль, 2010. – С. 24–25.
5. *Клітинська О. В. Аналіз стану твердих тканин зубів у дітей, які проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду* / О. В. Клітинська // *Актуальні питання стоматології сьогодні* ; матеріали наук.-практ. конф. – Тернопіль, 2010. – С. 20–21.
6. *Клітинська О. В. Комплексне обґрунтування ранньої діагностики, профілактики та поетапного лікування карієсу у дітей, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду* : автореф. дис. ... д.мед.н. / О. В. Клітинська. – Полтава, 2016. – 41 с.
7. *Косенко К. М. Епідеміологія основних стоматологічних захворювань у населення України, шляхи їх профілактики* : автореф. дис. ... д.мед.н. : спец. 14.00.21 «Стоматология» / К. М. Косенко. – Київ, 2006. – 45 с.
8. *Лемко И. С. К вопросу природных биогеохимических провинций в регионах с наличием минеральных вод* / И. С. Лемко, Л. П. Киртич, Л. В. Дичка // *Биометеорология человека* : материалы конгресса. – Санкт-Петербург, 2010. – С. 128–129.
9. *Леонтьев В. К. Профилактика стоматологических заболеваний* / В. К. Леонтьев, Г. Н. Пахомов. – Москва, 2006. – 416 с.
10. *Методичне керівництво для стоматологів по впровадженню комплексної профілактики стоматологічних захворювань у дитячого населення України* / К. Н. Косенко, О. В. Деньга, Л. О. Хоменко, П. О. Леус. – Одеса, 2006. – 43 с.
11. *Показники ураженості карієсом зубів у дітей Полтавської області* / Л. Ф. Каськова, О. О. Бабіна, О. Ю. Андріянова [та ін.] // *Український стоматологічний альманах*. – 2002. – № 4. – С. 13.
12. *Семенов К. А. Профилактика кариеса зубов у детей с разными психоэмоциональными типами* : дис. ... к.мед.н. : спец. 14.00.21 «Стоматология» / К. А. Семенов. – Симферополь, 2006. – 134 с.
13. *Терапевтична стоматологія дитячого віку* : підручник / Л. О. Хоменко, О. І. Остапко, О. Ф. Кононович [та ін.]. – Київ : Книга плюс, 2010. – 766 с.
14. *Acquisition and loss of Porphyromonas gingivalis, Actinobacillus actinomycetemcomitans and Prevotella intermedia over a 5-year period: effect of a triclosan/copolymer dentifrice* / M. P. Cullinan, S. M. Hamlet, B. B. Westerman [et al.] // *J. Clin. Periodontol.* – 2009. – № 30 (6). – P. 532–541.
15. *The effect of a triclosan-containing dentifrice on the progression of periodontal disease in an adult population* / M. P. Cullinan, B. B. Westerman, S. M. Hamlet, J. E. Palmer // *J. Clin. Periodontol.* – 2009. – № 30 (5). – P. 414–419.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.01.2016 р.

**Мониторинг биохимических показателей ротовой жидкости у детей 6–7 лет при проведении профилактических мероприятий**

*Я.А. Мухина*

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

**Цель** – изучить эффективность реминерализующей профилактики кариеса зубов у детей 6–7 лет, которые постоянно проживают в условиях биогеохимического дефицита фтора и йода, путем оценки динамических изменений биохимических показателей ротовой жидкости.

**Материалы и методы.** Проведена реминерализующая профилактика твердых тканей зубов у 146 школьников младших классов школ города Ужгород, среди них было 63 (46,9%) мальчика и 83 (53,1%) девочки, с использованием препарата Бифлюорид–12 (VOCO, Германия). Установлена эффективность через 24 месяца путем мониторинга биохимических параметров ротовой жидкости.

**Результаты.** Представлено клинико-лабораторное обоснование высокой эффективности профилактической реминерализующей терапии твердых тканей зубов у детей 6–7 лет, которые постоянно проживают в условиях биогеохимического дефицита фтора и йода. Через 24 месяца интенсивность кариеса в основной группе составила  $P=4,8-13,3=-8,5$ ; а у детей контрольной группы аналогического возраста –  $P=14,5-13,1=1,4$ . То есть у детей клинической группы редукция интенсивности кариеса соответствовала 8,5.

**Выводы.** Проблема высокого уровня распространенности кариеса временных зубов свидетельствует о кариесогенной ситуации в полости рта детей в период прорезывания первых постоянных моляров, что осложняется реакцией макроорганизма на изменения условий жизни и поступлением в первый класс в виде стресса, требует проведения специфической плановой реминерализующей профилактики.

**Ключевые слова:** дети, кариес, реминерализующая терапия, препараты фтора, биохимические показатели ротовой жидкости.

**Monitoring of biochemical indexes of mouth liquid in children 6–7 years old in conducting prophylactic measures**

*Ya.O. Mukhina*

SHEI «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

**Purpose** – to learn efficiency of remineralizing prophylaxis of tooth decay of children 6–7 years old, who constantly live in the conditions of biogeochemical deficit of fluorine and iodine, by the estimation of dynamic changes of biochemical indexes of mouth liquid.

**Materials and methods.** It was conducted remineralizing therapy of hard fabrics of teeth of 146 schoolboys of junior classes of schools of Uzhgorod city, among which 63 (46.9%) boys and 83 (53.1%) girls with the use of preparation of Biflyuorid–12 (VOCO, Germany), it was set efficiency in 24 months by monitoring of biochemical parameters of mouth liquid.

**Results.** In the article it is presented clinical-laboratory ground of high efficiency of prophylactic remineralizing therapy of hard fabrics of teeth of children 6–7 years old, who constantly live in the conditions of biogeochemical deficit of fluorine and iodine. In 24 months the increase of intensity of caries in basic a group was  $F=4.8-13.3=-8.5$ ; and for the children of control group of analogical age was  $F=14.5-13.1=1.4$ . That is, for the children of the clinical group reduction of intensity of caries was 8.5.

**Conclusions.** The problem of high prevalence of temporal tooth decay testifies to the cariogenic situation in the cavity of mouth of children in the period of eruption of first permanent molars, which becomes complicated by the reaction of macroorganism on changing of terms of life and entering into A-one as stress needs leadthrough of the specific planned remineralizing prophylaxis.

**Key words:** children, caries, remineralizing therapy, preparations of fluorine, biochemical indexes of mouth liquid.

**Відомості про автора**

**Мухіна Ярослава Олександрівна** – асистент кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 614.2:616-036.882-089(1-35)

В.Д. Парій<sup>1</sup>, С.М. Гришук<sup>2</sup>, В.М. Борис<sup>3</sup>

## ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ЛІКАРНІ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ СТВОРЕННІ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна<sup>2</sup>Житомирський державний університет імені Івана Франка, Житомирський інститут медсестринства,  
м. Житомир, Україна<sup>3</sup>Новоград-Волинське міськрайонне територіальне медичне об'єднання, м. Новоград-Волинський, Україна

**Мета** – розробити критерії щодо визначення лікарні інтенсивного лікування при створенні госпітальних округів.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено шляхом розрахунку та порівняння окремих показників діяльності закладів охорони здоров'я на прикладі трьох прилеглих районів Житомирської області, на базі яких планується створення госпітального округу. Використано методи системного аналізу, причинно-наслідкового аналізу та логічного узагальнення.

**Результати.** Вивчено організацію надання невідкладної медичної допомоги та проведено аналіз термінів початку оперативного лікування хворих із діагнозом «гострий апендицит», доставлених у позаробочий час. Визначено відстані по автошляхах із віддалених пунктів майбутнього госпітального округу та розраховано орієнтовний час доставки пацієнтів. Проведено аналіз технічного стану, руху основних виробничих фондів і ефективності використання основних засобів. Досліджено наявність кадрових ресурсів, використання ліжкового фонду, визначення рівня госпіталізації мешканців зазначених регіонів. Встановлено, що лікарню інтенсивного лікування доцільно створити на базі Новоград-Волинського міськрайонного територіально-медичного об'єднання.

**Висновки.** При визначенні лікарні інтенсивного лікування слід визначати та враховувати оперативність надання ургентної допомоги, географічну та транспортну доступність, рівень матеріально-технічного оснащення та ступінь його використання, наявність кваліфікованих кадрових ресурсів, завантаженість ліжкового фонду, рівень госпіталізації в заклади охорони здоров'я третинного рівня.

**Ключові слова:** лікарня інтенсивного лікування, оптимізація, госпітальний округ.

### Вступ

Стратегічним напрямом поліпшення стану розвитку охорони здоров'я є реформи, які мають підвищити якість надання медичної допомоги та оптимізувати фінансування закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) [5]. У процесі реформування зменшиться мережа ЗОЗ, що пов'язано з неефективністю існуючої системи фінансування та фактичного використання стаціонарних ліжок [3]. Ці заклади часто не завантажені повністю, що призводить до необґрунтованих витрат, втрати кваліфікації персоналу та погіршення якості надання допомоги [1, 5–7]. Оптимізація ліжкового фонду визначена постановою Кабінету Міністрів України від 25.11.2015 р. № 1024 «Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення», де зазначено, що граничний норматив забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення не повинен перевищувати 60 ліжок. Метою оптимізації системи надання стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги має бути скорочення ліжкового фонду на основі вдосконалення існуючої ресурсно-нормативної бази [2, 6]. Важлива не тільки достатня кількість ліжок, але й оптимальна їх структура,

диференційована з урахуванням можливостей медичних закладів щодо інтенсивності медичної допомоги, яка в них надається [1, 4]. З урахуванням досвіду країн Євросоюзу [8], існуючі ЗОЗ регіонів за інтенсивністю надання медичної допомоги мають розподілитися на лікарні інтенсивного лікування, лікарні планового лікування, лікарні відновного лікування, заклади для надання паліативної допомоги. Тому потреба в науково обґрунтованих підходах до проведення оптимізації наявного ліжкового фонду та розподілу існуючих ЗОЗ залежно від інтенсивності лікування є досить актуальною.

**Мета роботи** – розробити підходи щодо визначення лікарні інтенсивного лікування при створенні госпітальних округів.

### Матеріали та методи

За гіпотезу дослідження нами прийнято, що лікарня інтенсивного лікування має відповідати таким основним критеріям:

1. Висока якість та оперативність надання ургентної допомоги.
2. Географічна та транспортна доступність для населення.

3. Достатнє матеріально-технічне оснащення, високий ступінь його використання.
4. Наявність кваліфікованих кадрових ресурсів.
5. Висока завантаженість ліжкового фонду.
6. Низький рівень госпіталізації населення району в ЗОЗ третинного рівня.

Перевірка запропонованих критеріїв нами здійснена на прикладі трьох прилеглих районів Житомирської області, на базі яких планується створення госпітального округу. На даний час медична допомога у цих регіонах надається у Новоград-Волинському міськрайонному територіально-медичному об'єднанні (міськрайТМО) (375 ліжок), Баранівській (170 ліжок) та Смільчинській (151 ліжок) центральних районних лікарнях (ЦРЛ).

Для обґрунтування першого критерію нами вивчено організацію надання невідкладної медичної допомоги і терміни початку оперативного лікування пацієнтам у зазначених ЗОЗ Житомирської області. З цією метою проаналізовано всі медичні карти стаціонарних хворих із діагнозом «гострий апендицит» (шифр за МКХ-10 – K35.9), доставлених каретою швидкої медичної допомоги у Новоград-Волинське міськрайТМО (230 медичних карт) та сусідні Баранівську (72 медичні карти) та Смільчинську ЦРЛ (40 медичних карт) у позаробочий час у 2013 р. Медичні карти відібрано методом суцільної вибірки. У ході дослідження, відповідно до записів у медичних картах стаціонарних хворих, визначено час від моменту госпіталізації пацієнта у лікувальний заклад до початку оперативного лікування. Для визначення достовірності різниці між показниками щодо термінів початку лікування у вказаних лікувальних закладах визначено критерій Стюдента.

На наступному етапі здійснено визначення відстаней по автошляхах із віддалених пунктів майбутнього госпітального округу та розраховано орієнтовний час доставки пацієнтів. На підставі даних бухгалтерського обліку Новоград-Волинського міськрайТМО, Баранівської ЦРЛ, Смільчинської ЦРЛ проведено аналіз технічного стану, руху основних виробничих фондів та ефективності використання основних засобів. Визначено коефіцієнти зносу, відновлення і приросту основних засобів, а також показники рівня фондівдачі виробничих фондів і фондоозброєності роботи.

Дослідження наявності кадрових ресурсів, використання ліжкового фонду, визначення рівня госпіталізації мешканців зазначених регіонів проведено на основі статистичних даних обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики (форма 20 «Звіт лікувального закладу»).

Використано методи системного аналізу, причинно-наслідкового аналізу та логічного узагальнення.

### **Результати дослідження та їх обговорення**

У ході вивчення організації надання невідкладної та ургентної медичної допомоги встановлено, що у

Новоград-Волинському міськрайТМО на госпітальному етапі медична допомога хворим у позаробочий час, у вихідні та святкові дні надається стаціонарними відділеннями на 375 ліжок, приймальним відділенням, відділенням анестезіології та інтенсивної терапії на 6 ліжок, відділенням інтенсивної терапії для новонароджених на 6 ліжок. У закладі цілодобово чергує ургентна бригада лікарів: лікар-терапевт приймального відділення, два анестезіологи, два хірурги, неонатолог, травматолог, акушер-гінеколог, педіатр, невропатолог, лікар-лаборант (усього – одинадцять лікарів). Частина лікарів (відповідно до затвердженого графіку чергувань) ургентують вдома: лікар-кардіолог, окуліст, оториноларинголог, рентгенолог, нарколог, психіатр, дитячий невролог, акушер-гінеколог, ендоскопіст, лікар ультразвукової діагностики (УЗД), стоматолог та інші.

У приймальному відділенні закладу цілодобово функціонують лабораторія, рентгенкабінет (крім того, рентгенкабінети в травматологічному та хірургічному відділеннях), кабінет УЗД (крім того, в хірургічному відділенні), кабінет електрокардіографії, трансфузійний кабінет, стоматологічний кабінет, палата інтенсивної терапії.

В Смільчинській ЦРЛ медична допомога хворим у позаробочий час надається стаціонарними відділеннями на 151 ліжок, приймальним відділенням та палатою інтенсивної терапії на 6 ліжок і забезпечується черговим лікарем. Частина лікарів (відповідно до затвердженого графіку чергувань) ургентують вдома: лікар-хірург, анестезіолог, терапевт, педіатр, акушер-гінеколог.

У Баранівській КЦРЛ на госпітальному етапі медична допомога хворим у позаробочий час, у вихідні та святкові дні надається 8 стаціонарними відділеннями на 170 ліжок та відділенням анестезіології та інтенсивної терапії на 6 ліжок, а також приймальним відділенням. Медична допомога хворим надається цілодобово, у тому числі в позаробочий час черговими лікарями (хірургом, травматологом, анестезіологом, педіатром, гінекологом), які чергують удома. За необхідності до надання допомоги залучаються спеціалісти іншого профілю та середні медичні працівники (лаборанти, операційні медсестри, рентгенлаборанти). Із наведеного опису встановлено, що за необхідності невідкладного оперативного лікування пацієнтів у Баранівській та Смільчинській ЦРЛ витрачається додатковий час на доставку ургентних лікарів (хірургів, анестезіологів) до медичного закладу, на відміну від Новоград-Волинського міськрайТМО, де цілодобово чергує ургентна бригада.

У результаті ретроспективного дослідження 342 медичних карт пацієнтів із гострим апендицитом, які за абсолютними показами потребували оперативного лікування даної патології, визначено, що середній час від моменту госпіталізації до початку операції у Новоград-Волинському міськрайТМО становить  $166 \pm 8$  хв., у Баранівській ЦРЛ –  $246 \pm 35$  хв., в Смільчинській ЦРЛ –  $274 \pm 37$  хв. Невелика стандартна похибка (8 хв.) у Новоград-Волинському райміськрайТМО підтверджує стандартизовані підходи та наявність необхідних ресурсів (кадрових і матеріальних) для надання якісної ургентної

допомоги. Коефіцієнт Стюдента при порівнянні результатів у Новоград-Волинському райміськТМО і Баранівській ЦРЛ становить 2,21 ( $p<0,05$ ), а при порівнянні Новоград-Волинського райміськТМО і Смільчинської ЦРЛ – 2,85 ( $p<0,05$ ).

Таким чином, у Новоград-Волинському міськрайТМО оперативне лікування починається набагато швидше, ніж в інших досліджених лікувальних закладах. В абсолютних значеннях різниця між Новоград-Волинським райміськТМО та Баранівською ЦРЛ становить 80 хв. (1 год. 20 хв.), а між Смільчинською ЦРЛ – 108 хв. (1 год. 48 хв.).

Таким чином, раціональна організація надання медичної допомоги за рахунок наявності кадрового та

матеріально-технічного потенціалу в Новоград-Волинському міськрайТМО дає змогу на 80–108 хв. швидше надавати невідкладне лікування пацієнтам із гострими захворюваннями.

У разі створення госпітального округу з лікарнею інтенсивного лікування у м. Новограді-Волинському цього часу достатньо для транспортування пацієнтів із території прилеглих районів і своєчасного початку спеціалізованого лікування. Для підтвердження цього нами визначено відстані по автошляхах до найбільш віддалених населених пунктів округу. Вона становить 62–71 км у північному напрямку, 28–35 км у західному напрямку, 46–54 км у східному напрямку, 37–45 км у південному напрямку (рис.).



**Рис.** Відстані від центру госпітального округу до найвіддаленіших населених пунктів

З урахуванням радіусу обслуговування бригад екстреної та невідкладної допомоги в населених пунктах Ємільчинського, Баранівського, Новоград-Волинського районів максимальний час доставки пацієнтів у лікарню інтенсивного лікування не буде перевищувати 90 хв.

За результатами аналізу у 2009–2014 рр., технічний стан основних засобів ЗОЗ досліджуваних регіонів

Житомирської області є задовільним. Водночас, у Новоград-Волинському міськрайТМО наявна стійка позитивна тенденція майже за всіма показниками, що характеризують ефективність використання основних засобів, порівняно з іншими дослідженими ЗОЗ (табл. 1).

Таблиця 1

**Окремі показники використання основних засобів Новоград-Волинського міськрайТМО, Ємільчинської та Баранівської центральних районних лікарень у 2009 та 2014 рр.**

Показник використання основних засобів	Новоград-Волинське міськрайТМО		Ємільчинська ЦРЛ		Баранівська ЦРЛ	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Придатність, %	34	63	42	37	50	58
Коефіцієнт відновлення, %	5	9	5	9	17	3
Фондовіддача, грн / на 1 грн вартості основних засобів	1,32	2,68	2,48	2,05	0,39	1,62
Фондоозбросність медичного персоналу, грн / на 1 працівника	40,62	41,27	28,9	45,63	10,64	51,73

Забезпеченість кадровими ресурсами в частині лікарських спеціальностей у досліджуваних регіонах є недостатньою. У Новоград-Волинському міськрайТМО, відповідно до штатного розпису, – 348,75 лікарські посади, фактично зайнято 80,6%. У Баранівській ЦРЛ – 108 посад, зайнято 63,9%, у Ємільчинській ЦРЛ – 98,75 посади, зайнято лише 56,7%.

За результатами аналізу використання ліжкового фонду визначено, що в області у 2013 р. середня зайнятість ліжка становила 333,6 дня. Серед районних ЗОЗ найнижчий показник в Ємільчинському районі –

297,8 дня, найвищий – у Новоград-Волинському районі – 349,4 дня.

Середній рівень госпіталізації населення в ЗОЗ області у 2013 р. становив 23,4 на 100 жителів, зокрема, у Новоград-Волинському районі – 18,7%, Ємільчинському – 22,0%, Баранівському – 20,6%. Питома вага пролікованих пацієнтів-мешканців районів в обласних ЗОЗ (третинний рівень) дорівнювала в середньому 24,7%, зокрема, у Баранівському районі – 24,6%, Ємільчинському 24,1%, Новоград-Волинському – 16,7% (табл. 2).

Таблиця 2

**Госпіталізація в окремі заклади охорони здоров'я Житомирської області у 2013 р.**

Найменування районів та міст	Усього проліковано жителів	У тому числі		Рівень госпіталізації на 100 жителів	Питома вага пролікованих хворих в обласних ЗОЗ, %
		в рай/міськ ЗОЗ	в обласних ЗОЗ		
Баранівський	8 527	6 428	2 099	20,6	24,6
Ємільчинський	7 706	5 851	1 855	22,0	24,1
Новоград-Волинський	20 053	16 700	3 353	18,7	16,7
По районах	196 774	148 174	48 600	23,0	24,7
По містах	96 614	68 401	28 213	23,3	29,2
По області	296 527	218 774	77 753	23,4	26,2

На нашу думку, різниця показників залежить від доступності та якості спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги, адже у Новоград-Волинському районі на рівні ЦРЛ забезпечується госпіталізація і лікування 83,3% усіх пацієнтів.

Отже, серед досліджених нами ЗОЗ, які плануються віднести до госпітального округу, за результатами розрахунку запропонованих критеріїв, лікарню інтенсивного лікування доцільно створити на базі Новоград-Волинського міськрайТМО.

### Висновки

При розподілі ЗОЗ щодо інтенсивності надання медичної допомоги при створенні госпітального округу доцільно визначати та проводити порівняння за такими критеріями:

1. Якість та оперативність надання ургентної допомоги.
2. Географічна і транспортна доступність для населення.
3. Достатнє матеріально-технічне оснащення, високий ступінь його використання.

4. Наявність кваліфікованих кадрових ресурсів.
5. Висока завантаженість ліжкового фонду.
6. Низький рівень госпіталізації населення району в ЗОЗ третинного рівня.

### Перспективи подальших досліджень

Визначити додаткові методологічні підходи щодо розрахунку необхідного ліжкового фонду ЗОЗ госпітального округу залежно від інтенсивності надання медичної допомоги.

### Література

1. Вуїв О. Г. Проблеми визначення економічної та медичної ефективності стаціонарної допомоги та використання ліжкового фонду в сучасних умовах (огляд наукової літератури) / О. Г. Вуїв // Український медичний часопис. – 2007. – № 4 (60). – С. 9–14.
2. Гінзбург В. Г. Структурна перебудова системи охорони здоров'я на регіональному рівні: досягнення та завдання / В. Г. Гінзбург // Медичні перспективи. – 2010. – № 4. – С. 137–143.
3. Голяченко О. М. Нові підходи до реформування стаціонарної допомоги / О. М. Голяченко, Н. Я. Панчишин, В. Л. Смірнова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2010. – № 1. – С. 34–37.
4. Дячук Д. Д. Оцінка підходів до розробки та використання інноваційних моделей удосконалення діяльності закладів охорони здоров'я / Д. Д. Дячук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2012. – № 3. – С. 75–85.
5. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Главный врач. – 2010. – № 1. – С. 20–36.
6. Слабкий Г. А. Госпитальные округа: реальность и риски их создания / Г. А. Слабкий, М. В. Шевченко, А. И. Зозуля // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 3 (23). – С. 261–265.
7. Слабкий Г. О. Характеристика використання ліжкового фонду для стаціонарного лікування дорослого населення з хворобами органа зору / Г. О. Слабкий, С. В. Збітнева // Український медичний часопис. – 2012. – № 6 (92). – С. 100–102.
8. Krempels K. H. An Approach for Automated Surgery Scheduling : sixth int. conf. / K. H. Krempels, A. Panchenko. – Practice and Theory of Automated Timetabling. – Czech Republic, 2006. – P. 123–127.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.05.2016 р.



**Основные подходы к определению  
больницы интенсивного лечения  
при создании госпитальных округов**

*В.Д. Парий<sup>1</sup>, С.Н. Грищук<sup>2</sup>, В.М. Борис<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца, г. Киев, Украина

<sup>2</sup>Житомирский государственный университет имени И. Франка, Житомирский институт медсестринства, г. Житомир, Украина

<sup>3</sup>Новоград-Волинское горрайТМО, г. Новоград-Волинский, Украина

**Цель** – разработать критерии по определению больницы интенсивного лечения при создании госпитальных округов.

**Материалы и методы.** Исследование проведено путем расчета и сравнения отдельных показателей деятельности учреждений здравоохранения на примере трех близлежащих районов Житомирской области, на базе которых планируется создание госпитального округа. Использованы методы системного анализа, причинно-следственного анализа и логического обобщения.

**Результаты.** Проведено изучение организации оказания неотложной медицинской помощи и анализ сроков начала оперативного лечения больных с диагнозом «острый аппендицит», доставленных в нерабочее время. Определены расстояния по автодорогам из отдаленных пунктов будущего госпитального округа. Рассчитано ориентировочное время доставки пациентов. Проведен анализ технического состояния, движения основных производственных фондов и эффективности использования основных средств в лечебных учреждениях. Исследовано наличие кадровых ресурсов, использования коечного фонда, уровня госпитализации жителей указанных регионов. Установлено, что больницу интенсивного лечения целесообразно создавать на базе Новоград-Волинского горрайонного территориально-медицинского объединения.

**Выводы.** При определении больницы интенсивного лечения следует определять и учитывать оперативность предоставления ургентной помощи, географическую и транспортную доступность, уровень материально-техническое оснащения и степень его использования, наличие квалифицированных кадровых ресурсов, загруженность коечного фонда, уровень госпитализации в учреждения здравоохранения третичного уровня.

**Ключевые слова:** больница интенсивного лечения, оптимизация, госпитальный округ.

**The main approaches to the definition  
of a hospital intensive care  
when creating hospital districts**

*V.D. Pariy<sup>1</sup>, S.M. Hryshchuk<sup>2</sup>, V.M. Borys<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>Zhytomyr Ivan Franko State University, Zhytomyr Institute of Nursing, Zhytomyr, Ukraine

<sup>3</sup>Novohrad-Volynskyi Territorial Medical Association, Novohrad-Volynskyi, Ukraine

**Purpose** – to develop the criteria for determining the hospital intensive care when creating hospital districts.

**Materials and methods.** The study was conducted by calculating and comparing the individual performance of the health institutions on the example of three neighboring districts of Zhytomyr region, based of which is planned to create a hospital district. Methods of system analysis, causal analysis and logic synthesis were used.

**Results.** The organization of emergency aid was studied and the timing of the beginning of surgical treatment of patients with a diagnosis of «acute appendicitis», delivered in non-working time was analyzed. It was determined the distances on roads from distant points of the future hospital district and the estimated delivery time of patients was calculated. It was analyzed the technical state, the motion of main production assets and the efficient using of assets. The investigation of an availability of human resources, the using of hospital beds was conducted, the level of hospitalization of residents in these regions was determined. It was established that a hospital of intensive treatment might be created on the basis of Novohrad-Volynskyi Territorial Medical Association.

**Conclusions.** In determining a hospital intensive care it should be identified and considered the promptly of urgent care, geographical and transport accessibility, the level of material equipment and level of it's using, the availability of qualified human resources, the workload of hospital beds, the level of hospitalization in a tertiary health care level.

**Key words:** hospital intensive care, optimization, hospital districts.

**Відомості про авторів**

**Парій Валентин Дмитрович** – д.мед.н., проф., зав. кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; вул. Маршала Якубовського, 6, м. Київ, 03191, Україна.

**Грищук Сергій Миколайович** – к.мед.н., старший викладач кафедри медико-біологічних основ фізичного виховання та спорту Житомирського державного університету імені Івана Франка; старший викладач кафедри «Сестринська справа» Житомирського інституту медсестринства; вул. Пушкінська, 1, м. Житомир, 10014, Україна.

**Борис Василь Миколайович** – головний лікар Новоград-Волинського міськрайТМО; вул. Медведєва, 13, м. Новоград-Волинський, Житомирська обл., 11700, Україна.



УДК 614.253.2:617.7.004.12

В.А. Дуфинець<sup>1</sup>, Т.С. Грузєва<sup>2</sup>

## ОЦІНКА ПАЦІЄНТАМИ ПРИВАТНОГО ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ЗАКЛАДУ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

<sup>1</sup>Мукачевський приватний центр «Візу», м. Мукачево, Закарпатська область, Україна<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

**Мета** – вивчити думки пацієнтів щодо якості офтальмологічної медичної допомоги при різних організаційно-правових формах її надання.

**Матеріали:** дані наукової літератури, офіційні документи ВООЗ, МОЗ України, результати соціологічного опитування пацієнтів закладів охорони здоров'я.

**Методи:** бібліографічний, інформаційно-аналітичний, медико-статистичний, соціологічний.

**Результати.** Високо оцінили повноту наданої інформації 77,3% пацієнтів приватного офтальмологічного центру, організацію діагностичного обстеження – 86,3%, лікувального процесу – 88,4% опитаних. Своєчасність прийому відмітили 92,2% пацієнтів приватного закладу, 47,4% – комунального; комплексність діагностичного обстеження – 88,6% та 57,2%, комфортність проведення діагностичних – 78,8% та 48,6%, лікувальних процедур – 75,9% та 51,3% відповідно. Водночас, 86,4% пацієнтів приватного і 45,9% комунального медичних закладів відмітили високу вартість обслуговування. Задоволення отриманою медичною допомогою висловили 87,6% пацієнтів приватного і 44,8% – комунального закладів.

**Висновки.** Висока оцінка пацієнтами якості обслуговування в приватному центрі свідчить про необхідність ширшого використання приватних закладів для медичного обслуговування населення.

**Ключові слова:** якість медичної допомоги, соціологічні дослідження, думка пацієнтів, заклади різних форм власності.

### Вступ

Забезпечення доступності і якості медичної допомоги є одним із пріоритетів систем охорони здоров'я в усіх країнах світу. На важливість і необхідність вирішення вказаних питань наголошується в низці стратегічних і програмних документів міжнародного, регіонального та національного рівнів.

Загальною метою Європейської політики «Здоров'я – 2020» визначено поліпшення здоров'я і підвищення рівня добробуту населення, скорочення нерівності стосовно здоров'я, зміцнення громадської охорони здоров'я та забезпечення стійких систем охорони здоров'я, орієнтованих на потреби людей, які характеризуються високою якістю медичної допомоги [3, 4].

У сучасних умовах гостро стоїть проблема не просто досягнення високого рівня якості медичного обслуговування, а управління якістю і забезпечення процесу безперервного підвищення якості медичної допомоги. Особливого значення забезпечення належного рівня якості медичних послуг як стратегічного напрямку розвитку охорони здоров'я набуває в умовах реформування національної системи охорони здоров'я, що відображено в низці документів комунального рівня, у т.ч. в Національній стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. [5, 6, 11].

У країні затверджено Концепцію управління якістю медичної допомоги в галузі охорони здоров'я в

Україні на період до 2020 року, Галузеву програму стандартизації медичної допомоги, методики розробки клінічних рекомендацій, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів, порядок управління і контролю якості, який представляє собою вертикально організовану функціонально-структурну систему, що включає усі рівні управління [7, 8].

Проте, незважаючи на пріоритетність питань забезпечення і управління якістю медичної допомоги, проблеми поліпшення якості медичної допомоги розглядаються відокремлено від особливостей організації діяльності закладів охорони здоров'я в умовах розвитку їх багатокладності та функціонування закладів різних форм власності.

Ситуація, що склалася, є наслідком збереження в Україні традиційних організаційних форм і методів забезпечення якості медичної допомоги населенню без урахування сучасних вимог, недостатньо широкого використання наукових підходів до якісного поліпшення цього виду діяльності і залучення закладів альтернативних форм власності.

Ефективне вирішення цієї проблеми потребує розробки і впровадження нових методологічних і методичних підходів до планування, організації та управління якістю наданої населенню медичної допомоги в умовах багатокладності.

Спрямованість даного дослідження співпадає з положеннями стратегічних документів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і програмних

документів комунального рівня щодо забезпечення високої якості медичної допомоги, а також її безперервного поліпшення, що підтверджує необхідність наукового обґрунтування широкого використання закладів різних форм власності для забезпечення якості медичної офтальмологічної допомоги.

**Мета роботи** – вивчити думки пацієнтів щодо якості офтальмологічної медичної допомоги при різних організаційно-правових формах її надання для виявлення існуючих проблем та розробки заходів щодо поліпшення якості офтальмологічної допомоги в закладах охорони здоров'я різних форм власності.

### **Матеріали та методи**

Методологія дослідження передбачала використання комплексу інформативних методів, у т.ч. бібліографічного, інформаційно-аналітичного, медико-статистичного, соціологічного, порівняльного аналізу.

У завдання дослідження входило вивчення стану вирішення проблеми якості офтальмологічної допомоги за даними міжнародних документів, вітчизняних і зарубіжних наукових публікацій; розробка інструментарію дослідження, проведення опитувань пацієнтів офтальмологічного закладу щодо якості медичного обслуговування при різних формах власності медичних закладів, порівняльний аналіз результатів та обґрунтування шляхів удосконалення якості офтальмологічної допомоги

Дослідження проводилося на базі приватного офтальмологічного центру «Візу» м. Мукачева Закарпатської області. Вибіркову сукупність формували пацієнти приватного офтальмологічного центру «Візу», які до звернення в Центр мали досвід медичного обслуговування в комунальних закладах охорони здоров'я з приводу очної патології.

Джерельна база включала дані наукової літератури, офіційні документи ВООЗ, МОЗ України, результати соціологічного опитування пацієнтів закладів охорони здоров'я.

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Результати аналізу стратегічних документів ВООЗ, насамперед «Основ Європейської політики «Здоров'я – 2020» у підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя», свідчать, що питання забезпечення високоякісної медичної допомоги та поліпшення її результатів вимагають, щоб системи охорони здоров'я були фінансово життєздатними, відповідали своєму призначенню, орієнтувалися на людину і використовували науково обґрунтовані методи. ВООЗ наголошує, що всі країни повинні адаптуватися до змін демографічних характеристик і картини захворюваності, хронічних хвороб і станів, пов'язаних зі старінням тощо. Це потребує переорієнтації систем охорони здоров'я з винесенням на перший план таких напрямів роботи, як профілактика хвороб, безперервне поліпшення якості і комплексне надання послуг,

забезпечення наступності і безперервності в наданні допомоги, підтримка можливостей самопомоги і максимальне, з урахуванням безпеки та економічної ефективності, наближення послуг до місця проживання пацієнтів.

У документах ВООЗ вказується, що багато країн домоглися загального охоплення населення медико-санітарною допомогою, однак багато потрібно зробити для усунення в Регіоні ВООЗ катастрофічних і непосильних медичних витрат, які інколи вимушені нести люди. Поряд із наданням надійного фінансового захисту важливо забезпечувати довгострокову стійкість до негативних впливів економічних циклів, стримувати зростання цін під впливом пропозиції та проводити боротьбу з непродуктивними витратами ресурсів. Оцінка медичних технологій та механізми забезпечення якості мають найважливіше значення для прозорості і підзвітності системи охорони здоров'я і є невід'ємною частиною культури безпеки пацієнта.

Аналіз стратегічних документів комунального та галузевого рівнів засвідчив, що Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я України на період 2015–2020 років передбачено вагомий блок перетворень, який включає зміцнення первинної медичної допомоги, реформу мережі лікарень, автономізацію закладів, удосконалення системи фінансування і перехід до оплати за надані послуги тощо. Зasadничими принципами є орієнтованість на людей, на результат і на втілення. При цьому орієнтованість на людей означає поряд з іншим забезпечення доступності і якості послуг охорони здоров'я. Орієнтованість системи на результат передбачає результативність допомоги, фінансову захищеність пацієнта, залучення приватних надавачів при гарантуванні ними кращих результатів чи зменшенні витрат на дані послуги при тій же якості. Питання якості медичної допомоги залишається наріжним каменем проведення реформи вітчизняної сфери охорони здоров'я.

Результати наукових досліджень доводять, що необхідно підвищувати якість послуг за допомогою механізмів оцінки і забезпечення якості, нових моделей координації та інтеграції догляду, включаючи маршрути надання допомоги, що передбачають спеціально розроблені комплекси медичної і соціальної допомоги тощо [1, 2, 9, 10].

Відомо, що існуюча комунальна система офтальмологічної допомоги населенню функціонує в умовах обмеженого фінансування з недостатньо налагодженими економічними механізмами. За таких умов недостатньо відновлюються основні фонди офтальмологічних відділень, спостерігається старіння і зношення обладнання, бракує сучасних медичних технологій, недостатніми є знання та практика медичного персоналу щодо їх використання, що негативно позначається на якості медичної допомоги.

З іншого боку, в Україні відбувається активний розвиток ринку медичних послуг, на якому функціонують офтальмологічні організації різних форм власності. При цьому споживачам пропонуються різні медичні технології,

умови надання медичної допомоги і способи та рівень оплати медичних послуг. Приватні заклади охорони здоров'я, як правило, мають кращий рівень оснащення діагностичним і лікувальним обладнанням, комфортніші умови надання медичної допомоги, високий рівень кваліфікації персоналу та ширші можливості її підвищення, які в сукупності забезпечують високий рівень надання послуг. В Україні при досить суттєвому розвитку приватних офтальмологічних закладів недостатньо використовується комунально-приватне партнерство, що гальмує прогрес у забезпеченні доступності і якості офтальмологічної медичної допомоги населенню.

У цих умовах актуальним є проведення порівняльного аналізу якості організації офтальмологічної допомоги при різних організаційно-правових формах її надання для пошуку шляхів і заходів з оптимізації.

Нами проведено соціологічне дослідження серед пацієнтів приватного офтальмологічного центру, які попередньо отримували медичні послуги в закладах комунальної форми власності і мали змогу оцінити їх параметри та порівняти з отриманими в приватному закладі.

Відомо, що думка пацієнтів про якість медичного обслуговування формується під впливом суб'єктивної оцінки сприйняття ними отриманих медичних послуг, об'єктивної їх якості, поведінки медичного персоналу тощо. Ця думка є важливим механізмом зворотного зв'язку внаслідок відсутності професійної або відомчої упередженості, наявності багатогранної палітри характеристик, які включають різні аспекти медичної діяльності.

У соціологічному дослідженні взяли участь 796 пацієнтів приватного офтальмологічного центру, які мали попередній досвід медичного обслуговування з приводу офтальмологічної патології в комунальних закладах охорони здоров'я.

Аналіз основних соціально-демографічних характеристик респондентів показав, що у вибірці дещо переважали жінки (59,8%) над чоловіками (40,2%), особи старших вікових груп (старше 60 років – 62,2%).

Інструментарієм слугувала спеціальна анонімна анкета, яка включала питання, що стосуються різних аспектів отримання медичної допомоги. На основі аналізу результатів анкетування було сформовано загальну оцінку задоволеності пацієнтів якістю медичного обслуговування в приватному медичному закладі та оцінено окремі її складові.

Мотивами звернень пацієнтів до даного медичного закладу в переважній більшості були хороші відгуки знайомих про лікування саме в цьому закладі (58,7%) та рекомендація лікуючого лікаря (31,4%), реклама (16,5%).

Оскільки пацієнти приватного закладу мали попередній досвід медичного обслуговування в комунальних медичних закладах, вони могли об'єктивно оцінити якість обслуговування та існуючі проблеми в закладах комунальної форми власності. При цьому 72,4% респондентів були або повністю незадоволені, або скоріше незадоволені, ніж задоволені роботою медичного персоналу закладів комунальної форми власності. До

того ж, 61,6% опитаних вважали, що їм приділялося недостатньо уваги з боку персоналу, 34,1% вказували на грубість і недобррозичливість медичних працівників, 48,7% вважали недостатнім рівень кваліфікації персоналу комунальних закладів охорони здоров'я. Серед опитаних 66,8% вказували на недостатню оснащеність медичного закладу устаткуванням та інструментарієм, а 34,8% – на прояви меркантильних інтересів медичним персоналом.

Нами проаналізовано складові задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням у приватному закладі, зокрема, організацією медичного обслуговування, наданням необхідної інформації, якістю та комфортністю проведення діагностичних і лікувальних процедур, результатами лікування, побутовими умовами перебування в закладі тощо.

Аналіз ступеня задоволення інформаційних потреб пацієнтів показав, що переважна більшість із них задоволена наданням інформації про маніпуляції, обстеження, рекомендовані лікарські препарати, роз'ясненням їх користі та можливих побічних дій, правил прийому ліків, іншої важливої інформації (69,7%). Понад три чверті респондентів високо оцінили надану інформацію про можливі способи лікування, їх переваги та недоліки, прогнозу ефективність (77,3%).

Значна частка респондентів позитивно висловилися про організацію діагностичного обстеження (86,3%), лікувального процесу (88,4%) Порівняльний аналіз різних аспектів якості організації медичної допомоги в закладах різних типів власності засвідчив більш високу задоволеність пацієнтів отриманими послугами в приватному медичному закладі. Так, своєчасність прийому пацієнтів відповідно до призначеного терміну відмітили 92,2% тих, хто обслуговувався у приватному закладі, і 47,4% – у комунальному, комплексність діагностичного обстеження – 88,6% та 57,2% респондентів відповідно, комфортність проведення діагностичних – 78,8% та 48,6%, лікувальних процедур – 75,9% та 51,3%, оперативність діагностики – 79,8% та 38,4% відповідно.

Водночас, пацієнти приватного медичного закладу відмітили високу вартість медичного обслуговування, на що вказали 86,4% опитаних. При цьому 45,9% оцінювали як високу вартість лікування в комунальному закладі охорони здоров'я через необхідність придбання ліків, винагороду персоналу тощо.

У цілому задоволення отриманою медичною допомогою в приватному закладі охорони здоров'я висловили 87,6% пацієнтів офтальмологічного профілю, у комунальному – 44,8%, що свідчить про суттєві резерви в підвищенні якості обслуговування в комунальних закладах та необхідність ширшого використання закладів приватної форми власності для медичного обслуговування населення і зменшення навантаження на мережу комунальних закладів.

Респонденти вказали, що, незважаючи на більш високу вартість медичної допомоги, приватні медичні офтальмологічні заклади мають суттєві переваги, пов'язані з високою кваліфікацією персоналу та шанобливим ставленням до пацієнтів, застосуванням

нових медичних технологій, кращою організацією лікувально-діагностичного процесу, більш високими результатами лікування порівняно з комунальним. Опитані відмітили набагато кращу їх поінформованість при визначенні тактики лікування в приватній клініці і вищу інформаційну доступність переліку послуг, тактики лікування, економічних питань тощо.

Отримані результати свідчать про наявність проблем в організації офтальмологічної допомоги населенню, недостатнє використання такої важливої складової, як приватні медичні офтальмологічні заклади, та механізмів комунально-приватного партнерства в забезпеченні зростаючих потреб населення в профілактиці, діагностиці та лікуванні хвороб ока та його придаткового апарату.

### Висновки

Проблеми забезпечення високої якості офтальмологічної допомоги населенню продовжують залишатися одними з важливих завдань вітчизняної системи охорони здоров'я.

Аналіз думок пацієнтів щодо якості офтальмологічної медичної допомоги при різних організаційно-правових формах її надання дав змогу визначити існуючі проблеми її забезпечення та розробити пропозиції щодо поліпшення якості організації офтальмологічної допомоги в медичних закладах різних форм власності.

У ході дослідження визначено мотиви звернень населення до приватних медичних закладів. Як правило, причинами надання переваги зверненню в некомунальні заклади охорони здоров'я є впевненість пацієнтів у кращому кадровому, технологічному, матеріально-технічному забезпеченні приватних структур. Пацієнти переконані у високому рівні підготовки медичного персоналу та у використанні в закладах приватної форми власності більш сучасного медичного обладнання і більш прогресивних методик та технологій діагностики і лікування. Це, на їхню думку, забезпечує кращі результати лікування та сприяє зменшенню числа ускладнень.

Водночас, респонденти вказали на перешкоди до більш широкого використання послуг приватних медичних закладів, зокрема, на досить високу вартість послуг, відсутність в комунальних закладах інформації про можливості отримання медичної офтальмологічної допомоги в приватних закладах.

### Перспективи подальших досліджень

Підвищення якості медичної допомоги пацієнтам з офтальмологічною патологією можливе за умов більш широкого використання приватних медичних офтальмологічних закладів і запровадження механізмів комунально-приватного партнерства в забезпеченні потреб населення у цьому виді медичного обслуговування.

### Література

1. Вітовська О. П. Доступність та якість наданої медичної допомоги хворим на первинну глаукому в Україні та оцінка їх впливу на клінічний перебіг патології / О. П. Вітовська // Вісник соц. гігієни та охорони здоров'я України. – 2010. – № 1. – С. 65–71.
2. Горачук В. В. Методичні підходи до формування показників якості лікувально-діагностичного процесу в закладах охорони здоров'я / В. В. Горачук // Зб. наук. праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2012. – Вип. 21, Кн. 2. – С. 700–706.
3. *Здоровье-2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия* / ЕРК ВОЗ. – Мальта, 2012. – 18 с.
4. *Здоровье-2020: Основы Европейской политики и стратегия для XXI века* / ЕРК ВОЗ. – Копенгаген, Дания, 2013. – 224 с.
5. Лехан В. М. Інтегральна оцінка результатів діяльності системи охорони здоров'я України / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2 (14). – С. 53–60.
6. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр. – Київ, 2015. – 41 с.
7. Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року : наказ МОЗ України від 16.09.2011 р. № 597 [Електронний документ]. – Режим доступу : [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
8. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : наказ МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454 [Електронний документ]. – Режим доступу : [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
9. Рожко О. Регіональні аспекти управління наданням офтальмологічної медичної допомоги населенню України / О. Рожко // Комунальне управління та місцеве самоврядування. – 2013. – Вип. 1 (16). – С. 281–285.
10. Слабкий Г. О. Характеристика якості стаціонарної офтальмологічної допомоги / Г. О. Слабкий, С. О. Риков, С. В. Збітнева // Збірник наук. праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – 2013. – Вип. 22 (1). – С. 296–301.

11. *Helena Legido-Quigley, Martin McKee, Ellen Nolte, Irene A Glinos / Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action // World Health Organization. – Copenhagen, Denmark, 2008. – 241 p.*

*Дата надходження рукопису до редакції: 06.05.2016 р.*

### Оценка пациентами частного офтальмологического учреждения качества медицинской помощи

*В.А. Дуфинець<sup>1</sup>, Т.С. Грузева<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Мукачевский частный центр «Визус», г. Мукачево, Закарпатская область, Украина

<sup>2</sup>Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

**Цель** – изучить мнения пациентов о качестве офтальмологической медицинской помощи при различных организационно-правовых формах ее предоставления.

**Материалы:** данные научной литературы, официальные документы ВОЗ, МЗ Украины, результаты социологического опроса пациентов учреждений здравоохранения.

**Методы:** библиографический, информационно-аналитический, медико-статистический, социологический.

**Результаты.** Высоко оценили полноту предоставленной информации 77,3% пациентов частного офтальмологического центра, организацию диагностического обследования – 86,3%, лечебного процесса – 88,4%. Своевременность приема отметили 92,2% пациентов частного учреждения, 47,4% – коммунального; комплексность диагностического обследования – 88,6% и 57,2%, комфортность проведения диагностических – 78,8% и 48,6%, лечебных процедур – 75,9% и 51,3% соответственно. В то же время, 86,4% пациентов частного и 45,9% коммунального медицинских учреждений отметили высокую стоимость обслуживания. Удовлетворенность полученной медицинской помощью выразили 87,6% пациентов частного и 44,8% – коммунального учреждений здравоохранения.

**Выводы.** Высокая оценка пациентами качества обслуживания в частном центре свидетельствует о необходимости более широкого использования частных учреждений для медицинского обслуживания населения.

**Ключевые слова:** качество медицинской помощи, социологические исследования, мнение пациентов, учреждения различных форм собственности.

### Ophthalmologic evaluation of patients private establishment of quality health care

*V.A. Dufynets<sup>1</sup>, T.S. Gruzieva<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Mukachevo private center «Vizus», Mukachevo, Transkarpatia, Ukraine

<sup>2</sup>Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to study the patients views on the quality of ophthalmological medical care at different organizational and legal forms of medical institutions.

**Materials:** data of scientific literature, official documents of the WHO, of the Ministry of Health of Ukraine, the results of sociological interviewing of patients at the health care clinics.

**Methods:** bibliographic, informative-analytical, medical-statistical and sociological.

**Results.** 77.3% of patients in private ophthalmological center highly rated completeness of the given information, 86.3% – organization diagnostic examination, 88.4% of respondents – organization of treatment. Timeliness of admission was noted by 92.2% of patients in private institutions, whenever in municipal – by 47.4% of responders; complete diagnostic survey – 88.6% and 57.2%, comfort diagnostics – 78.8% and 48.6% and comfort treatments – 75.9% and 51.3% respectively. However, 86.4% of patients in private clinic and 45.9% in municipal medical institutions noted the high cost of maintenance. 87.6% of patients in private clinic and 44.8% in municipal one were satisfied by received medical care.

**Conclusions.** High assessment of service quality by patients in a private center demonstrates the necessity of wider use of private institutions for medical services.

**Key words:** quality of medical care, sociological studies, patients views, establishments of different ownership.

### Відомості про авторів

**Дуфинець Василь Андрійович** – к.мед.н., директор приватного офтальмологічного центру «Візуз»; вул. Партизанська, 116, м. Мукачево, Закарпатська область, 89600, Україна.

**Грузева Тетяна Степанівна** – д.мед.н., проф., зав. кафедри організації охорони здоров'я та соціальної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; вул. Політехнічна, 25/29, м. Київ, 01601, Україна.

УДК 616.31-08-053.81.004.12

І.В. Борисова

## СТИМУЛЮВАННЯ МЕДИКО-ГІГІЄНИЧНОЇ АКТИВНОСТІ МОЛОДІ – ВАЖЛИВИЙ НАПРЯМОК ПОЛІПШЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

**Мета** – провести аналіз медико-гігієнічної активності та стану ротової порожнини підлітків для зниження факторів ризику виникнення й ускладнення основних стоматологічних захворювань.

**Матеріали та методи.** При вивченні стоматологічної захворюваності молоді застосовано системний, структурно-логічний, математичний аналіз та статистичну обробку первинної та звітної документації, анкетування 120 підлітків. Проведено клінічне стоматологічне обстеження з визначенням індексів КПВ, РМА, ГІ.

**Результати.** Під час стоматологічного обстеження стану ротової порожнини підлітків виявлено, що індекс КПВ становив у середньому 6,2. Низький рівень інтенсивності карієсу мали лише 10% підлітків, середній – 43,4%, високий – 43%, дуже високий – 10,8%. У 31,7% обстежених виявлено запальний процес у тканинах пародонту у вигляді різних форм гінгівіту, 68% підлітків мали початкові ознаки запальних процесів у пародонті у вигляді локалізованих проявів. Отримані дані корелюють із незадовільним станом гігієни ротової порожнини у 83% обстежених. Встановлено, що понад 60% опитаних осіб мали недостатні гігієнічні знання стосовно раціональної гігієни порожнини рота.

**Висновки.** Формування тактики роботи лікаря стосовно медико-гігієнічної активності молоді має базуватися на визначенні та корекції ризик-факторів щодо виникнення основних стоматологічних захворювань або їх ускладнень, поглиблення гігієнічних знань та підвищення у підлітків мотивування ведення здорового способу життя.

**Ключові слова:** стоматологічне здоров'я, фактори ризику, підлітки, медико-гігієнічна активність.

### Вступ

На сучасному етапі розвитку суспільства головним завданням і девізом лікаря залишається збереження здоров'я та благополуччя пацієнта. У стоматології це означає першочергову профілактику захворювань порожнини рота [6].

Базуючись на концепції факторів ризику, в усьому світі для виконання профілактики виділяють три стратегії: популяційну, високого ризику і вторинну.

Популяційна стратегія профілактики полягає у впливі на фактори способу життя та оточуючого середовища, а також їх соціальні та економічні детермінанти, які збільшують ризик розвитку стоматологічних захворювань. Перевагою цієї стратегії є зниження поширеності факторів ризику та оздоровлення більшості молоді [7].

Стратегія високого ризику полягає у виявленні осіб із факторами ризику і немедикаментозної (оздоровлення способу життя) та медикаментозної корекції цих факторів (ендогенна та екзогенна профілактика).

Вторинна профілактика передбачає виявлення осіб із ранніми стадіями захворювання і проведення лікувально-профілактичних заходів для попередження розвитку стоматологічних захворювань [8].

Ці стратегії не слід протиставляти, вони взаємодоповнюють одна одну, і максимальний ефект досягається при використанні всіх стратегій.

Завдання лікаря-стоматолога, який працює з підлітками, полягають в активному впливі на модифіковані фактори ризику виникнення стоматологічних захворювань або їх ускладнень, а також у підвищенні рівня гігієнічних знань молоді та власної відповідальності за стан здоров'я [1, 2].

На теперішній час досить високою зберігається стоматологічна захворюваність осіб молодого віку. Поширеність карієсу зубів серед молоді сягає 95–100%, захворювань тканин пародонту – 65–80%; аномалій та деформацій щелепно-лицевої системи – 35–40%; герпетичних та асоційованих уражень слизової оболонки порожнини рота – до 80% [4, 5, 9, 10].

Усе це знижує рівень гармонічного фізичного і психологічного розвитку підлітків, приводить до виникнення соматичних захворювань, порушує загальну резистентність організму до дії несприятливих екзогенних й ендогенних факторів.

У зв'язку з цим збереження та поліпшення здоров'я молоді має бути пріоритетним напрямом не тільки медицини, але й держави та суспільства у складних умовах сьогодення.

**Мета роботи** – провести аналіз медико-гігієнічної активності та стану ротової порожнини підлітків для зниження факторів ризику виникнення й ускладнення основних стоматологічних захворювань.

**Матеріали та методи**

Дослідження проведено серед 120 підлітків віком 15–17 років, які з'явилися з метою планового профілактичного огляду у 2012 р. до підліткового лікаря в дитячу поліклініку Дорожньої клінічної лікарні № 1 Південно-Західної залізниці.

Під час комплексних профілактичних оглядів вирішено такі завдання:

- оцінка стоматологічної захворюваності підлітків загально прийнятими методами із заповненням амбулаторної картки (ф. 043/о);
- оцінка гігієнічного стану ротової порожнини;
- анкетування підлітків за розробленою картою-анкетую;
- проведення цільового індивідуалізованого консультування;
- формування тактики роботи лікаря щодо медико-гігієнічної активності молоді.

Профілактичні огляди завершувались плановою санацією та проведенням уроку гігієни з інформаційно-виховним супроводом.

При вивченні стоматологічної захворюваності підлітків проведено системний, структурно-логічний, математичний аналіз і статистичну обробку первинної та звітної документації, зокрема, амбулаторні картки підлітків, стоматологічні картки (ф. №043/о), журнали професійних оглядів та диспансерних спостережень, звітні форми лікарів. Проведено клінічне стоматологічне обстеження з визначенням індексів КПП, РМА, ГІ.

**Результати дослідження та їх обговорення**

При обстеженні стану ротової порожнини підлітків виявлено, що індекс КПП становив у середньому 6,2. Низький рівень інтенсивності карієсу мали лише 10% обстежених, середній – 43,4%, високий – 35,8%, дуже високий – 10,8% (табл. 1).

Майже 31,7% обстежених мали запальний процес у тканинах пародонту у вигляді різних форм гінгівіту.

Переважно це був хронічний катаральний гінгівіт. Але 68% підлітків мали початкові ознаки запальних процесів у пародонті у вигляді локалізованих проявів. Отримані дані корелюють із незадовільним станом гігієни у 83% обстежених.

Таблиця 1  
Стан ротової порожнини підлітків за даними клінічних досліджень

Індексні показники	Абсолютна кількість (n=120 обстежених)	Відносна кількість, %
Індекс КПП:		
– 0,0–1,1	–	–
– 1,2–2,6	12	10,0
– 2,7–4,4	52	43,4
– 4,5–6,5	43	35,8
– понад 6,6	13	10,8
Індекс РМА:		
– до 30%	82	68,3
– 30–60%	28	23,3
– понад 60%	10	8,4
Гігієнічний індекс:		
– 1,0–1,5	–	–
– 1,6–2,0	20	16,7
– 2,1–2,5	34	28,3
– 2,6–3,4	38	31,7
– 3,5–5,0	28	23,3

Таким чином, 90% обстежених потребують лікувально-профілактичних заходів і мотивування щодо медичної активності та співпраці з лікарем.

Згідно із сучасними уявленнями, причини виникнення та розвитку основних стоматологічних захворювань полягають у порушеннях раціонального харчування, загального стану здоров'я, шкідливих звичках, а також у порушеннях гігієни порожнини рота.

Таблиця 2  
Загальні фактори ризику виникнення стоматологічних захворювань у підлітків (за даними анкетування)

Фактор ризику	Наявність фактора ризику		Відсутність фактора ризику	
	n	%	n	%
<i>Загальний стан здоров'я</i>				
Наявність дитячих інфекцій в анамнезі	76	63,3	44	36,7
Наявність будь-якої соматичної патології (диспансерний облік)	58	48,3	62	51,7
Частота простудних захворювань більш ніж 3 рази на рік	86	71,6	34	28,4
Регулярні заняття спортом	94	78,3	26	11,7
<i>Характеристика харчування</i>				
Режим харчування:				
– 2 рази на добу;	54	45,0	–	–
– 3 рази на добу	–	–	66	55,0

Вживання їжі «фаст фуду»	62	51,6	58	48,4
Надмірне вживання солодоців	86	71,6	34	28,4
Вживання газованих напоїв	76	63,3	44	36,7
<i>Шкідливі звички</i>				
Паління	58	48,3	62	51,7
Вживання спиртних напоїв	34	28,3	86	71,7
<i>Гігієнічний догляд за ротовою порожниною</i>				
Кратність чищення зубів:				
– 1 раз на добу;	76	63,3	–	–
– 2 рази на добу;	–	–	40	33,4
– 3 рази на добу	4	3,3	–	–
Використання зубної пасти	–	–	120	100
Використання ополіскувача	114	95,0	6	5,0
Заміна зубної щітки:				
– правильно;	–	–	64	53,3
– неправильно	56	46,7	–	–
Наявність неприємного запаху з порожнини рота	32	26,7	88	73,3

Для визначення факторів ризику за перерахованими групами ризик-факторів проведено анкетування молоді за розробленою нами анкетой. Результати анкетування наведено в таблиці 2.

Загальний стан організму, зокрема перенесені та супутні захворювання, мають значущий вплив на виникнення і розвиток карієсу, запальних змін у тканинах пародонту. За даними анкетування, 63,3% підлітків мали інфекційні захворювання в анамнезі, а 48,3% особи – супутні хронічні захворювання, 71,6% підлітків хворіли на простудні захворювання більше ніж тричі на рік. Усе це свідчить про зниження загальної та імунологічної реактивності організму обстежених.

Нами виявлено значні порушення якості та режиму харчування, зокрема, майже половина підлітків порушує режим харчування та харчується продуктами «фаст фуду», 34% опитаних зловживають солодощами, а 63,3% – газованими напоями. Все це приводить до недостатнього надходження до молодого організму незамінних речовин, особливо білків та кальцію, а також до зниження жувальної активності, що розглядається як фактор ризику зниження кісткової маси щелеп і мінералізації зубів [3].

Звертають увагу наявність у обстежених шкідливих звичок у вигляді паління (48,3%) та вживання спиртних напоїв (28,3%), що негативно впливає на слизову оболонку, тканини пародонту та гігієнічний стан порожнини рота.

Привертає увагу низька фізична активність підлітків, лише 11,7% активно займаються спортом, що негативно відображається на формуванні щелепно-лицевої системи як складової опорно-рухового апарату.

Гігієнічний стан порожнини рота та якість догляду за зубами є одними з головних факторів виникнення основних стоматологічних захворювань. Усі підлітки користувалися зубною пастою та щіткою, тільки 5% додатково використовували ополіскувачі. Жодний з опитаних не користувався флосами або іншими засобами гігієни. 63,3% опитаних порушували режим чищення зубів та невчасно замінювали зубну щітку, 26,7% підлітків відмічали неприємний запах із порожнини рота. Усе це свідчить про недостатні гігієнічні знання молоді і потребує виховання правильних гігієнічних навичок.

Співставлення даних клінічного обстеження та анкетування підлітків виявило розбіжності в суб'єктивній та об'єктивній оцінці стану загального і стоматологічного здоров'я, а також стану гігієни порожнини рота (табл. 3).

Таблиця 3  
Оцінка загального та стоматологічного стану здоров'я за даними анкетування й професійних оглядів підлітків (n=120 обстежених)

Критерій оцінки	Стан загального здоров'я		Стан стоматологічного здоров'я		Стан гігієни порожнини рота	
	оцінка пацієнта	оцінка лікаря	оцінка пацієнта	оцінка лікаря	оцінка пацієнта	оцінка лікаря
	кількість опитаних підлітків					
Добрий	88	76	76	12	76	20
Задовільний	32	44	44	96	44	34
Незадовільний	–	–	–	12	–	66



Опитування молоді проведено за трьома критеріями визначення якості загального здоров'я з боку підлітків:

- *добрий* – не відчуває будь-яких відхилень у стані власного здоров'я;
- *задовільний* – має відхилення у стані власного здоров'я функціонального характеру (задишка під час фізичних навантажень, часті простудні захворювання, наявність хронічних захворювань);
- *незадовільний* – має хронічні захворювання в стані декомпенсації або простудні захворювання з частотою більше ніж 3–4 рази на рік тривалістю понад 10 днів.

Стан ротової порожнини, у тому числі рівня її гігієни, оцінено підлітками за такими критеріями:

- *добрий* – відсутні суб'єктивні прояви будь-яких больових відчуттів з боку зубів і слизової оболонки, немає запаху з рота;
- *задовільний* – іноді буває біль у зубах від холодного або гарячого, самовільний ниючий біль, постійна кровоточивість ясен, рухомість зубів, неприємний запах з рота.

Оцінка якості загального здоров'я, стоматологічного здоров'я та рівня гігієни порожнини

рота підлітків із боку лікаря проведена на підставі медичної документації та даних клінічного обстеження.

Результати анкетування молоді виявили завищену оцінку стану власного здоров'я, рівня гігієни і здоров'я порожнини рота. Особливо це стосувалось гігієни порожнини рота. Так, 63,3% опитаних оцінили стан гігієни як добрий, водночас, за оцінкою лікаря тільки 16,6% мали добрий рівень, 28,3% – задовільний, а 55,0% – незадовільний рівень гігієни порожнини рота.

Хоча суб'єктивна самооцінка не відображає нормативних потреб у стоматологічній допомозі на індивідуальному рівні, подібні обстеження сприяють поліпшенню розуміння потреб і мотивації молоді в стоматологічній допомозі на популяційному рівні.

Під час цільового індивідуалізованого консультування лікарем підлітку демонструвалися результати анкетування та клінічного обстеження, проводилася бесіда для підвищення мотивування щодо поліпшення власного здоров'я, склався план подальших санацийних заходів.

Формування тактики роботи лікаря базувалося на визначенні та корекції ризик-факторів виникнення основних стоматологічних захворювань або їх ускладнень, поглиблення гігієнічних знань та підвищення в підлітків мотивування щодо ведення здорового способу життя. Основні напрямки цієї роботи наведено в таблиці 4.

Таблиця 4

**Тактика роботи лікаря стосовно медико-гігієнічної активності молоді**

Основні положення, які потребують розуміння	Тактика стоматолога	Тактика пацієнта
Об'єктивізація стану загального здоров'я	Інформування про індивідуальні особливості загального здоров'я, фактори зниження резистентності організму, вплив шкідливих звичок тощо	Усвідомити стан власного здоров'я та основні загальні фактори ризику. Виконувати лікувально-профілактичні рекомендації лікаря
Рівень стоматологічного здоров'я	Інформування про індивідуальний стан ротової порожнини, вплив особливостей загального стану організму на ротову порожнину та стан щелепно-лицевої системи. Визначення індивідуальних ризик-факторів виникнення та ускладнень стоматологічних захворювань	Розуміти стан власного стоматологічного здоров'я та місцеві фактори ризику. Щорічно проходити профілактичні огляди в стоматолога. Виконувати лікувально-профілактичні рекомендації стоматолога
Рівень гігієнічних знань	Надання інформації щодо сучасних засобів та методів гігієни порожнини рота (ГПР). Навчання раціональному догляду за ротовою порожниною	Дотримуватись правил особистої гігієни та гігієни порожнини рота. Щорічно проводити професійну ГПР у стоматолога
Прагнення щодо ведення здорового способу життя	Активне переконання пацієнта в престижності та гідності бути здоровим, відмовитись від шкідливих звичок, підвищувати фізичну активність, загартовувати організм, дотримуватись правил раціонального харчування	Осмислення відповідальності за власне здоров'я, відмовитись від шкідливих звичок. Дотримуватись порад лікаря щодо раціонального харчування та фізичної активності

### Висновки

У результаті профілактичного стоматологічного огляду підлітків віком 15–17 років виявлено, що 90% обстежених потребують лікувально-профілактичних заходів і мотивування щодо медичної активності та співпраці з лікарем.

Під час анкетування встановлено, що понад 60% опитаних мають недостатні гігієнічні знання стосовно раціональної гігієни порожнини рота, що необхідно враховувати при плануванні та проведенні лікувально-профілактичних заходів.

Співставлення даних клінічного обстеження та анкетування підлітків виявило розбіжності в суб'єктивній та об'єктивній оцінці стану загального і стоматологічного здоров'я, а також стану гігієни порожнини рота.

Хоча суб'єктивна самооцінка не відображає нормативних потреб у стоматологічній допомозі на індивідуальному рівні, подібні обстеження сприяють поліпшенню розуміння потреб і мотивацій молоді в стоматологічній допомозі на популяційному рівні.

### Перспективи подальших досліджень

Формування тактики роботи лікаря стосовно медико-гігієнічної активності молоді має базуватися на визначенні та корекції ризик-факторів виникнення основних стоматологічних захворювань або їх ускладнень, поглиблення гігієнічних знань і підвищення в підлітків мотивування щодо ведення здорового способу життя.

Це дасть змогу значно підвищити стан загального та стоматологічного здоров'я молоді, а в подальшому – сформуванню стійке бажання вести здоровий спосіб життя.

### Література

1. *Борисова И. В.* Методологические подходы профилактики стоматологических заболеваний у подростков / И. В. Борисова, Т. П. Мурланова // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції стоматологів, 23–24 вересня 2011 р. – Ужгород, 2011. – С. 29–36.
2. *Василик В. С.* Використання сучасних профілактичних технологій як необхідний елемент формування здорового способу життя / В. С. Василик // Науковий вісник НМУ імені О. О. Богомольця. – 2013. – № 1. – С. 25–28.
3. *Григорьева Н. В.* Кальций и формирование костной массы у детей и подростков / Н. В. Григорьева // Дитячий лікар. – 2011. – № 2 (9). – С. 54–63.
4. *Медико-соціальні аспекти здоров'я підлітків в Україні* / О. М. Лук'янова, Ю. Г. Антипкін, Л. І. Омельченко, Л. В. Квашніна // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – Т. 71, № 5, додаток. – С. 50–51.
5. *Остапко О. І.* Вплив чинників довкілля на рівень стоматологічного здоров'я дітей України / О. І. Остапко // Стоматологічне здоров'я дітям України : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. // Науковий вісник НМУ ім. О.О. Богомольця. – 2007. – С. 162–164.
6. *Пародонтология* / Г. Ф. Вольф, Э. М. Ратейцхак, К. Ратейцхак ; пер. с нем. под ред. проф. Г. М. Барера. – Москва : МЕДпресс-информ, 2008. – 548 с.
7. *Пересипкіна Т. В.* Стан здоров'я та прогноз поширеності захворювань серед підлітків України / Т. В. Пересипкіна // Здоровье ребенка. – 2014. – № 8 (59). – С. 12–15.
8. *Профессиональная профилактика в практике стоматолога: атлас по стоматологии* / Жан-Франсуа Руле, Стефан Циммер ; пер. с нем. под общ. ред. С. Б. Улитовского, С. Т. Пыркова. – Москва : МЕДпресс-информ, 2010. – 368 с.
9. *Савичук Н. О.* Розповсюдженість захворювань слизової оболонки порожнини рота у дітей / Н. О. Савичук, В. І. Рейф, Л. М. Потапенко // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 1998. – № 3. – С. 6–39.
10. *Хоменко Л. О.* Стоматологічне здоров'я дітей України, реальність, перспектива / Л. О. Хоменко // Стоматологічне здоров'я – дітям України : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., 28–29 вересня 2007 р. // Науковий вісник НМУ ім. О. О. Богомольця. – 2007. – С. 11–14.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.01.2016 р.

**Стимулирование медико-гигиенической активности молодежи – важное направление улучшения стоматологического здоровья**

*И.В. Борисова*

Украинская военно-медицинская академия,  
г. Киев, Украина

**Цель** – провести анализ медико-гигиенической активности и состояния ротовой полости подростков для снижения факторов риска возникновения и осложнения основных стоматологических заболеваний.

**Материалы и методы.** При изучении стоматологической заболеваемости молодежи применены системный, структурно-логический, математический анализ и статистическая обработка первичной и отчетной документации, анкетирование 120 подростков. Проведено клиническое стоматологическое обследование с определением индексов КПУ, РМА, ГИ.

**Результаты.** Во время стоматологического обследования состояния ротовой полости подростков выявлено, что индекс КПУ составлял в среднем 6,2. Низкий уровень интенсивности кариеса имели только 10% подростков, средний – 43,4%, высокий – 35,8%, очень высокий – 10,8%. У 31,7% обследованных выявлено воспаление в тканях пародонта в виде разных форм гингивита, 68% подростков имели начальные признаки воспалительных процессов в пародонте в виде локализованных проявлений. Полученные данные коррелируют с неудовлетворительным состоянием гигиены ротовой полости у 83% обследованных лиц. Установлено, что более 60% опрошенных лиц имели недостаточные гигиенические знания относительно рациональной гигиены полости рта.

**Выводы.** Формирование тактики работы врача по повышению медико-гигиенической активности молодежи должно базироваться на выявлении и коррекции факторов риска возникновения основных стоматологических заболеваний или их осложнений, углубления гигиенических знаний и повышения у подростков мотивации для ведения здорового способа жизни.

**Ключевые слова:** стоматологическое здоровье, факторы риска, подростки, медико-гигиеническая активность.

**Medical-hygienic of young people activity stimulation is the important way of improvement dental health**

*I.V. Borysova*

Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – make analyses of medical-hygienic activity and condition of oral cavity young people for decreasing risk factors and appearance of main stomatological diseases.

**Materials and methods.** During research of stomatological morbidity of teenagers systemic, structural-logical, mathematical methods were used. Also we made questioning of 120 teenagers and clinical examination with determination of PMA, CFE, HI indexes.

**Results.** We determined that CFE index arranged 6.2% during stomatological examination of teenagers. 10% of young people had low level of caries intensity, 43.4% – middle level, high level – 35.8% and very high level – 10.8%. Inflammation of periodontal tissues such as different forms of gingivitis was revealed in 31.7% of examined patients. 68% of patients had primary forms of periodontitis. 83% of teenagers had low level of oral hygiene and 60% had low level of hygienic knowledges about oral hygiene.

**Conclusions.** According to our research policy of stomatological treatment should be based on revealing and correction of stomatological risks. One of the main doctor's aims should be increasing of hygienic knowledges of teenagers and their motivation in healthy life.

**Key words:** stomatological health, risk factors, teenagers, medical-hygienic activity.

**Відомості про автора**

**Борисова Ірина Володимирівна** – д.мед.н., доц., проф. кафедри щелепно-лицевої хірургії і стоматології Української військово-медичної академії; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04655, Україна.

УДК 614.4:616.98:578.828(477.87)

Г.О. Слабкий<sup>1</sup>, В.Й. Білак–Лук'ячук<sup>2</sup>

## АНАЛІЗ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

<sup>1</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Закарпатський центр профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород, Україна

**Мета** – вивчити та проаналізувати стан епідеміологічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДУ в Закарпатській області за 2005–2015 рр.

**Матеріали та методи.** Використано дані форм державної статистичної звітності: Форма № 2 – ВІЛ/СНІД (річна), затверджена сумісним наказом МОЗ України та Державного комітету статистики України від 24.12.2004 р. № 640/663; Форма № 2 – ВІЛ/СНІД (річна), затверджена наказом МОЗ України від 05.03.2013 р. № 180 за період 2005–2015 рр.

**Результати.** Закарпатська область є регіоном із найнижчим рівнем поширеності ВІЛ/СНІДУ, однак хворобою охоплені всі адміністративні території регіону. За період дослідження показник поширеності ВІЛ-інфекції зріс у 4 рази і становив 33,51 на 100 тис. населення. Провідним шляхом інфікування є статевий гетеросексуальний (75,3%). Найбільша частка в диспансерній групі припадає на осіб віком 25–49 років (75,8%). У статевій структурі ВІЛ-інфікованих чоловіки дорівнюють 52,3%, а жінки – 47,7%. Серед адміністративних територій найбільш уражені ВІЛ/СНІДом м. Ужгород, Свалявський, Мукачівський та Хустський райони. Високий рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію спостерігається в м. Ужгород, Свалявському, Мукачівському і Тячівському районах.

**Висновки.** Проведено аналіз епідситуації з ВІЛ/СНІДУ в Закарпатській області, який свідчить про її погіршення за роки дослідження.

**Ключові слова:** ВІЛ/СНІД, епідеміологічна ситуація, Закарпатська область.

### Вступ

Основні сучасні глобальні тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДУ – це збільшення виявлення кількості людей, що живуть з ВІЛ, (ЛЖВ) на фоні зниження числа нових випадків інфікування ВІЛ та смертності від СНІДУ [6]. За оціночними даними ВООЗ та ЮНЕЙДС (2012 р.), у світі загальне число ЛЖВ становить 35,3 (32,2 – 38,8) млн осіб. Чисельність ЛЖВ на глобальному рівні в останні роки зростає, що пов'язано з розширенням доступу ВІЛ-інфікованих осіб до специфічного лікування. За даними ЮНЕЙДС, смертність від СНІДУ на світовому рівні знизилася з 2,3 млн осіб у 2005 р. до 1,6 млн осіб у 2012 р. [4].

Регіональні особливості розвитку епідемії суттєво різняться. Східна Європа та Центральна Азія – єдиний регіон світу, де масштаби епідемії ВІЛ-інфекції продовжують зростати [5]. У 2000–2013 рр. число ЛЖВ у Східній Європі та Центральній Азії практично потроїлося. Близько 90% тягаря захворювань, обумовлених СНІДом, у даному регіоні припадає на Російську Федерацію та Україну [3]. Україна посідає одне з перших місць серед країн Європи за кількістю ВІЛ-позитивних осіб. Показник поширеності ВІЛ у віковій групі 15–49 років у 2013 р. становив 0,62% та залишається одним із найвищих в Європі та Центральній Азії [1, 7]. В Україні теж спостерігаються відмінності ураження населення ВІЛ/СНІДом за регіонами [2].

**Мета роботи** – вивчити та проаналізувати стан епідеміологічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДУ в Закарпатській області за 2005–2015 рр.

### Матеріали та методи

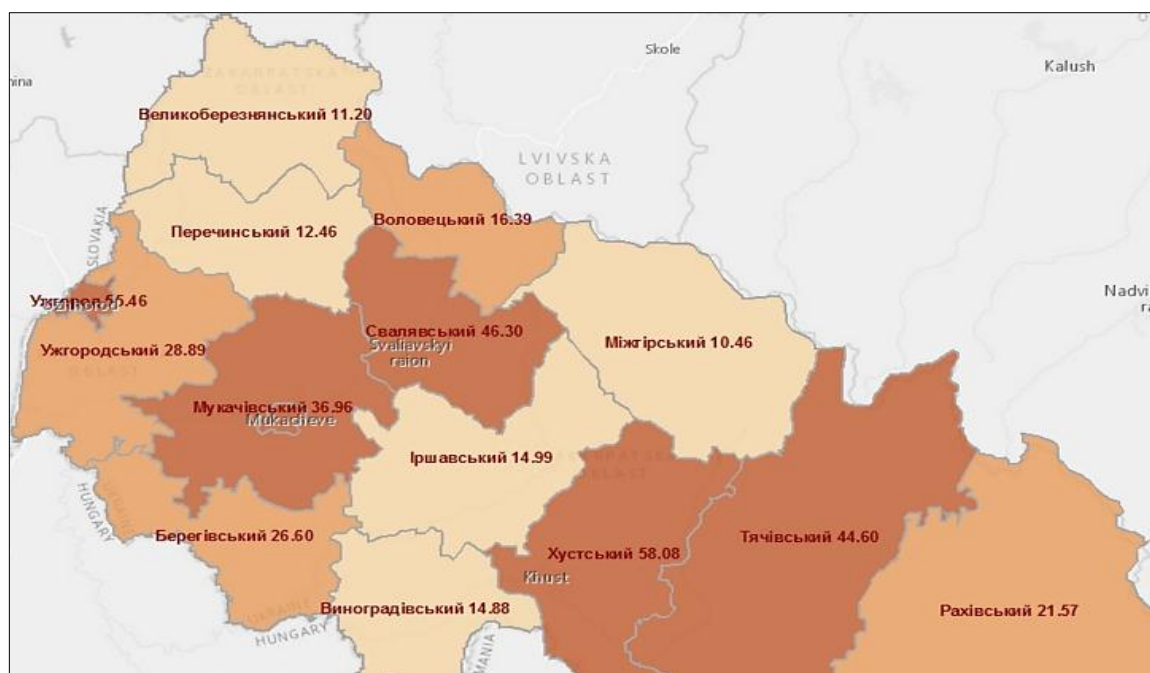
Проаналізовано основні показники епідемічного процесу ВІЛ-інфекції за 2005–2015 рр. Використано дані форм державної статистичної звітності: Форма № 2 – ВІЛ/СНІД (річна), затверджена сумісним наказом МОЗ України та Державного комітету статистики України від 24.12.2004 р. № 640/663, Форма № 2 – ВІЛ/СНІД (річна), затверджена наказом МОЗ України від 05.03.2013 р. № 180.

### Результати дослідження та їх обговорення

Закарпатська область є регіоном України з найнижчою поширеністю ВІЛ-інфекції. За весь період епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДУ з моменту реєстрації першого випадку інфікування ВІЛ в області офіційно зареєстровано 798 осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, у т.ч. дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, – 172244 особи із діагнозом «СНІД».

Епідемією ВІЛ-інфекції уражені всі райони області. Показник поширеності ВІЛ-інфекції порівняно з 2005 р. зріс у 4 рази і становив 33,51 на 100 тис. населення у 2015 р. проти 8,06 на 100 тис. населення

у 2005 р. Показники поширеності ВІЛ-інфекції в розрізі адміністративно-територіальних одиниць області станом на 01.01.2016 р. наведено на рис. 1.



**Рис. 1.** Поширеність ВІЛ-інфекції в розрізі адміністративно-територіальних одиниць області станом на 01.01.2016 р. (на 100 тис. населення)

За даними рис. 1, найбільш уражені ВІЛ-інфекцією м. Ужгород (55,46 на 100 тис. населення), Хустський (58,08 на 100 тис. населення), Свалявський (46,30 на 100 тис. населення), Тячівський (44,60 на 100 тис. населення) та Мукачівський (36,96 на 100 тис. населення) райони. Середній рівень ураженості ВІЛ-інфекцією реєструється в Ужгородському (28,89 на 100 тис. населення), Берегівському (26,60 на 100 тис. населення), Рахівському (21,57 на 100 тис. населення), Воловецькому (16,39 на 100 тис. населення) районах. Низький рівень поширеності ВІЛ-інфекції (до 15 на 100 тис. населення) спостерігається в Іршавському (14,99 на 100 тис. населення), Виноградівському (14,88 на 100 тис. населення), Перечинському (12,46 на 100 тис. населення),

Великобerezнянському (11,19 на 100 тис. населення) та Міжгірському (10,46 на 100 тис. населення) районах.

Провідним шляхом інфікування в диспансерній групі є статевий гетеросексуальний (75,3%). Частка парентерального шляху інфікування при вживанні ін'єкційних наркотиків становить менше однієї десятої; вертикального шляху (у т.ч. діти з діагнозом ВІЛ-інфекції в стадії підтвердження) – 10,2%; статевого гомосексуального – 2,1%, шлях інфікування не визначено – 3,1% випадків, відсоток парентерального шляху під час немедичних маніпуляцій дорівнює 0,5% у структурі шляхів інфікування припадає.

Статеві-віковий розподіл диспансерної групи наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

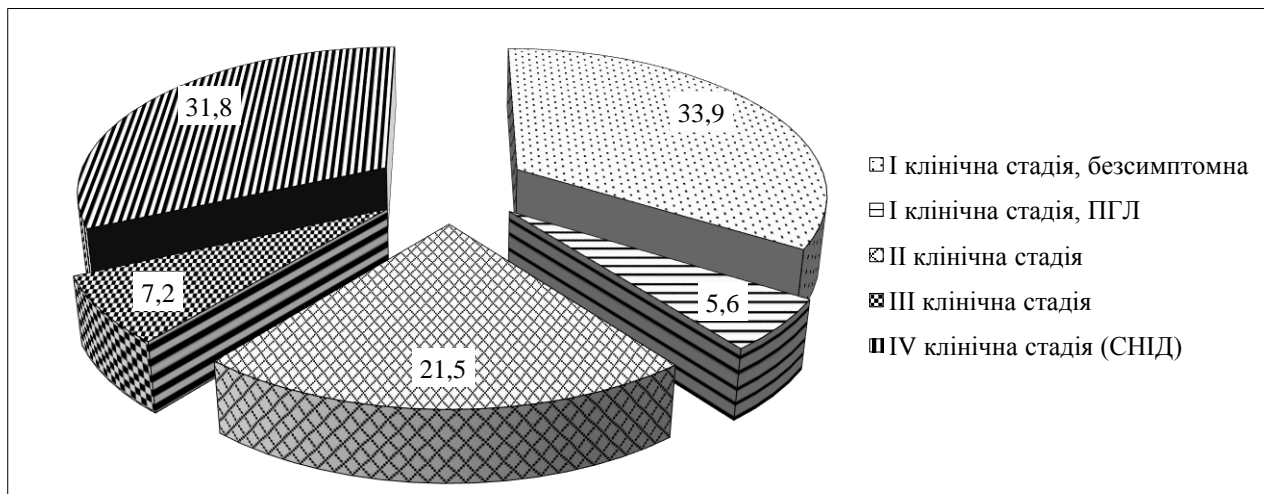
**Статеві-віковий розподіл ВІЛ-інфікованих/хворих на СНІД станом на 01.01.2016 р.**

Віковий розподіл	Усього		Чоловіки		Жінки	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Перебували під наглядом станом на 01.01.2016 р., у т.ч. особи віком:	421	100,0	220	52,3	201	47,7
0–14 років	44	10,5	21	47,7	23	52,3
15–17 років	1	0,2	1	100,0	0	0,0
18–24 роки	24	5,7	9	37,5	15	62,5
25–49 років	319	75,8	166	52,0	153	48,0
від 50 років	33	7,8	23	69,7	10	30,3

За даними таблиці 1, найбільшу частку ВІЛ-інфікованих становлять особи вікової категорії 25–49 років (75,8%). Відсоток молоді віком 18–24 роки в структурі диспансерної групи дорівнює 5,7; дітей віком 0–14 років – 10,5%, підлітків 15–17 років – 0,2%, осіб віком від 50 років – 7,8%. Отже, у структурі диспансерної групи найбільш уражені епідемією ВІЛ-інфекції особи працездатного репродуктивного віку від 25 років.

Серед ВІЛ-інфікованих більше чоловіків, ніж жінок (52,3% проти 47,7% відповідно). Таке співвідношення спостерігається і в основній віковій групі 25–49 років (52% чоловіків, 48% жінок). Проте у віковій групі 18–24 роки значно переважають жінки (62,5%), а у віковій групі від 50 років, навпаки, – чоловіки (69,7%).

Розподіл за клінічними стадіями диспансерної групи серед дорослих та дітей віком 15–18 років наведено на рис. 2.



**Рис. 2.** Розподіл за клінічними стадіями диспансерної групи людей, що живуть з ВІЛ, станом на 01.01.2016 р. (%)

За даними рис. 2, по третині випадків припадає на I клінічну стадію, безсимптомну (33,9%) та IV клінічну стадію (СНІД) – 31,8%, одна п'ята – II клінічна стадія (21,5%). I клінічна стадія, ПГЛ становить 5,6%, III клінічна стадія – лише 7,2% випадків. У сумі на III та IV клінічні стадії припадає суттєва частина випадків – 39,0%.

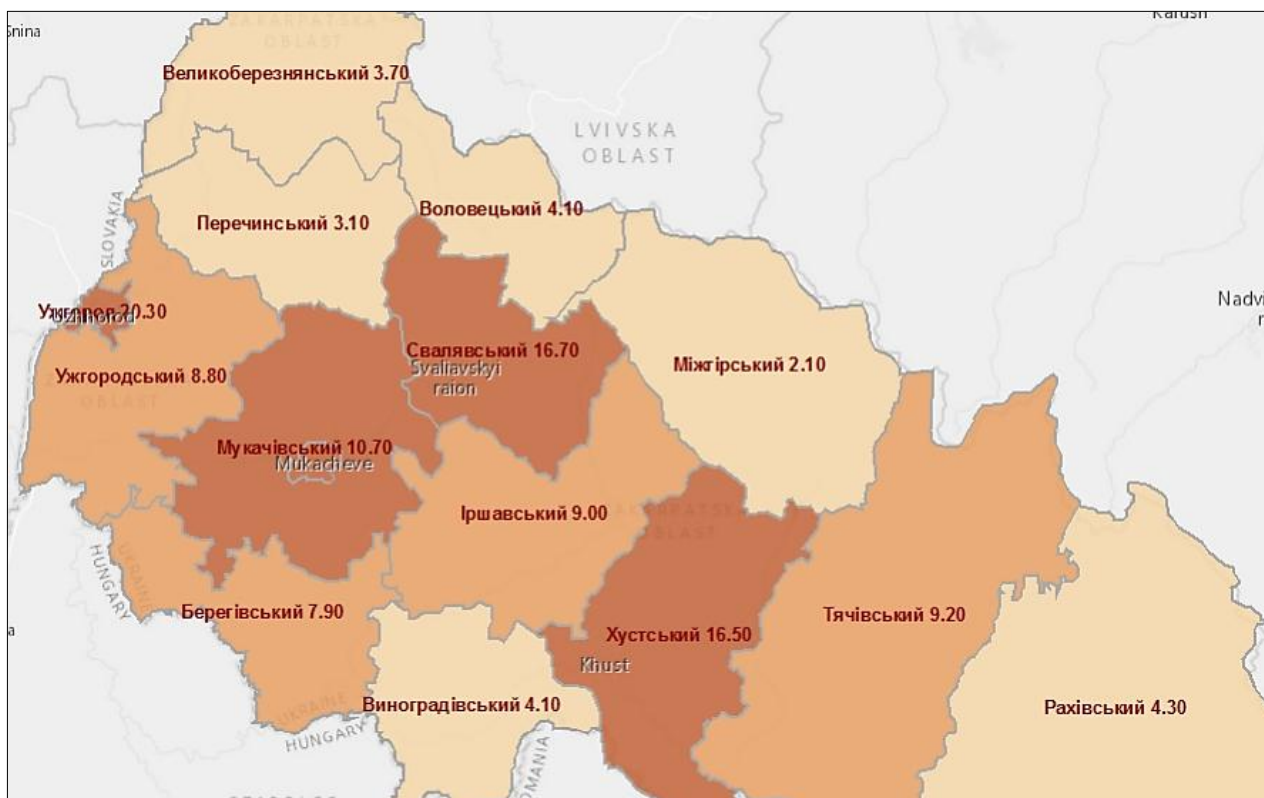
Показник поширеності СНІДу у 2015 р. у 5 разів був вищим за такий у 2005 р. і становив 9,87 на 100 тис. населення проти 1,85 на 100 тис. населення відповідно. Поширеність СНІДу (IV клінічна стадія) в розрізі адміністративно-територіальних одиниць наведено на рис. 3.

За даними рис. 3, найбільш уражені СНІДом м. Ужгород (20,3 на 100 тис. населення), Свалявський (16,7 на 100 тис. населення), Хустський (16,5 на 100 тис. населення) та Мукачівський (10,7 на 100 тис. населення) райони. Середній рівень поширеності СНІДу реєструється в Ужгородському (8,8 на 100 тис. населення), Березівському (7,9 на 100 тис. населення), Іршавському (9,0 на 100 тис. населення) і Тячівському (9,2 на 100 тис. населення) районах. Низькі показники

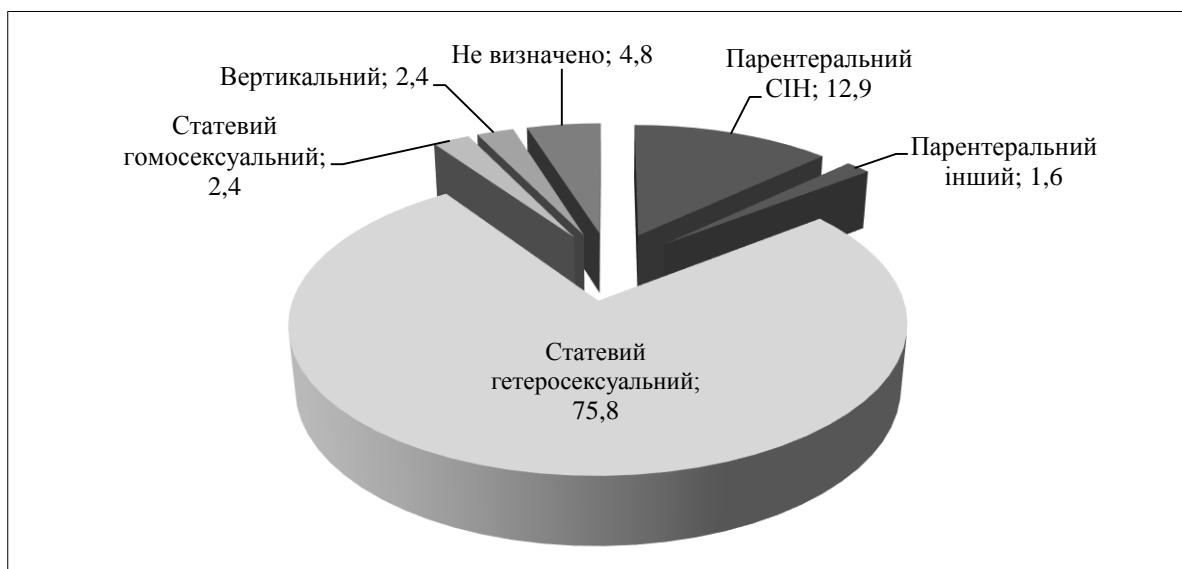
спостерігаються у Великоберезнянському (3,7 на 100 тис. населення), Перечинському (3,1 на 100 тис. населення), Воловецькому (4,1 на 100 тис. населення), Міжгірському (2,1 на 100 тис. населення), Рахівському (4,3 на 100 тис. населення) та Виноградівському (4,1 на 100 тис. населення) районах. Слід зауважити, що за поширеністю СНІДу та ВІЛ-інфекції на картах, наведених на рис. 1 і 3, відмічаються певні відмінності.

Так, при високому рівні поширеності ВІЛ-інфекції в Тячівському районі спостерігається середній рівень поширеності СНІДу; у Воловецькому районі – середній рівень поширеності ВІЛ-інфекції і низький рівень поширеності СНІДу. Проте в Іршавському районі, навпаки, – при низькому рівні поширеності ВІЛ-інфекції виявляється середній рівень поширеності СНІДу. Така ситуація потребує додаткового вивчення та проведення оцінки якості роботи відповідних структур у напрямку протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

У загальній структурі ВІЛ-інфікованих, які перебували на обліку станом на 01.01.2016 р., хворі на СНІД становили 29,5%. Розподіл хворих на СНІД за шляхами інфікування наведено на рис. 4.



**Рис. 3.** Поширеність СНІДу в розрізі адміністративно-територіальних одиниць станом на 01.01.2016 р. (на 100 тис. населення)



**Рис. 4.** Шляхи інфікування хворих на СНІД станом на 01.01.2016 р. (%)

За даними рис. 4, у структурі за шляхами інфікування серед хворих на СНІД найбільшу частку становлять інфіковані статевим гетеросексуальним шляхом (75,8%). Серед хворих на СНІД 12,9% інфіковані парентеральним шляхом при вживанні ін'єкційних наркотиків, у 4,8% осіб шлях інфікування не визначено,

2,4% – статевим гомосексуальним, 1,6% – парентеральним при інших немедичних маніпуляціях. Діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, у структурі хворих на СНІД становлять 2,4%.

Статеві-віковий розподіл хворих на СНІД наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

Статтєво-віковий розподіл хворих на СНІД станом на 01.01.2016 р.

Віковий розподіл	Усього		Чоловіки		Жінки	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Перебували під наглядом станом на 01.01.2016 р., у т.ч. особи віком:	124	100,0	83	66,9	41	33,1
0–14 років	4	3,2	2	50,0	2	50,0
15–17 років	1	0,8	1	100,0	0	100,0
18–24 роки	6	4,8	3	50,0	3	50,0
25–49 років	102	82,3	67	65,7	35	34,3
від 50 років	11	8,9	10	90,9	1	9,1

За даними таблиці 2, у віковому розподілі хворих на СНІД найбільшу частку займають особи віком 25–49 років, за статтю – чоловіки (66,9%).

Отже, у 2015 р. порівняно з 2005 р. показник поширеності ВІЛ-інфекції зріс у 4 рази, а СНІДу – у 5 разів. ВІЛ-інфекція реєструється в усіх регіонах області. Найбільш уражені м. Ужгород, Хустський, Свалявський, Мукачівський та Тячівський райони області. Провідним шляхом інфікування є статевий гетеросексуальний. Найбільшу частку ВІЛ-інфікованих становлять особи вікової категорії 25–49 років. За статевим розподілом превалюють чоловіки. Майже 40% ВІЛ-інфікованих дорослих віком від 15 років перебувають у III та IV клінічних стадіях.

Розглянемо динаміку захворюваності на ВІЛ-інфекцію за 2005–2015 рр. у групах адміністративно-територіальних одиниць, розподілених за рівнем поширеності ВІЛ-інфекції.

Так, високий рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію спостерігається у м. Ужгород, Хустському, Свалявському, Мукачівському і Тячівському районах, середній – в Ужгородському, Березівському, Рахівському, Воловецькому районах, низький – в Іршавському, Виноградівському, Перечинському, Великоберезнянському та Міжгірському районах (табл. 3).

Таблиця 3

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію в розрізі адміністративно-територіальних одиниць Закарпатської області за 2005–2015 рр. (на 100 тис. населення)

Місто/ район	Рік											Середній показник
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
м. Ужгород	10,45	5,23	3,48	8,72	6,10	5,22	7,83	12,18	9,60	10,51	10,54	8,2±2,4
Хустський район	6,30	6,30	11,02	10,26	7,10	7,10	10,24	14,94	7,06	11,76	8,63	9,2±2,3
Свалявський район	1,86	1,86	5,59	3,73	11,21	3,73	1,86	1,86	14,84	7,41	11,11	5,9±3,8
Мукачівський район	1,10	1,65	2,75	0,55	5,46	10,89	8,14	5,94	2,16	5,90	7,50	4,7±2,8
Тячівський район	1,75	0,00	6,41	2,91	2,91	5,22	2,31	9,80	8,05	9,74	8,01	5,2±2,9
<i>Р-ни з високим рівнем показника</i>	4,0	2,8	5,7	4,8	5,7	7,1	6,4	9,5	7,0	9,0	8,7	6,4±1,7
Ужгородський район	1,32	0,00	0,00	1,31	2,61	5,19	3,87	1,28	6,36	10,10	3,77	3,3±2,4
Берегівський район	1,30	0,00	0,00	0,00	1,31	0,00	9,20	6,57	9,20	6,59	2,65	3,3±3,3
Рахівський район	1,10	1,10	3,31	4,42	1,10	4,41	3,29	7,64	6,53	2,17	3,24	3,5±1,6
Воловецький район	0,00	0,00	12,18	4,08	0,00	8,20	8,16	0,00	0,00	0,00	0,00	3,0±3,8



<i>Р-ни із середнім рівнем показника</i>	1,1	0,4	2,2	2,2	1,5	3,7	5,6	4,8	6,6	5,5	2,9	3,3±1,7
Виноградівський район	3,40	1,70	0,00	2,55	3,39	4,23	1,68	1,67	9,99	0,83	1,65	2,8±1,8
Велико-березнянський район	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,76	0,00	11,24	3,75	0,00	1,7±2,5
Іршавський район	0,00	0,00	0,00	0,00	2,02	0,00	2,02	2,01	1,00	5,01	4,00	1,5±1,4
Міжгірський район	6,18	2,06	0,00	4,13	2,07	0,00	2,08	6,25	0,00	0,00	0,00	2,1±1,9
Перечинський район	0,00	0,00	0,00	0,00	6,39	3,18	0,00	0,00	3,14	6,25	0,00	1,7±2,2
<i>Р-ни з низьким рівнем показника</i>	2,2	0,9	0,0	1,5	2,8	1,9	1,9	2,2	5,2	2,8	1,8	1,8±0,6*
Область	2,90	1,77	3,47	3,39	4,03	4,99	5,06	6,56	6,47	6,61	5,65	4,6±1,4

Примітка: \* – середній показник розраховано без даних за 2013 р., які значно вищі, ніж в інші роки.

За даними таблиці 3, показник захворюваності в регіонах із високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції у 2015 р. зріс у 2,2 разу порівняно з 2005 р. і склав 8,7 на 100 тис. населення. Середній показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію – 6,4±1,7 на 100 тис. населення, який вищий за середньообласний (4,6±1,4 на 100 тис. населення).

У регіонах із середнім рівнем поширеності ВІЛ-інфекції у 2015 р. показники захворюваності протягом 2005–2015 рр. були нерівномірними, середній показник склав 3,3±1,7 на 100 тис. населення.

Середній показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в регіонах із низьким рівнем поширеності ВІЛ-інфекції у 2015 р. становив 1,8±0,6 на 100 тис. населення. Слід зазначити, що показник за 2013 р. значно вищий за значення інших років, тому його не включено в розрахунок середнього.

Характеристика показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію в групах регіонів області, розподілених за рівнями поширеності ВІЛ-інфекції станом на 01.01.2016 р., та їх динаміка наведені в таблиці 4 та на рис. 6.

Таблиця 4  
Внесок регіонів області,  
розподілених за рівнями поширеності ВІЛ-інфекції станом на 01.01.2016 р.,  
у показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію за 2005–2015 рр.

Рік	Показник	Райони з високим рівнем	Райони із середнім рівнем	Райони з низьким рівнем
2005	абс.	26	3	7
	%	72,22	8,33	19,44
2006	абс.	18	1	3
	%	81,82	4,55	13,64
2007	абс.	37	6	0
	%	86,05	13,95	0,00
2008	абс.	31	6	5
	%	73,81	14,29	11,90
2009	абс.	37	4	9
	%	74,00	8,00	18,00
2010	абс.	46	10	6
	%	74,19	16,13	9,68
2011	абс.	42	15	6
	%	66,67	23,81	9,52
2012	абс.	62	13	7
	%	75,61	15,85	8,54

2013	абс.	46	18	17
	%	56,79	22,22	20,99
2014	абс.	59	15	9
	%	71,08	18,07	10,84
2015	абс.	57	8	6
	%	80,28	11,27	8,45
Середній показник, %		73,9±5,2	14,2±4,5	11,9±4,4

За даними таблиці 4, основний внесок у показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію за 2005–2015 рр. був за регіонами, які мали високий рівень поширеності ВІЛ-інфекції станом на 01.01.2016 р., середній показник – 73,9±5,2%. Внесок регіонів із середнім і низьким рівнями

поширеності ВІЛ-інфекції станом на 01.01.2016 р. у показники захворюваності за 2005–2015 рр. був незначним і приблизно однаковим, середні показники – 14,2±4,5% та 11,9±4,4% відповідно.

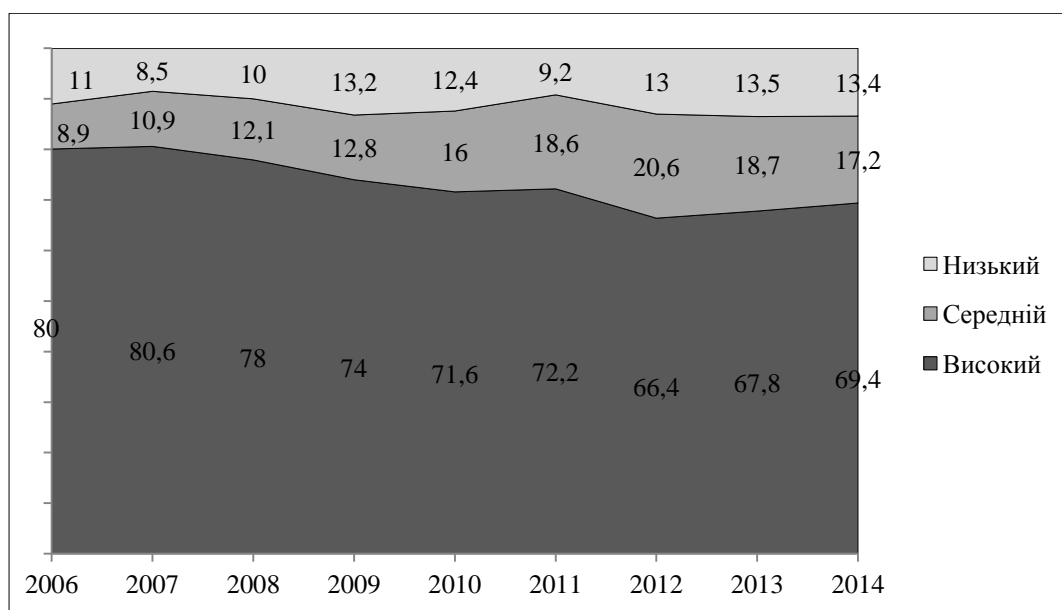


Рис. 6. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за 2005–2015 рр. у групах регіонів області, розподіленіх за рівнями поширеності хвороби станом на 01.01.2016 р. (%)

На рис. 6 наведено дані, розраховані за допомогою метода змінної середньої. На початку проаналізованого періоду основний внесок у показник захворюваності на ВІЛ по області був за регіонами, які мали високий рівень поширеності ВІЛ-інфекції станом на 01.01.2016 р. (80,0%). Поступово частка їх внеску знизилась до 69,4%, при цьому в захворюваності на ВІЛ-інфекцію зросла частка внеску регіонів із середнім рівнем поширеності ВІЛ-інфекції станом на 01.01.2016 р. (з 8,9% до 17,2%) та низьким рівнем поширеності ВІЛ-інфекції станом на 01.01.2016 р. (з 11,0 до 13,4%).

До групи регіонів із високим рівнем поширеності СНІДу станом на 01.01.2016 р. увійшли м. Ужгород, Хустський, Свалявський та Мукачівський райони, із середнім рівнем – Ужгородський, Березівський, Іршавський та Тячівський райони, з низьким рівнем – Виноградівський, Великоберезнянський, Рахівський, Міжгірський, Воловецький та Перечинський райони.

Внесок вищезазначених груп районів за показником захворюваності на СНІД у загальну захворюваність на СНІД наведено в таблиці 6.

Таблиця 6

Внесок регіонів області, розподіленіх за рівнями поширеності СНІДу станом на 01.01.2016 р., у показники захворюваності на СНІД за 2005–2015 рр.

Рік	Показник	Р-ни з високим рівнем	Р-ни із середнім рівнем	Р-ни з низьким рівнем
2005	абс.	11	3	0
	%	78,6	21,4	0

2006	абс.	5	0	1
	%	83,3	0	16,7
2007	абс.	3	0	0
	%	100	0	0
2008	абс.	4	0	1
	%	80	0	20
2009	абс.	4	0	1
	%	80	0	20
2010	абс.	2	0	1
	%	66,7	0	33,3
2011	абс.	6	2	1
	%	66,7	22,2	11,1
2012	абс.	21	7	4
	%	65,6	21,9	12,5
2013	абс.	22	14	7
	%	51,2	32,6	16,3
2014	абс.	25	19	4
	%	52,1	39,6	8,3
2015	абс.	36	14	2
	%	69,2	26,9	3,8
Середній показник, %		72,1±11,1	27,4±5,8	15,8±6,1

### Висновки

Закарпатська область є регіоном із найнижчим рівнем поширеності ВІЛ/СНІДу, однак хворобою охоплені всі адміністративні території регіону. За період 2005–2015 рр. показник поширеності ВІЛ-інфекції зріс в 4 рази і становив 33,51 на 100 тис. населення. Провідним шляхом інфікування є статевий гетеросексуальний (75,3%). Найбільша частка серед диспансерної групи припадає на осіб віком 25–49 років (75,8%). У статевій

структурі ВІЛ-інфікованих чоловіки становлять 52,3%, а жінки – 47,7%. Серед адміністративних територій найбільш уражені СНІДом м. Ужгород, Свалявський, Мукачівський та Хустський райони. Високий рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію спостерігається у м. Ужгород, Свалявському, Мукачівському і Тячівському районах.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням рівня стигми та дискримінації щодо ЛЖВ.

### Література

1. *ВІЛ-інфекція в Україні* : інформ. бюлетень № 30. – Київ : МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2008. – 19 с.
2. *ВІЛ-інфекція в Україні* : інформ. бюлетень № 41. – Київ : МОЗ України, Укр. центр контролю за соціально небезпечними хворобами, 2014. – 95 с.
3. *Глобальна статистика ВІЧ/СПИДа* : інформ. бюлетень. 2014 / ЮНЭЙДС, 2014. – 7 с.
4. *Глобальний доклад: доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа, 2012* / ЮНЭЙДС, каталог публикаций ВОЗ: JС2417R, 2013. – 212 с.
5. *Гукалова И. В.* Особенности распространения ВІЧ/СПИД в Украине: социально-географический контекст беды и устойчивое развитие / И. В. Гукалова // *Актуальные инфекции: профилактика, диагностика, контроль.* – 2006. – № 1. – С. 58–66.
6. *Щербинська А. М.* Стратегічне планування національних заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІДу та програми профілактики, що реалізуються в Україні за підтримки міжнародних організацій / А. М. Щербинська, С. А. Філіпович // *Медичний всесвіт.* – 2003. – № 1. – С. 28–33.
7. *Guidelines on Surveillance Among Populations Most at Risk for HIV.* – WHO/UNAIDS, 2011. – 57 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.05.2016 р.

**Анализ эпидемиологической ситуации  
по ВИЧ-инфекции/СПИДу в Закарпатской области**

*Г.А. Слабкий<sup>1</sup>, В.И. Билак–Лукьянчук<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
МЗ Украины», г. Киев, Украина

<sup>2</sup>Закарпатский центр профилактики и борьбы  
со СПИДом, г. Ужгород, Украина

**Цель** – изучить и проанализировать состояние  
эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции/СПИДу  
в Закарпатской области за 2005–2015 гг.

**Материалы и методы.** Использованы данные форм  
государственной статистической отчетности:  
Форма № 2 – ВИЧ/СПИД (годовая), утвержденная  
совместным приказом МЗ Украины и Государственного  
комитета статистики Украины от 24.12.2004 г. № 640/663;  
Форма № 2 – ВИЧ/СПИД (годовая), утвержденная  
приказом МЗ Украины от 05.03.2013 г. № 180 за период  
2005–2015 гг.

**Результаты.** Закарпатская область является  
регионом с самым низким уровнем распространенности  
ВИЧ/СПИДа, но болезнью охвачены все  
административные территории региона. За период  
исследования показатель распространенности ВИЧ-  
инфекции повысился в 4 раза и составил 33,51 на 100 тыс.  
населения. Основным путем инфицирования является  
половой гетеросексуальный (75,3%). В диспансерной  
группе наибольшую часть занимают лица в возрасте 25–  
49 лет (75,8%). В половой структуре ВИЧ-  
инфицированных мужчины составляют 52,3%, а  
женщины – 47,7%. Среди административных территорий  
наиболее поражены ВИЧ/СПИДом г. Ужгород,  
Свалявский, Мукачевский и Хустский районы. Высокий  
уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией наблюдается в  
г. Ужгород, Свалявском, Мукачевском и Тячевском  
районах.

**Выводы.** Представлен анализ эпидситуации по  
ВИЧ/СПИДу в Закарпатской области, который  
свидетельствует об ее ухудшении за годы исследования.

**Ключевые слова:** ВИЧ/СПИД, эпидемиологическая  
ситуация, Закарпатская область.

**An analysis of the epidemiological situation  
of HIV/AIDS in the Transcarpathian region**

*G.O. Slabkyi<sup>1</sup>, V.Y. Bilak–Lukianchuk<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches  
MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>Transcarpathian center for prevention  
and control of AIDS, Uzhhorod, Ukraine

**Purpose** – to study and analyze the state of the  
epidemiological situation of HIV/AIDS in the  
Transcarpathian region for 2005–2015 years.

**Materials and methods.** The data of the state statistical  
reporting forms: Form № 2 – HIV/AIDS (annual), approved  
by the joint order of Ministry of Health of Ukraine and the  
State Statistics Committee of Ukraine from 24.12.2004  
№ 640/663; Form № 2 - HIV/AIDS (annual), approved by the  
Ministry of Health of Ukraine Order of 05.03.2013, № 180  
for the period 2005–2015.

**Results.** Transcarpathian region is the region with the  
lowest prevalence of HIV/AIDS, but the disease covers all the  
administrative territories of the region. During the study  
period, the prevalence of HIV infection has increased in 4  
times and amounted to 33.51 per 100 thousand. Population.  
The main route of infection is heterosexual sex (75.3%). The  
dispensary group occupy the largest part of those aged 25–  
49 years (75.8%). The sex structure of HIV-infected men  
make up 52.3%, and women – 47.7%. Among administrative  
areas most affected by HIV/AIDS Uzhhorod, Svalyava,  
Mukachevo and Khust districts. High incidence of HIV  
infection observed in Uzhhorod, Svalyava, Mukachevo and  
Tyachiv districts.

**Conclusions.** The analysis of the epidemiological  
situation of HIV/AIDS in the Transcarpathian region, which  
is indicative of its deterioration over the years of study.

**Key words:** HIV/AIDS epidemiological situation,  
Transcarpathian region.

**Відомості про авторів**

**Слабкий Геннадій Олексійович** – д.мед.н., проф., в.о. директора ДУ «Український інститут стратегічних досліджень  
МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Білак–Лук'янчук Вікторія Йосипівна** – зав. центру моніторингу і оцінки Закарпатського центру профілактики та  
боротьби із СНІДом; вул. Другетів, 72, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 614.4:616.98:616-054.72

І.С. Миронюк

## ОПТИМІЗОВАНА СИСТЕМА ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ В СЕРЕДОВИЩІ ТРУДОВИХ МІГРАНТІВ ТА ЇХ БЛИЗЬКОГО ОТОЧЕННЯ

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

**Мета** – оцінити ефективність оптимізованої системи рутинного епіднагляду за ВІЛ-інфекцією в середовищі трудових мігрантів та їх близького оточення в Закарпатській області.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано дані 85 регіональних звітних форм № 1 – ВІЛ/СНІД організацій та установ Закарпатської області за період II півріччя 2013 р. – II півріччя 2015 р. після введення в дію оптимізованої системи епіднагляду за ВІЛ у регіоні, а саме окремих кодів обстеження на ВІЛ для трудових мігрантів та їх близького оточення.

**Результати та висновки.** За період спостереження в Закарпатській області обстежено на ВІЛ 5 759 осіб із групи трудових мігрантів (виявлено позитивні результати тесту на антитіла до ВІЛ у 1,2% від обстежених) і 2 389 осіб їх близького оточення (0,2% із них мали позитивні тести). У 2014 р. охоплено тестуванням 1,7% представників групи трудових мігрантів, у 2015 р. – відповідно 1,8%. Запропонована система епіднагляду дає змогу на постійній основі визначати показники охоплення представників даної групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ тестуванням на виявлення серологічних маркерів ВІЛ і проводити оцінку поширеності їх носійства.

**Ключові слова:** система епіднагляду, ВІЛ-інфекція, трудові мігранти.

### Вступ

Представники мобільних популяцій населення, у т.ч. трудові мігранти, визнані ВООЗ групою підвищеного ризику (ГПР) щодо інфікування ВІЛ/ІПСШ на глобальному рівні [1]. В Україні наразі мігранти не включені до офіційного переліку ГПР щодо інфікування ВІЛ, але за наявності визначених критеріїв, зокрема практик ризикованої щодо інфікування ВІЛ поведінки, передбачено можливість включення даної групи населення до переліку ГПР щодо інфікування ВІЛ [5]. Дослідження поширеності поведінкових ризиків інфікування ВІЛ трудових мігрантів – жителів Закарпатської області [2] свідчать, що група трудових мігрантів та особи з їх близького оточення мають високий ризик інфікування ВІЛ статевим шляхом, що стало підставою включення даної групи населення до переліку регіональних ГПР щодо інфікування ВІЛ у Закарпатській області [7].

Існуюча система рутинного епіднагляду за ВІЛ в Україні не передбачає відслідковування охоплення обстеженнями на наявність антитіл до ВІЛ та поширеності інфекції в середовищі трудових мігрантів та їх близького оточення. Зокрема, у формі звітності № 1 – ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за \_\_\_ квартал 20\_\_року» (квартальна) (таблиця 1000 «Результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ, що отримані при проведенні досліджень методами серологічної діагностики ВІЛ-інфекції») єдиним кодом за причинами обстеження на ВІЛ, до якого можна віднести трудових мігрантів та їх близьке оточення, є код 107 – особи з інших груп високого ризику щодо

інфікування ВІЛ, обстежені за епідеміологічними показаннями: трудові мігранти; звільнені з місць позбавлення волі; статеві партнери осіб із груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ; безпритульні та бездомні громадяни; жертви сексуального насильства тощо [6]. Але виокремити саме трудових мігрантів та осіб з їх близького оточення (постійних сексуальних партнерів) серед обстежених за даним кодом неможливо. Водночас, зважаючи на провідну роль у поширенні ВІЛ у Закарпатській області саме серед трудових мігрантів та їх близького оточення [3], впровадження регіональної системи рутинного епіднагляду за ВІЛ саме в даній групі населення є актуальним. З метою оптимізації системи епіднагляду за ВІЛ у регіоні у I півріччі 2013 р. наказом управління охорони здоров'я Закарпатської облдержадміністрації додано до регіональної звітності закладів охорони здоров'я в таблиці 1000 форми № 1 – ВІЛ/СНІД окремі регіональні коди контингентів осіб за причинами обстеження на ВІЛ-інфекцію: код 107-М – трудові мігранти; код 107-МС – статеві партнери трудових мігрантів, які самі ніколи не були трудовими мігрантами.

**Мета роботи** – оцінити ефективність оптимізованої системи рутинного епіднагляду за ВІЛ-інфекцією в середовищі трудових мігрантів та їх близького оточення в Закарпатській області.

### Матеріали та методи

Проаналізовано дані таблиці 1000 форми № 1 – ВІЛ/СНІД, надані до Закарпатського центру профілактики та боротьби із СНІДом регіональними закладами та організаціями, які проводять обстеження на

наявність антитіл до ВІЛ серед населення області методом імуноферментного аналізу та/або з використанням швидких тестів на ВІЛ за період II півріччя 2013 р. – II півріччя 2015 р. Дану форму звітності в Закарпатській області подають 15 бюджетних закладів охорони здоров'я, 1 приватний медичний центр та 1 неурядова організація. Усього проаналізовано 85 примірників даних форм звітності. Аналіз проведено за такими показниками: обстеження на ВІЛ за кодами

контингентів осіб за причинами обстеження на ВІЛ-інфекцію, у т.ч. регіональними кодами 107-М та 107-МС; із них осіб, в яких виявлено серологічні маркери ВІЛ.

### Результати дослідження та їх обговорення

Результати аналізу даних отриманих форм звітності за період дослідження наведено в таблиці.

Таблиця

**Результати оптимізованого сероепідмоніторингу ВІЛ-інфекції серед трудових мігрантів та їхнього близького оточення в Закарпатській області за період II півріччя 2013 р. – II півріччя 2015 р.**

Код	II півріччя 2013 р.			I півріччя 2014 р.			II півріччя 2014 р.			I півріччя 2015 р.			II півріччя 2015 р.			Разом		
	обстежено, абс.	ВІЛ+		обстежено, абс.	ВІЛ+		обстежено, абс.	ВІЛ+		обстежено, абс.	ВІЛ+		обстежено, абс.	ВІЛ+		обстежено, абс.	ВІЛ+	
		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%
107-М	909	13	1,4	1215	23	1,9	1165	10	0,9	1374	15	1,09	1096	9	0,8	5759	70	1,2
107-МС	455	0	0	493	2	0,4	485	0	0	395	2	0,5	561	1	0,2	2389	5	0,2
Усього	1364	13	0,9	1708	25	1,5	1650	10	0,6	1769	17	0,9	1675	10	0,6	8148	75	0,9

За даними таблиці, за весь період спостереження в Закарпатській області обстежено на наявність серологічних маркерів до ВІЛ 5 759 осіб із групи трудових мігрантів та 2 389 осіб з їхнього близького оточення (постійні статеві партнери). Серед обстежених на ВІЛ трудових мігрантів виявлено первинно позитивні результати тесту на антитіла до ВІЛ у 70 осіб, що склало 1,2% від обстежених. У групі осіб із близького оточення поширеність виявлення серологічних маркерів ВІЛ була значно меншою – 0,2%. При аналізі за періодами дослідження встановлено, що поширеність виявлення первинно позитивних тестів на ВІЛ серед трудових мігрантів коливалася від 0,8% у II півріччі 2013 р. до 1,9% у I півріччі 2014 р. Найвищий показник поширеності позитивних тестів на ВІЛ серед обстежених осіб із близького оточення трудових мігрантів зафіксовано у I півріччі 2015 р. (із 395 осіб, обстежених за кодом 107-МС виявлено антитіла до ВІЛ у 2 осіб, що склало 0,5% від обстежених).

Отримані дані дали змогу провести оцінку показника охоплення представників даної регіональної ГПР щодо інфікування ВІЛ послугами консультування та тестування на ВІЛ. Зважаючи на те, що в Україні немає офіційних даних щодо чисельності осіб, які виїждять за межі регіону постійного проживання з метою тимчасового працевлаштування, необхідно проводити аналіз охоплення представників групи трудових мігрантів тестуванням на ВІЛ, базуючись на даних їхньої оціночної чисельності. За результатами наших попередніх

досліджень, оціночна чисельність трудових мігрантів у Закарпатській області становить 138 824 особи (17,0% від дорослого населення області) [4]. При порівнянні даних нашого дослідження з оціночною кількістю трудових мігрантів у Закарпатській області отримано такі показники охоплення представників даної ГПР тестуванням на ВІЛ: у 2014 р. охоплено тестуванням 1,7% представників групи трудових мігрантів, у 2015 р. – відповідно 1,8%.

### Висновки

Запропонована оптимізована система епіднагляду за ВІЛ-інфекцією в середовищі трудових мігрантів та їхнього близького оточення є ефективним рутинним інструментом оцінки розвитку епідемії в даній групі підвищеного ризику інфікування ВІЛ. Дана система дає змогу на постійній основі, без окремих соціологічно-поведінкових досліджень, визначати показники охоплення представників даної ГПР щодо інфікування ВІЛ тестуванням на виявлення серологічних маркерів ВІЛ і проводити оцінку поширеності їхнього носійства.

### Перспективи подальших досліджень

Аналогічна оптимізація системи рутинного епіднагляду за ВІЛ може бути використана для інших регіональних ГПР щодо інфікування ВІЛ за наявності епідеміологічних показань до її впровадження.

## Література

1. *Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006–2015 гг.* – Женева : ВОЗ, 2007. – 70 с.
2. *Миронюк І. С.* Поведінкові ризики інфікування ВІЛ осіб, пов'язаних з трудовою міграцією / І. С. Миронюк // Профілактична медицина. – 2012. – № 2 (18). – С. 7–10.
3. *Миронюк І. С.* Результати вивчення ролі трудової міграції у поширенні ВІЛ-інфекції в Закарпатті / І. С. Миронюк, В. Й. Шатило // Україна. Здоров'я нації – 2011. – № 1 (17). – С. 58–62.
4. *Миронюк І. С.* Результати оцінки масштабів та напрямків трудової міграції в Закарпатті / І. С. Миронюк // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 2. – С. 5–9.
5. *Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ : наказ МОЗ України від 08.02.2013 р. № 104* [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0323-13>. – Назва з екрана.
6. *Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення : наказ МОЗ України від 05.03.2013 р. № 180* [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0495-13>. – Назва з екрана.
7. *Протокольне рішення № 3 за 2011 рік засідання обласної Координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції (08 липня 2011 року)* [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.no-aids.uz.ua>. – Назва з екрана.

*Дата надходження рукопису до редакції: 25.05.2016 р.*

**Оптимизированная система эпиднадзора  
за ВИЧ-инфекцией в среде трудовых мигрантов  
и их близкого окружения**

*И.С. Миронюк*

Закарпатский центр профилактики  
и борьбы со СПИДом, г. Ужгород, Украина

**Цель** – оценить эффективность оптимизированной системы рутинного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в среде трудовых мигрантов и их близкого окружения в Закарпатской области.

**Материалы и методы.** Проведен анализ данных 85 региональных отчетных форм № 1 – ВИЧ/СПИД организаций и учреждений Закарпатской области за период II полугодие 2013 г. – II полугодие 2015 г. после введения в действие оптимизированной системы эпиднадзора за ВИЧ в регионе, а именно отдельных кодов обследования на ВИЧ для трудовых мигрантов и их близкого окружения.

**Результаты и выводы.** За период наблюдения в Закарпатской области обследованы на ВИЧ 5 759 человек из группы трудовых мигрантов (выявлены положительные результаты теста на антитела к ВИЧ у 1,2% от обследованных) и 2 389 лиц их близкого окружения (0,2% из них имели положительные тесты). В 2014 г. охвачены тестированием 1,7% представителей группы трудовых мигрантов от оценочного количества, в 2015 г. – соответственно 1,8%. Предложенная система эпиднадзора позволяет на постоянной основе определять показатели охвата представителей данной группы повышенного риска по инфицированию ВИЧ тестированием на выявление серологических маркеров ВИЧ и проводить оценку распространенности их носительства.

**Ключевые слова:** система эпиднадзора, ВИЧ-инфекция, трудовые мигранты.

**Optimized surveillance for HIV infection  
among labor migrants and their close environment**

*I.S. Myroniuk*

Transcarpathian Center of prevention  
and fight against AIDS, Uzhhorod, Ukraine

**Purpose** – to evaluate the effectiveness of the optimized system routine surveillance of HIV among labor migrants and their close associates in the Transcarpathian region.

**Materials and methods.** The analysis of these 85 regional reporting forms № 1 – HIV/AIDS Transcarpathian region for the period of II half of the organizations and agencies in 2013 – II half of 2015 following the introduction of an optimized surveillance system for HIV in the region, namely specific HIV testing code for migrant workers and their inner circle.

**Results and conclusions.** During the period of observation in the Transcarpathian region tested for HIV 5,759 people from the group of migrant workers (revealed positive test results for HIV antibodies in 1.2% of the surveyed) and 2389 individuals of their close environment (0.2% of them had positive tests). In 2014 testing covered 1.7% of the representatives of the group of migrant workers from the estimated number, in 2015 – 1.8%, respectively. The proposed surveillance system allows to permanently identify indicators of coverage of representatives of the high-risk group for HIV infection tests to detect HIV serological markers and to assess the prevalence of the carrier state.

**Key words:** surveillance system, HIV infection, labor migrants.

**Відомості про автора**

**Миронюк Іван Святославович** – к.мед.н., головний лікар Закарпатського центру профілактики та боротьби із СНІДом; вул. Другетів, 72, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.



УДК 616.12-008.331.1:612.8.018

В.О. Ярош

## ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ РІВНЕМ МОЗКОВОГО НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПРОПЕПТИДУ ТА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ, УСКЛАДНЕНУ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ, Україна

**Мета** – встановити зв'язок між рівнем мозкового натрійуретичного пропептиду і морфофункціональним станом серця, судин та нирок у хворих на гіпертонічну хворобу, ускладнену хронічною серцевою недостатністю зі збереженою фракцією викиду.

**Матеріали та методи.** Обстежено 92 хворих на гіпертонічну хворобу II стадії у віці 60–79 років. Методом доплерокардіографії вивчено структурно-функціональний стан серця, судинно-рухову функцію ендотелію. Визначено рівні мозкового натрійуретичного пропептиду та креатиніну.

**Результати.** Встановлено переважання концентричного типу гіпертрофії лівого шлуночка у хворих з ускладненою гіпертонічною хворобою, збільшення розміру лівого передсердя, наростання тиску в легеневій артерії з тенденцією до розширення правого шлуночка порівняно з групою контролю. Виявлено зв'язок між підвищенням рівня мозкового натрійуретичного пропептиду і зниженням толерантності до фізичних навантажень.

**Висновки.** Рівень мозкового натрійуретичного пропептиду у хворих на ускладнену гіпертонічну хворобу підвищується в міру наростання тяжкості хронічної серцевої недостатності. Встановлено зв'язок між збільшенням рівня мозкового натрійуретичного пропептиду і порушенням діастолічної функції лівого шлуночка, розширенням лівого передсердя і погіршенням функціонального стану нирок.

**Ключові слова:** гіпертонічна хвороба, мозковий натрійуретичний пропептид, хронічна серцева недостатність зі збереженою фракцією викиду, діастолічна дисфункція.

### Вступ

Хронічна серцева недостатність (ХСН) зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ХСНзФВ) займає близько 50% у загальній структурі синдрому, коливаючись у межах 40–71%, за даними різних досліджень [1, 7, 8]. Діагностика ХСН як зі зниженою, так і зі збереженою фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ) базується на виявленні клінічних проявів, даних інструментальних та лабораторних досліджень, зокрема, на визначенні рівня мозкового натрійуретичного пептиду (МНУП) або його амінотермінального попередника Nt-proMНУП у крові [1, 8]. При серцевій недостатності зі зниженою ФВ підвищений рівень МНУП асоціюється з виразністю порушення систолічної функції міокарда [15]. Водночас, у хворих зі збереженою ФВ відмічається певна гетерогенність – у значному відсотку випадків визначаються нормальні значення МНУП, особливо на ранніх етапах захворювання. Існують дослідження, що в разі збереженої ФВ підвищення тиску наповнення ЛШ корелює зі зростанням рівня МНУП [5]. Однак неоднозначними є дані щодо взаємозв'язку між рівнем МНУП, толерантністю до фізичного навантаження та прогресуванням діастолічної дисфункції, підтвердження

якої за даними ехокардіографічного дослідження є обов'язковим компонентом при діагностиці ХСНзФВ [1, 8, 15].

**Мета роботи** – визначити особливості структурної перебудови серця у хворих літнього віку з гіпертонічною хворобою (ГХ) і початковими стадіями ХСНзФВ, а також їх зв'язок із рівнем МНУП залежно від тяжкості ХСН.

### Матеріали та методи

Обстежено 92 хворих на ГХ II стадії з артеріальною гіпертензією 2-го та 3-го ступенів, віком 60–79 років. На основі клінічних симптомів, які свідчать про наявність серцевої недостатності, та даних ехокардіографічного дослідження хворі були розподілені на дві групи. До першої групи увійшли хворі на ГХ без клінічних ознак ХСН (n=30), до другої – на ГХ, ускладнену ХСНзФВ лівого шлуночка (n=62). Оцінка функціонального класу (ФК) хворих на ХСН проведена за результатом тесту шестихвилинної ходи. Функціональний клас за NYHA визначений як 0 при дистанції >550 м, I ФК – 426–550 м, II ФК – 301–425 м, III ФК – 151–300 м, IV ФК – <150 м [14].

Проведено двомірну ехокардіографію та доплерографічне дослідження на апараті «Xario

SSA-660A» фірми «Toshiba» (Японія) за стандартною методикою з опцією тканинної доплерографії [2]. Вивчено такі показники: кінцево систолічний розмір та об'єм (КСР, КСО відповідно) і кінцево діастолічний розмір та об'єм (КДР, КДО) ЛШ, систолічний розмір лівого передсердя (ЛП), товщину задньої стінки ЛШ (ТЗСЛШ) і товщину міжшлуночкової перегородки (ТМШП). Розраховано масу міокарда ЛШ (ММЛШ), відносну товщину стінки ЛШ (ВТС ЛШ) та ФВ [6]. Визначено дилатацію ЛП при його систолічному розмірі >4,0 см, правого шлуночка (ПШ) – >3,0 см. При аналізі трансмітрального потоку визначено максимальну швидкість раннього (Е) і пізнього (А) наповнення ЛШ та їх співвідношення (Е/А), час сповільнення потоку раннього наповнення (DT) і час ізовольмічної релаксації ЛШ (IVRT). Виконано імпульсно-хвильову тканинну доплерографію з апікального доступу для отримання швидкостей руху мітрального кільця [16]. Визначено ранню (Е') та пізню (А') діастолічну швидкість мітрального кільця та їх співвідношення (Е'/А'), розраховано показник співвідношення Е/Е'. При величинах 15 і більше даний показник може бути єдиним параметром, що свідчить про наявність діастолічної дисфункції, при його коливаннях у межах 8–15 потрібна наявність додаткових ехокардіографічних критеріїв [1, 8].

Розраховано систолічний тиск у легеневій артерії (СТ<sub>ЛА</sub>) за максимальним градієнтом трикуспідальної регургітації з урахуванням систолічного тиску у правому передсерді. Така оцінка тісно корелює з інвазивно встановленим середнім тиском у легеневій артерії. Нормальними вважають значення, що не перевищують 25 мм рт. ст. Легка легенева гіпертензія (1-й ступінь) встановлюється при значеннях 25–45 мм рт. ст., помірна (2-й ступінь) – 46–60 мм рт. ст., виражена (3-й ступінь) – ≥60 мм рт. ст. [3, 12].

Проведено оцінку ендотеліязалежної вазодилатації (ЕЗВД) по зміні діаметра плечової артерії при реактивній гіперемії за методикою, описаною D. Celermajer і співавторами [10].

Визначено рівень Nt-proМНУП (пропептиду) методом імуноферментного аналізу з використанням тест-системи Biomedica (Німеччина).

Проведено аналіз і статистичну обробку результатів за допомогою програмного пакету Statistica 6.1 for Windows. Розраховано середні величини (М), їх середні стандартні похибки (m) та довірчий інтервал. Проведено порівняльний статистичний аналіз між двома сукупностями параметричним методом (t-критерій Стьюдента для пов'язаних і непов'язаних вимірювань). Встановлено наявність взаємозв'язків між окремими показниками із застосуванням кореляційного аналізу. При значеннях  $p < 0,05$  розбіжності вважали статистично достовірними.

### Результати дослідження та їх обговорення

У хворих на ХСН порівняно з пацієнтами з неускладненою ГХ була вірогідно підвищеною плазмова концентрація Nt-proМНУП – 208,8±45,2 пг/мл проти

86,1±15,7 пг/мл. Слід зазначити, що в жодного хворого з неускладненою ГХ рівень Nt-proМНУП не перевищував межу нормальних значень, що становить 125 пг/мл. Водночас, хворі з ХСНзФВ були більш гетерогенною групою за цим показником: у кожного третього він знаходився в межах нормальних значень. Той факт, що хворі на ХСН саме з порушенням діастолічної функції ЛШ на ранніх етапах серцевої недостатності демонструють «нормальний» рівень Nt-proМНУП, відмічений іншими дослідниками [4, 9, 15].

При виділенні підгрупи пацієнтів із ХСН і нормальними значеннями натрійуретичного пептиду встановлено, що у 31% із них відмічалася ХСН І ФК NYHA, у 69% – II ФК NYHA. Водночас, серед пацієнтів зі значеннями Nt-proМНУП >125 пг/мл у жодного хворого не спостерігалася ХСН І ФК NYHA, у 83% – II ФК NYHA, у 17% – III ФК NYHA. Виявлено відмінності в значеннях пройденої дистанції за результатами тесту шестихвилинної ходьби залежно від розподілу за рівнем Nt-proМНУП. У хворих з II ФК NYHA та Nt-proМНУП <125 пг/мл вона становила 390±9,7 м, а в групі хворих із рівнем Nt-proМНУП >125 пг/мл – 374±4,9 м ( $p < 0,1$ ). Концентрації натрійуретичного пептиду та Nt-proМНУП підвищуються зі зростанням тяжкості серцевої недостатності [13, 15]. За нашими даними, це відбувалося на ранніх етапах ХСНзФВ, особливо відчутно, починаючи з II ФК за NYHA.

При вивченні морфофункціонального стану серця виявлено не збільшені розміри порожнини ЛШ у пацієнтів обох груп (табл. 1). При цьому маса міокарда ЛШ та індекс ММЛШ були достовірно вищими у групі ХСНзФВ при співставних високих значеннях відносної товщини ЛШ, що свідчило про ремоделювання ЛШ переважно за типом концентричної гіпертрофії.

Таблиця 1

**Показники морфофункціонального стану серця та судинно-рухової функції ендотелію в пацієнтів із гіпертонічною хворобою та у хворих на гіпертонічну хворобу, ускладнену хронічною серцевою недостатністю зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка, М±m**

Показник	ГХ (n=30)	ГХ + ХСНзФВ (n=62)
ЛП, см	3,65±0,10	3,82±0,09
КДР ЛШ, см	4,68±0,16	4,88±0,10
КСР ЛШ, см	2,73±0,15	2,89±0,12
КДО ЛШ, мл	93,6±6,8	92,2±5,3
КСО ЛШ, мл	36,1±3,5	37,5±3,0
ВТС ЛШ, ум. од.	0,5±0,02	0,51±0,03
ММЛШ, г	226,7±19,3	265,6±12,1*
ІММЛШ, г/м <sup>2</sup>	113,1±8,5	133,8±4,2*
ФВ ЛШ, %	63,1±1,1	60,9±2,1
ПШ, см	2,87±0,07	3,04±0,05
СТ <sub>ЛА</sub> , мм рт. ст.	20,7±1,4	28,1±1,4*
IVRT, мс	84,7±6,0	116,1±5,6*

DT, мс	204,4±12,1	208,1±9,0
Е/А, ум. од.	0,92±0,06	0,84±0,03*
Е/Е', ум. од.	5,9±0,4	10,6±0,5*
ЕЗВД, %	9,6±1,3	6,8±0,8*

Примітка: \* –  $p < 0,05$  порівняно зі значеннями показників у групі ГХ.

При проведенні кореляційного аналізу в групі хворих на ГХ, необтяжену ХСНзФВ, не встановлено значущих зв'язків між концентрацією Nt-proMНУП і параметрами морфофункціонального стану серця. Водночас, у групі хворих із ХСН зі зростанням у крові концентрації Nt-proMНУП збільшувалися розміри ЛП ( $r=0,43$ ,  $p<0,02$ ). Як відомо, збільшення камери ЛП є маркером порушення діастолічної функції серця [1, 8]. Встановлений зв'язок вказує на включення ЛП у патогенетичну ланку переходу від латентної діастолічної дисфункції до маніфестної серцевої недостатності.

При аналізі скоротливої функції ЛШ не виявлено достовірних відмінностей між групами: вона знаходилась у межах нормальних значень (ФВ ЛШ  $>45\%$ ).

Прогресування ХСН із притаманними їй порушеннями інтракардіальної гемодинаміки поєднуються з розвитком і зростанням у міру підвищення ФК ХСН легеневої гіпертензії (ЛГ). В обстежених нами хворих на неускладнену ГХ значення систолічного тиску в легеневій артерії (ЛА) не перевищували верхню границю норми. У хворих на ГХ, ускладнену ХСН, у середньому по групі СТ<sub>ЛА</sub> на 40% перевищував значення порівняно з хворими контрольної групи. При цьому в кожного третього хворого з ХСН встановлено ЛГ 1-го ступеня. При вирішенні питання значущості виявленого нами підвищення тиску в ЛА слід брати до уваги включення в патогенетичну ланку прогресування серцевої недостатності ПШ. Оскільки виразність як ЛГ, так і зростання розмірів ПШ асоціюються з підвищенням смертності [11]. За даними таблиці 1, у хворих на ХСНзФВ виявлено тенденцію до збільшення розмірів ПШ. При індивідуальному аналізі в разі серцевої недостатності більш ніж у половини хворих значення ПШ виходили за верхню межу нормальних значень.

Показник співвідношення максимальних швидкостей раннього та пізнього діастолічного наповнення (Е/А), що є показником діастолічної дисфункції, був зниженим в обох групах. У сучасних міжнародних і національних рекомендаціях як глобальний показник діастолічної дисфункції розглядається співвідношення Е/Е'. За даними таблиці 1, у хворих на неускладнену ГХ цей показник знаходився в

межах нормальних значень ( $<8$  ум. од.), а у хворих із ХСНзФВ він був вірогідно підвищеним (на 79%).

Ще один важливий патогенетичний фактор серцевої недостатності – порушення функціонального стану судинного ендотелію [1]. Нами виявлено тенденцію між зниженням ендотеліозалежної вазодилатації та зростанням рівня натрійуретичного пептиду ( $r=-0,30$ ,  $p<0,1$ ).

У хворих із ХСН порівняно з пацієнтами з неускладненою ГХ реєструвалися більш високі плазмові концентрації креатиніну, тоді як швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) знижувалася (табл. 2).

Таблиця 2

**Рівні креатиніну та швидкість клубочкової фільтрації у пацієнтів із гіпертонічною хворобою та у хворих на гіпертонічну хворобу, ускладнену хронічною серцевою недостатністю зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка,  $M \pm m$**

Показник	ГХ (n=30)	ГХ + ХСНзФВ (n=62)
Креатинін, ммоль/л	78,7±2,9	86±2,8
ШКФ, мл/хв	94,6±4,5	71,8±3,2

Встановлена від'ємна залежність між концентрацією Nt-proBNP та ШКФ ( $r=-0,39$ ,  $p<0,03$ ) свідчить про паралелізм між зростанням тяжкості серцевої недостатності та погіршенням функціонального стану нирок вже на початкових стадіях ХСН, коли рівень креатиніну ще знаходиться в межах нормальних значень.

### Висновки

Таким чином, результати вивчення рівнів натрійуретичного пропептиду у хворих на ГХ, ускладнену ХСНзФВ, свідчать, що його рівень підвищується в міру зростання тяжкості ХСН. Має місце паралелізм між зростанням рівня Nt-proMНУП і порушенням діастолічної функції ЛШ, розширенням ЛП і ПШ, погіршенням функціонального стану нирок і судинного ендотелію.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у вивченні структурних змін серця, що свідчать про розвиток діастолічної дисфункції, для вдосконалення діагностики ХСНзФВ і поліпшення терапевтичних підходів.

## Література

1. *Рекомендації Асоціації кардіологів України та Української асоціації фахівців із серцевої недостатності з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності / Л. Г. Воронков, К. М. Амосова, А. Е. Багрій [та ін.] // Український кардіологічний журн. – 2014. – Дод. 1. – С. 44.*
2. *Фейгенбаум Х. Эхокардиография / Х. Фейгенбаум. – 5-е издание. – Москва, 1999. – С. 61–158.*
3. *ACCF/AHA 2009 Expert Consensus Document on Pulmonary Hypertension A Report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents and the American Heart Association Developed in Collaboration With the American College of Chest Physicians; American Thoracic Society, Inc.; and the Pulmonary Hypertension Association / V. V. McLaughlin, S. L. Archer, D. B. Badesch [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2009. – № 53 (17). – P. 1573–1619.*
4. *Diagnostic values of NT-proBNP in acute dyspnea among elderly patients / Qin Su, Hongsheng Liu, Xian Zhang [et al.] // Int. J. Clin. Exp. Pathol. – 2015. – Vol. 8 (10). – P. 13471–13476.*
5. *Different Implication of Elevated B-Type Natriuretic Peptide Level in Patients with Heart Failure with Preserved Ejection Fraction and in Those with Reduced Ejection Fraction / T. Ishigaki, T. Yoshida, H. Izumi [et al.] // Echocardiography. – 2015. – № 32 (4). – P. 623–629.*
6. *Echocardiographic assessment of left ventricular hypertrophy: comparison to necropsy findings / R. B. Devereux, D. Alonso, E. M. Lutas [et al.] // Am. J. Cardiol. – 1986. – Vol. 57. – P. 450–458.*
7. *Epidemiology and clinical course of heart failure with preserved ejection fraction / S.P.C. Lam, E. Donal, E. Kraigher-Krainer [et al.] // Eur. J. Heart Fail. – 2011. – Vol. 13 (1). – P. 18–28.*
8. *ESC Committee for Practice Guidelines ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC / J. J. McMurray, S. Adamopoulos, S. D. Anker [et al.] // Eur. J. Heart Fail. – 2012. – № 14 (33). – P. 1787–1847.*
9. *Gaggin H. K. Biomarkers and diagnostics in heart failure / H. K. Gaggin, J. L. Januzzi // Biochim. Biophys. Acta. – 2013. – Vol. 1832 (12). – P. 2442–2450.*
10. *Non-invasive detection of mediated brachial artery vasodilatation in human subjects / D. S. Celermajer, K. E. Sorensen, V. M. Gooch [et al.] // Circulat. Res. – 1992. – Vol. 340. – P. 1111–1115.*
11. *Outcome in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction: The Role of Myocardial Structure and Right Ventricular Performance / G. Goliash, C. Zotter-Tufaro, S. Aschauer [et al.] // PLoS One. – 2015. – Vol. 10 (7). [Electronic resource] e0134479. doi: 10.1371/journal.pone.0134479.*
12. *Recommendations for quantification of Doppler echocardiography: a report from the Doppler Quantification Task Force of the Nomenclature and Standards Committee of the American Society of Echocardiography / M. A. Quinones, C. M. Otto, M. Stoddard [et al.] // J. Am. Soc. Echocardiogr. – 2002. – Vol. 15. – P. 167–184.*
13. *Sanders-van Wijk S. Circulating biomarkers of distinct pathophysiological pathways in heart failure with preserved vs. reduced left ventricular ejection fraction / S. Sanders-van Wijk, V. van Empel, N. Davarzani // Eur. J. Heart Fail. – 2015. – Vol. 17 (10). – P. 1006–1014.*
14. *The reproducibility and sensitivity of the 6-min walk-test in elderly patients with chronic heart failure / L. Ingle, R. J. Shelton, A. S. Rigby [et al.] // Eur. Heart J. – 2005. – Vol. 26. – P. 1742–1751.*
15. *The role of NT-proBNP in the diagnostics of isolated diastolic dysfunction: correlation with echocardiographic and invasive measurements / C. Tschope, M. Kasner, D. Westermann [et al.] // Eur. Heart J. – 2005. – Vol. 26, № 20. – P. 2277–2284.*
16. *Waggoner A. D. Tissue Doppler imaging: a useful echocardiographic method for the cardiac sonographer to assess systolic and diastolic left ventricular function / A. D. Waggoner, S. M. Bierig // J. Am. Soc. Echocardiogr. – 2001. – Vol. 14. – P. 1143–1152.*

Дата надходження рукопису до редакції: 08.02.2016 р.

**Взаимосвязь между уровнем мозгового натрийуретического пропептида и морфофункциональным состоянием сердца у больных гипертонической болезнью, осложненной хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса**

*В.А. Ярош*

ГУ «Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», г. Киев, Украина

**Цель** – установить связь между уровнем мозгового натрийуретического пропептида и морфофункциональным состоянием сердца, сосудов и почек у больных гипертонической болезнью, осложненной хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса.

**Материалы и методы.** Обследованы 92 пациента с гипертонической болезнью II стадии в возрасте 60–79 лет. Методом доплерэхокардиографии изучены структурно-функциональное состояние сердца, сосудисто-двигательная функция эндотелия. Определены уровни мозгового натрийуретического пропептида и креатинина.

**Результаты.** Установлено преобладание концентрического типа гипертрофии левого желудочка у больных с сердечной недостаточностью, увеличение размера левого предсердия, нарастание давления в легочной артерии с тенденцией к расширению правого желудочка в сравнении с группой контроля. Выявлена связь между повышением уровня мозгового натрийуретического пропептида и снижением толерантности к физическим нагрузкам.

**Выводы.** Уровень мозгового натрийуретического пропептида у больных гипертонической болезнью, осложненной сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса, повышается по мере нарастания тяжести сердечной недостаточности. Установлена связь между увеличением уровня мозгового натрийуретического пропептида и нарушением диастолической функции левого желудочка, расширением левого предсердия и ухудшением функционального состояния почек.

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, мозговой натрийуретический пропептид, хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса, диастолическая дисфункция.

**The relationship between the brain natriuretic propeptide concentration and cardiac morphofunctional parameters in hypertensive patients with chronic heart failure with preserved ejection fraction**

*V.O. Yarosh*

SI «D.F. Chebotarev Institute of gerontology NAMS of Ukraine» Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to establish the association between the brain natriuretic propeptide (Nt-proBNP) concentration and morphofunctional parameters of the heart, blood vessels and kidneys in hypertensive patients with chronic heart failure with preserved ejection fraction.

**Materials and methods.** 92 hypertensive patients aged 60–79 years were investigated. The structural and functional state of the heart and flow mediated brachial artery vasodilatation were studied by ultrasound Doppler echocardiography method. The brain natriuretic propeptide and creatinine concentrations were defined.

**Results.** It was revealed the predominance of concentric left ventricular hypertrophy in patients with heart failure, left atrium dilatation, the increased pulmonary artery pressure with a tendency to the right ventricle expansion compared to uncomplicated hypertensives. There was direct correlation between increased brain natriuretic propeptide concentration and exercise tolerance decrease.

**Conclusions.** The brain natriuretic propeptide concentration in heart failure patients was accompanied by heart failure aggravation. Relationship between brain natriuretic propeptide concentration and diastolic function deterioration, left atrium dilatation and impaired renal function was established.

**Key words:** hypertension, brain natriuretic propeptide, chronic heart failure with preserved ejection fraction, diastolic dysfunction.

#### Відомості про автора

**Ярош Віталіна Олександрівна** – аспірант відділу клінічної та епідеміологічної кардіології ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»; вул. Вишгородська, 67, м. Київ, 04114, Україна.

## ВПЛИВ ПЕРСОНІФІКОВАНОГО ХАРЧУВАННЯ НА ВМІСТ ЛІПІДІВ У КРОВІ ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМИ ЖОВЧНОГО МІХУРА НА ФОНІ ОЖИРІННЯ З УРАХУВАННЯМ КОМПОНЕНТНОГО СКЛАДУ ТІЛА

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

**Мета** – вивчити вміст ліпідів у крові хворих із захворюваннями жовчного міхура на фоні ожиріння з урахуванням компонентного складу тіла та вплив лікування із застосуванням персоналізованого харчування на їх рівень у крові.

**Матеріали та методи.** Обстежено 124 хворі із хронічними захворюваннями жовчного міхура на фоні ожиріння. Проаналізовано характер харчування, клінічні й антропометричні показники: індекс маси тіла, обводу талії, склад тіла, біохімічні, лабораторні та інструментальні дослідження. Для оцінки стану ліпідного обміну проведено визначення в крові вмісту ліпідів: загального холестерину, тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів низької щільності, холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності, холестерину ліпопротеїдів високої щільності до та через 4 місяці після закінчення лікування.

**Результати.** В обстежених хворих виявлено дисліпідемію з підвищеним вмістом у крові загального холестерину, холестерину ліпопротеїдів низької щільності, тригліцеридів, зі зниженою концентрацією холестерину ліпопротеїдів високої щільності. Зміни вмісту ліпідів у крові були більш вираженими в пацієнтів зі зниженою масою м'язової тканини.

**Висновки.** Зменшення відсотка м'язової тканини у хворих із хронічними захворюваннями жовчного міхура на фоні ожиріння супроводжується значними порушеннями вмісту ліпідів крові. Персоналізоване харчування зі збільшенням вмісту повноцінного білка на фоні зниженої квоти вуглеводів у поєднанні з адекватними та різноманітними фізичними навантаженнями сприяє нормалізації компонентного складу тіла і вмісту ліпідів крові.

**Ключові слова:** ожиріння, харчування, гіпотонія жовчного міхура, холестероз жовчного міхура, біоімпедансометрія, ліпиди крові.

### Вступ

Харчування є одним з основних факторів, який визначає стан здоров'я людини, попереджує або сприяє розвитку захворювань. Успішно впоравшись з особливо небезпечними інфекціями, медицина зіштовхнулася із хворобами, виникнення яких, головним чином, залежить від способу життя і особливо від характеру харчування. Високі показники захворюваності та смертності населення у світі від хронічних неінфекційних захворювань мають тенденцію до збільшення [8, 9, 11, 12, 14, 17–19].

На даний час метаболічний синдром (МС) виявляється у 25% дорослого населення планети, серед осіб віком понад 60 років – 45%, до того ж за останні роки стійко зростає частота МС серед молоді [1, 4, 9, 13, 14, 17]. Відомо, що МС супроводжується метаболічним ураженням печінки, а також є фактором ризику розвитку ураження біліарної системи – холестеринового холелітіазу, холестерозу жовчного міхура (ЖМ) [4, 9–11]. Збільшення частоти обмінних уражень ЖМ асоціюється зі зростанням рівня захворюваності на ожиріння, МС, цукрового діабету [4, 5, 7, 8]. Патологія жовчовивідних шляхів посідає одне з чільних місць у гастроентерології, а дисфункція ЖМ зустрічається в кожній п'ятій дорослій людини [2, 9, 13]. Численні дослідження свідчать, що

хронічний холецистит та дисфункції ЖМ асоціюються з порушеннями холесекреторної функції печінки [2, 5, 7, 9].

Відомо, що основним шляхом виведення надлишкового холестерину з організму є здатність печінки перетворювати холестерин у жовчні кислоти і видаляти його з жовчю. Порушення цього процесу призводить до перенасичення жовчі холестерином, а зниження концентрації жовчних кислот зменшує виведення жовчі, спричиняє її застій, розвиток холестеринових камінців. Надлишок холестерину в жовчі може викликати інфільтрацію стінки ЖМ ефірами холестерину, призводити до її потовщення, знижувати скоротливу функцію, навіть до виникнення холестерозу ЖМ [1, 2, 4, 5, 7].

За результатами досліджень, індекс маси тіла (ІМТ) не є справжнім показником анатомічної маси жирової тканини в організмі та не дає змоги диференціювати співвідношення жирової, м'язової і кісткової тканини. Останнім часом для діагностики ожиріння, динамічного контролю накопичення й розподілу жиру в організмі широко використовується метод біоімпедансометрії, заснований на вимірюванні біоелектричного опору тіла. Для розгорнутої характеристики параметрів білкового, жирового і водного обміну, інтенсивності метаболічних процесів використовуються методи оцінки компонентного складу тіла. Біоімпедансна оцінка відсоткового вмісту жиру в МТ (% ЖМТ) значно вище

порівняно з ІМТ корелює з референтною оцінкою ступеня жировідкладення [3, 5, 6, 12, 14, 15].

**Мета роботи** – вивчити вміст ліпідів у крові хворих із захворюваннями ЖМ на фоні ожиріння з урахуванням компонентного складу тіла та вплив лікування із застосуванням персоналізованого харчування на їх рівень у крові.

### Матеріали та методи

Обстежено 124 хворих із хронічними захворюваннями жовчного міхура (ХЗЖМ) на фоні ожиріння віком від 28 до 65 років. Крім опитування хворих, аналізу характеру харчування, проведення загальноприйнятих клінічних, біохімічних, лабораторних та інструментальних досліджень, проведено оцінку антропометричних показників: ІМТ, обводу талії (ОТ) та будови тіла – відсоток жирової та м'язової маси тіла за допомогою вагоміру Tanita. Для оцінки стану ліпідного обміну проведено визначення у крові вмісту загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХЛНЩ), холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХЛДНЩ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХЛВЩ). Дослідження проведено до лікування та за 4 місяці після закінчення терапії.

### Результати дослідження та їх обговорення

За результатами проведених обстежень, загальний стан хворих із ХЗЖМ на фоні ожиріння був задовільним. Клінічні аналізи крові, сечі – у межах норми. У дослідженні стану ЖМ за допомогою сонографічного дослідження, з додаванням динамічної ультрасонографії з жовчогінним сніданком, а також за даними дуоденального багатофакторного зондування, мікроскопії та бактеріологічного посіву порцій жовчі виявлено зміни, характерні для ураження ЖМ. За результатами сонографічного дослідження визначено у 118 (95,2%) пацієнтів ознаки жирової інфільтрації печінки.

Залежно від лікування хворі із ХЗЖМ на фоні ожиріння були поділені на дві групи – основну та групу порівняння (зіставлення). До основної групи увійшло 62 хворі, які отримували індивідуальну діету та мали підвищену фізичну активність залежно від складу тіла (дозовані аеробні та силові навантаження), а також препарати стеател (левокарнітин) та урсофальк; до групи порівняння увійшло 62 пацієнти, які отримували харчування з обмеженням енергетичної цінності, мали підвищену фізичну активність та приймали препарат урсохол.

Принципи призначення персоналізованої дієтотерапії хворих основної групи: енергетична цінність дієти вираховувалась з огляду на ідеальну масу тіла

хворого з урахуванням фізичної активності мінус 400–500 Ккал. Енергетична цінність раціону обмежувалась за рахунок зменшення в раціоні вуглеводів, квота яких становила 3 г/кг ідеальної маси тіла. Важливе значення мав принцип рівномірного розподілення вуглеводів протягом дня: не більше 60–80 г вуглеводів на один прийом, що попереджувало постпрандіальну гіперглікемію.

У виборі продуктів харчування обов'язково враховувався глікемічний індекс продукту. Перевага надавалася стравам із низьким глікемічним індексом (не вище 40): риба, птиця, м'ясо, молочні продукти, яйця, бобові, соя, горіхи, листові овочі, томати, гриби, деякі фрукти та ягоди. Помірно обмежувалися продукти із середнім глікемічним індексом (40–70) – це хлібобулочні вироби з цільного зерна, хліб із висівками, коричневий рис, гречка та вівсяна крупа (обмежено, тільки в перших стравах, або в рідких молочних супах), макаронні вироби (рідко), мучні вироби в комбінації з м'ясом, сиром (рідко), бобові, більшість фруктів. Не рекомендувалися продукти з високим глікемічним індексом. Квота білка в раціоні хворих була збільшена і становила 1,4–1,8 г на 1 кг маси тіла залежно від віку, із них 55–60% становив білок тваринного походження.

Квота білка була вищою в чоловіків порівняно з жінками та осіб віком до 40 років. Джерелом білка рекомендувалися нежирні молочні продукти, яйця, риба, м'ясо птиці, нежирна свинина та яловичина. Квота жиру в дієті складала фізіологічну норму 1,0–1,2 г на добу за рахунок жирів, які входили до складу харчових продуктів. Хворим рекомендувалося уникати додаткового вживання рафінованих жирів. Кількість рослинної олії в харчуванні – не більше 1 столової ложки на добу. Для зменшення постпрандіальної гіперліпідемії кількість жиру також рівномірно розподілялась на 3–4 прийоми. Хворим рекомендувалися продукти, багаті на біофлавоноїди, вітамін С – лимон, зелений чай, ягоди чорниці, капуста броколі, малина, шипшина та інші. Фізична активність полягала в рекомендаціях виконувати вправи, спрямовані на збільшення м'язової маси тіла (фітнес), у поєднанні з аеробними навантаженнями.

Раціон хворих групи порівняння будувався за типом із традиційними рекомендаціями – обмежити вживання простих вуглеводів, і мав фізіологічну норму білка (1,2–1,3 г на 1 кг маси тіла) з помірним зменшенням вуглеводів (4–5 г на 1 кг маси тіла) і жирів (1,0–1,2 г на 1 кг маси тіла); фізична активність збільшувалась за рахунок аеробних навантажень (хода, біг, плавання). Інтенсивність фізичних навантажень залежала від віку і стану серцево-судинної системи. При поділі хворих до груп обстеження враховувалось бажання хворого чітко дотримуватись рекомендацій з харчування та збільшення фізичної активності.

Дані антропометричних показників в обстежених хворих наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Антропометричні показники в обстежених хворих

Показник	Основна (n=62)				Група порівняння (n=62)			
	ІМТ	% жиру	% м'язової маси тканини	ОТ	ІМТ	% жиру	% м'язової маси тканини	ОТ
До лікування	36,8±1,5*	40,3±1,2*	40,7±1,2*	112,3±3,9*	35,9±1,3*	39,5±1,1*	40,5±1,1*	110,3±3,2*
Після лікування	30,1±1,2 <sup>#</sup>	34,1±0,7 <sup>#</sup>	39,1±1,3	96,5±2,1 <sup>#</sup>	32,5±1,1	37,5±0,6 <sup>#</sup>	35,1±1,1	105,5±2,1
Здорові (n=25)	24,3±0,7	26,1±0,5	35,4±1,5	78,5±1,2				

Примітки: \* – вірогідно порівняно зі здоровими; <sup>#</sup> – вірогідно порівняно з даними до лікування.

До лікування обстежені хворі мали ожиріння, про що свідчили підвищені показники ІМТ у 1,5 разу порівняно зі здоровими в обох групах хворих (p<0,05). За 4 місяці лікування відмічалось зниження ІМТ у хворих основної групи в 1,24 разу (p<0,05), у контрольній групі – в 1,1 разу (p>0,05). Аналіз будови тіла в обстежених хворих виявив збільшення відсотка жирової тканини в 1,55 разу в основній та в 1,51 разу в групі порівняння (p<0,05).

Після лікування у хворих із ХЗЖМ на фоні ожиріння в основній групі відсоток жирової тканини знизився в 1,2 разу (p<0,05), у групі порівняння – в 1,05 разу (p>0,05).

Важливе значення для перебігу хвороби має тип ожиріння. Для діагностики типу ожиріння важливу роль

відіграють показники ОТ. За даними таблиці 1, ОТ у хворих основної та групи порівняння до лікування був в 1,43 та 1,41 разу більшим порівняно зі здоровими (p<0,05), за 4 місяці лікування ОТ у хворих основної групи зменшився в 1,2 разу (p<0,05), у групі порівняння – в 1,05 разу (p>0,05).

Для хронічних захворювань жовчного міхура та ожиріння характерна висока частота порушень ліпідного обміну, що обумовлено важливим значенням печінки в процесах синтезу та екскреції ліпідів із жовчю. Дані щодо вмісту ліпідів у крові обстежених хворих наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

Вміст ліпідів у крові обстежених хворих до та після лікування

Показник, ммоль/л	Здорові (n=25)	Основна (n=62)		Група порівняння (n=62)	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
ЗХ	4,32±0,11	7,05±0,21*	5,85±0,13 <sup>#</sup>	6,97±0,25*	6,05±0,11 <sup>#</sup>
Х-ЛПНЦ	2,25±0,07	4,34±0,12*	3,02±0,15 <sup>#</sup>	4,37±0,15*	3,92±0,10 <sup>#</sup>
Х-ЛПВЩ	1,64±0,06	0,91±0,02*	1,15±0,03 <sup>#</sup>	0,91±0,02*	0,98±0,04
Х-ЛПДНЦ	0,56±0,03	0,79±0,05*	0,65±0,03 <sup>#</sup>	0,79±0,03*	0,73±0,02
ТГ	1,83±0,07	5,45±0,19*	2,45±0,14 <sup>#</sup>	5,86±0,16*	4,71±0,12 <sup>#</sup>

Примітки: \* – вірогідно порівняно зі здоровими; <sup>#</sup> – вірогідно порівняно з даними до лікування.

До лікування у хворих із ХЗЖМ та ожиріння відмічалось зміни вмісту ліпідів у крові. Концентрація загального холестерину (ЗХ) у крові хворих була вищою порівняно зі здоровими в основній групі в 1,63 разу та в групі порівняння в 1,61 разу (p<0,05); вміст холестерину ліпопротеїдів низької щільності (Х-ЛПНЦ) у крові був вищим порівняно зі здоровими відповідно у 2 рази та у 2,1 разу (p<0,05); рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності (Х-ЛПВЩ) до лікування був зниженим у хворих обох груп порівняно зі здоровими – в 1,5 разу (p<0,05).

Серед усіх показників ліпідного обміну найбільш суттєвим було підвищення вмісту тригліцеридів (ТГ) у крові хворих із ХЗЖМ на фоні ожиріння порівняно зі здоровими: в основній групі – у 3 рази, у групі порівняння – у 2,8 разу (p<0,05).

Визначення вмісту ліпідів у крові хворих із ХЗЖМ на фоні ожиріння за 4 місяці від початку лікування показало позитивну динаміку в обох групах хворих, але, за даними таблиці 2, у пацієнтів основної групи вона була більш вираженою порівняно з групою порівняння. Отже, концентрація ЗХ у хворих основної групи після лікування була в 1,3 разу нижчою, ніж до лікування, у хворих групи порівняння зменшення ЗХ у крові було менш суттєвим – в 1,2 разу (p<0,05). Рівень Х-ЛПНЦ у хворих основної групи після лікування зменшився в 1,4 разу, а у хворих групи порівняння – в 1,1 разу (p<0,05).

Важливе значення для попередження судинних ускладнень при дисліпідеміях має рівень у крові Х-ЛПВЩ, який належить до антиатерогенного класу ліпідів. Персоніфіковане дієтичне харчування в поєднанні з левокарнітином, урсофальком та підвищенням фізичної активності сприяло збільшенню в крові хворих основної



групи вмісту Х-ЛПВЩ в 1,2 разу ( $p < 0,05$ ). У хворих із ХЗЖМ на фоні ожиріння в групі порівняння після лікування збільшення в крові концентрації Х-ЛПВЩ було помірним і статистично невіргодним.

Варто зазначити позитивний вплив призначеного лікування на вміст ТГ у крові обстежених хворих. У хворих основної групи після лікування рівень ТГ у крові зменшився у 2,2 разу, у хворих групи порівняння – в 1,4 разу ( $p < 0,05$ ), що, очевидно, обумовлено призначенням персоналізованого харчування з підвищеним вмістом білка на фоні значного зменшення вуглеводів і збільшенням фізичної активності за рахунок дозованих аеробних та силових навантажень.

## Висновки

Зменшення відсотка м'язової тканини у хворих із ХЗЖМ на фоні ожиріння супроводжується значними порушеннями вмісту ліпідів крові. Персоналізоване харчування зі збільшенням вмісту повноцінного білка на фоні зниженої квоти вуглеводів у поєднанні з адекватними та різноманітними фізичними навантаженнями сприяє нормалізації компонентного складу тіла і вмісту ліпідів крові.

**Перспективи досліджень** полягають у продовженні вивчення порушеної в даній статті теми.

## Література

1. Беловол А. Н. Ожирение: терапевтические подходы к ведению пациентов / А. Н. Беловол, И. И. Князьков // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2013. – № 2. – С. 30–38.
2. Берштейн Л. М. «Метаболически здоровые» лица с ожирением и метаболические признаки ожирения у лиц с нормальной массой тела: что за этим стоит / Л. М. Берштейн, И. Г. Коваленко // Проблемы эндокринологии. – 2010. – № 3. – С. 47–51.
3. Биомпедансный скрининг населения России в центрах здоровья: распространенность избыточной массы тела и ожирения / Н. П. Соболева, С. Г. Руднев, Д. В. Николаев [и др.] // РМЖ. – 2014. – Т. XX, № 4. – С. 4–13.
4. Біловол О. М. Патогенетичні взаємозв'язки метаболічних розладів та вільнорадикального окиснення ліпідів у поєднаному перебігу хронічного холециститу та гіпертонічної хвороби / О. М. Біловол, Л. Р. Бобровнікова // Сучасна гастроентерологія. – 2011. – № 1 (57). – С. 12–17.
5. Богданов А. Р. Влияние диетотерапии, обогащенной конъюгированной линолевой кислотой, на антропометрические показатели и композицию тела пациенток с избыточной массой тела / А. Р. Богданов, С. А. Дербенева // Вопросы питания. – 2013. – № 4, Т. 82. – С. 55–62.
6. Влияние диетотерапии на показатели состава тела у больных ожирением и сахарным диабетом типа 2 / И. А. Лапик, Х. Х. Шарифетдинов, О. А. Плотникова, И. Ю. Семенченко // Вопросы питания. – 2013. – № 1, Т. 82. – С. 53–58.
7. Вопросы стратегии и тактики профилактики донозологических состояний и заболеваний внутренних органов / под ред. В. Г. Радченко. – Москва, 2011. – 397 с.
8. Генделека Г. Ф. Превентивная диабетология / Г. Ф. Генделека. – Одесса : ВМВ, 2013. – 608 с.
9. Дієтологія : підручник / за ред. Н. В. Харченко, Г. А. Анохіна. – Київ, 2012. – 526 с.
10. Кольман Я. Наглядная биохимия / Я. Кольман, К.-Г. Рем. – Москва : «Мир» БИНОМ Лаборатория знаний, 2009. – 469 с.
11. Корнеева О. Н. Регуляция чувствительности к инсулину: диета и физические нагрузки / О. Н. Корнеева // Российские медицинские вести. – 2007. – № 2. – С. 36–43.
12. Центр СМІ ВОЗ. Ожирение и избыточный вес : информационный бюллетень № 311. – 2012. – Май.
13. Association between nonalcoholic fatty liver disease and coronary artery disease / Y. Tavit, T. Karakan, A. Cengel // Coron. Artery Dis. – 2007. – Vol. 18 (6). – P. 433–436.
14. Borch-Johnsen K. The rise and fall of the metabolic syndrome / K. Borch-Johnsen, N. Wareham // Diabetologia. – 2010. – Vol. 53 (4). – P. 597–599.
15. Effect of L-carnitine on plasma glycemic and lipidemic profile in patients with type II diabetes mellitus / A. Rahbar, R. Shakerhosseini, N. Saadat [et al.] // Eur. J. Clin. Nutr. – 2005. – Vol. 59 (4). – P. 592–596.
16. Presence of coronary plaques in patients with nonalcoholic fatty liver disease / N. Assy, A. Djibre, R. Farah [et al.] // Radiology. – 2010. – Feb., Vol. 254 (2). – P. 393–400.
17. Standards of medical care in diabetes – 2013. American Diabetes Association // Diabetes Care. – 2013. – Vol. 36 (Suppl. 1). – S.11–S.66.
18. The challenge of obesity in the WHO European Region / WHO // Am. J. Med. – 2009. – Vol. 110. – P. 260–268.
19. The role of inflammatory markers in the cardioprotective effect of L-carnitine in L-NAME-induced hypertension / J. Miguel-Carrasco, A. Mate, M. Monserrat [et al.] // Am. J. Hypertens. – 2008. – Vol. 21 (11). – P. 1231–1237.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.03.2016 р.

**Влияние персонифицированного питания на содержание липидов в крови больных с поражением желчного пузыря на фоне ожирения с учетом компонентного состава тела**

*И.А. Якубовская*

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

**Цель** – изучить содержание липидов в крови больных с заболеваниями желчного пузыря на фоне ожирения с учетом компонентного состава тела и влияние на их уровень в крови лечения с применением персонифицированного питания.

**Материалы и методы.** Обследованы 124 больные с хроническими заболеваниями желчного пузыря на фоне ожирения. Проанализирован характер питания, клинические, антропометрические показатели: индекс массы тела, окружность талии, состав тела, биохимические, лабораторные и инструментальные исследования. Для оценки состояния липидного обмена проведено определение в крови содержания липидов общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеидов низкой плотности, липопротеидов очень низкой плотности, холестерина липопротеидов высокой плотности до и через 4 месяца после окончания лечения.

**Результаты.** В обследованных больных выявлена дислипидемия с повышенным содержанием в крови холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, с пониженной концентрацией холестерина липопротеидов высокой плотности. Изменения содержания липидов в крови были более выраженными у пациентов со сниженной массой мышечной ткани.

**Выводы.** Уменьшение процента мышечной ткани у больных с хроническими заболеваниями желчного пузыря на фоне ожирения сопровождается значительными нарушениями содержания липидов крови. Персонифицированное питание по увеличению содержания полноценного белка на фоне пониженной квоты углеводов в сочетании с адекватными и разнообразными физическими нагрузками способствует нормализации компонентного состава тела и содержания липидов крови.

**Ключевые слова:** ожирение, питание, гипотония желчного пузыря, холестероз желчного пузыря, биоимпедансометрия, липиды крови.

**Effect of patient-specific nutrition on lipid content in blood of patients with gallbladder disease against the background of obesity taking into account compositional analysis of the body**

*I.A. Yakubovska*

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to study lipid content in blood of patients with gallbladder disease against the background of obesity taking into account compositional analysis of the body and the effect of treatment with the use of patient-specific nutrition.

**Materials and methods.** There were examined 124 patients with gallbladder cholesterosis against the background of obesity. There was conducted the analysis of nutrition, clinical, anthropometric measures: body mass index, waist circumference, body composition, biochemical, laboratory and instrumental studies. To evaluate the status of lipid exchange there was determined lipid content in blood: total cholesterol, triglycerides, LDL cholesterol, VLDL cholesterol, HDL cholesterol before and 4 months after the treatment.

**Results.** There was detected dyslipidemia with high level of total cholesterol, LDL cholesterol, triglycerides in blood with low concentration of HDL cholesterol in the examined patients. The changes in lipid levels in blood were more pronounced in patients with reduced muscle mass.

**Conclusions.** Patient-specific nutrition with the increase of native protein against the background of lower carbohydrate combined with adequate and various physical activities helps to normalize compositional analysis of the body and lipid levels in blood.

**Key words:** obesity, nutrition, gallbladder hypotonia, gallbladder cholesterosis, bioimpedance measuring, blood lipids.

**Відомості про автора**

**Якубовська Інна Андріївна** – аспірант кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

УДК 614.25:316.343(477-25)

О.М. Ціборовський, В.М. Сорока

## КИЇВСЬКА ЄВРЕЙСЬКА ЛІКАРНЯ ЯК ЗРАЗОК ЗАКЛАДУ ГРОМАДСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – показати діяльність такої оригінальної форми медичної допомоги, як Київська єврейська лікарня.

**Матеріали:** статут єврейської лікарні, звіти про її роботу, довідники та енциклопедичні довідки.

**Методи:** системного підходу, контент-аналізу, порівняльно-історичний, проблемно-хронологічний, статистичний, джерелознавчого та історіографічного аналізу.

**Результати.** За ініціативи єврейської громади м. Києва в 1862 р. офіційно відкрита єврейська лікарня на 20 ліжок, яка спочатку утримувалася на добровільні пожертви і прибутки з «коробочного збору». Поступово за кошти єврейських купців та підприємців вона розширялася, а в 1891 р. МВС затверджено її новий статут. За ним вона підпорядковувалася МВС, а головою ради лікарні був призначений губернський лікарський інспектор. З часом у ній були відкриті відділення внутрішніх та нервових хвороб, хірургічне, очне, венеричних та шкірних хвороб, вуха, горла і носа, дитяче, акушерське і гінекологічне – разом на 190 ліжок, а також амбулаторія та аптека.

**Висновки.** Київська єврейська лікарня стала однією з найбільших у місті та відносилася до добродійних лікарень, які мали громадський характер, але щороку від 69,8% до 53,8% витрат на неї (в середньому за 1892–1901 рр. – 57,4%) давала міська управа.

**Ключові слова:** Київ, єврейська лікарня, громадська медицина.

### Вступ

Напевно, тільки в Російській імперії могли існувати такі медичні заклади, як єврейські лікарні, оскільки лише в ній була запроваджена «смуга осілости», яка охоплювала польські та західні губернії, а також всю Україну, крім Харківської губернії, де тільки євреї могли жити майже без обмежень і здебільшого зосереджувалися в містечках.

Єврейські лікарні стали формою організації громадської медичної допомоги, зумовленої незадоволенням єврейського населення громадською системою вільної практики містечкових лікарів за рахунок «коробочного збору» та інших вільнопрактикуючих лікарів.

«Коробочний збір» – спеціальний податок на кошерне м'ясо, деякі види єврейського побуту та діяльності, кошти з якого витрачалися на єврейські школи, медичну допомогу та інші громадські потреби єврейського населення «смуги осілости».

Якщо у всій Російській імперії за 1907 р. було 6 895 лікарень у 4 101 населеному пункті, які мали 167 543 ліжка, то єврейських лікарень, які утримувалися єврейськими громадами за власний кошт, було 130 у 117 населених пунктах із 3 800 ліжками, тобто 1,88% від усіх лікарень [5]. Із загального числа лікарень імперії 873 (тобто 1/9) заклади належали приватним особам, товариствам і благодійним закладам, а серед єврейських лікарень такі становили 14,87% від їх загальної кількості.

**Мета роботи** – показати діяльність такої оригінальної форми медичної допомоги, як Київська єврейська лікарня.

**Матеріали:** статут єврейської лікарні, звіти про її роботу, довідники та енциклопедичні довідки.

**Методи:** системного підходу, контент-аналізу, порівняльно-історичний, проблемно-хронологічний, статистичний, джерелознавчого та історіографічного аналізу.

### Результати дослідження та їх обговорення

За кількістю єврейських лікарень Київська губернія посідала друге місце (16 закладів) після Волинської (23), а єврейська лікарня у Києві мала 190 ліжок і була третьою в Росії після Варшави (440 ліжок) та Одеси (250). У Київській губернії було 16 лікарень на 469 ліжок: губернське місто Київ (190 ліжок), повітові міста Бердичів (65), Умань (45), Звенигородка (18), Радомишль (18), Черкаси (10), Сквиря (10); містечка Біла Церква (40), Макарів (16), Сміла (12), Златопіль (12), Брусилів (12), Коростишів (7), Жашків (6), Городище (4), село Степанці (4) [5].

На початку 60-х років XIX ст. серед київських євреїв стала відчуватися потреба в єврейській лікарні внаслідок прибуття євреїв з усього краю до Києва як університетського міста з медичним факультетом. Проте вони не могли лікуватися в лікарнях через брак коштів. Тому голова Товариства для надання допомоги бідним княгиня Васильчикова почала надавати їм грошову допомогу, але, переконавшись в її недостатності, поставила питання про заснування в Києві єврейської лікарні. На її пропозицію генерал-губернатор князь Васильчиков підняв це питання перед найвищою владою, яка 17 листопада 1861 р. затвердила правила про

заснування такої лікарні. При цьому велику користь лікарні приніс один з її засновників А.А. Куперник.

Єврейська лікарня на 20 ліжок офіційно була відкрита 21 жовтня 1862 р. і утримувалася на добровільні пожертви та прибутки з «коробочного збору». Як приватний добродійний заклад вона підпорядковувалася добродійному товариству. Але виявилось, що 20 ліжок недостатньо, тому їх число подвоїлося до 40, проте і цього не вистачало, тому в 1875 р. єврейські купці звернулися по дозвіл про розширення лікарні, таким чином, кількість ліжок збільшилася до 80 од. (серпень 1875 р.).

Потім завдяки пожертві Ізраїля Марковича Бродського на суму 165 тис. крб розпочалося будівництво нових приміщень. 22 жовтня 1885 р. вони були урочисто відкриті, а 13 квітня 1891 р. МВС затверджено новий статут лікарні, яку підпорядковано МВС, а головою ради лікарні призначено губернського лікарського інспектора [2, 3, 6].

У 1893 р. побудовано новий барак для одужуючих, який утримувався на кошти І.К. Тульчинського (побудова і 1200 крб на рік) і І.М. Зайцева (1000 крб на рік). 18 жовтня 1895 р. на кошти Лазаря Ізраїльовича Бродського побудовано дитячий барак на 20 ліжок, а в

1896 р. закінчено побудову нового акушерсько-гінекологічного бараку коштом Лева Ізраїльовича Бродського [4].

У 1896 р. лікарня мала 142 ліжка, з них 10 запасних: хірургічне відділення з гінекологічним – 40, терапевтичне – 30; очне – 10; пільгове – 10; епідемічне – 20, дитяче – 20, для одужуючих – 12.

Кошти лікарні склалися з: а) пожертв головного засновника лікарні І.М. Бродського у вигляді недоторканого капіталу в 50 тис. крб і кам'яного двоповерхового будинку на Подолі, який давав 1000 крб щорічного прибутку; б) капіталу, заповіданого лікарні купцем Борухіним, – 10 тис. крб; в) допомоги із коштів «коробочного збору» – 31 тис. крб; г) випадкових пожертв. Відділення для одужуючих утримувалася за рахунок коштів І.К. Тульчинського і І.М. Зайцева (відповідно 1200 і 1000 крб на рік), дитяче – за кошти Лазаря І. Бродського (від 6000 до 7000 крб на рік).

У 1894 р. на утримання лікарні витрачено 43 198 крб. Утримання ліжка становило 432 крб на рік, одного хворого – 29 крб. Добове утримання одного хворого складало 1 крб 18 коп., у т.ч. харчування – 3¼ коп. [3].

Рух хворих у 1890–1894 рр. наведено в таблиці 1.

Таблиця 1  
Рух хворих Київської єврейської лікарні за 5 років (1890–1894 рр.)

Відділення	Рік				
	1890	1891	1892	1893	1894
Хірургічне	326	360	395	308	382
Гінекологічне	–	–	–	123	177
Терапевтичне	389	501	400	333	356
Очне	–	–	–	81	25
Епідемічне	350	366	268	387	384
Пологове	113	175	155	158	182
Разом за рік	1178	1402	1218	1399	1506
Померло	121	130	142	121	156
Летальність, %	10,2	9,2	11,7	8,7	10,3
Відвідань амбулаторних хворих	2083	2760	4853	5096	9787

Лікарня керувалася радою в такому складі: голова – губернський лікарський інспектор В.Н. Сахновський; пожиттєвий почесний попечитель – Лазар Ізраїльович Бродський; попечителі – Лев Ізраїльович Бродський, М.Р. Закс (скарбник) і д-р медицини М.С. Мандельштам (він же консультант); старшини Б.З. Арнштейн, А.І. Бродський, лікар А.Е. Гендельман, присяжний повірений А.М. Гельденберг (секретар), І.С. Горовіц, С.Я. Фіхтенгольц; старший лікар – доктор медицини П.Т. Нейштубе; штатні ординатори А.І. Гаркаві, Л.С. Зіман, С.Г. Шаліта, В.М. Варшавський; консультанти – професори Г.С. Рейн, К.Г. Триштель і В.С. Чернов, д-ри медицини В.С. Перліс і А.С. Яценко, лікар В.А. Фінн.

Персонал лікарні становили: зверхштатні ординатори – д-р медицини Стратівський, лікарі Бартах, Гребінь, Дамський, Мандельберг, Френкель; лікарі-

інтерни Бать, Лещинський, жінки-лікарі Гіберман, Гільденберг, Фріденштейн; 2 фельдшери, 4 фельдшеріці; 26 осіб палатної прислуги; управитель аптеки Мешулем, 2 аптечні помічники, аптечний учень; наглядач («смотритель»), 1 бухгалтер та його помічник, економка, механік, шамес (при покійницькій) і 74 особи нижчої прислуги.

До лікарні приймалися всякі хворі, крім психічних і хворих на сифіліс, як міські, так і приїжджі, переважно євреї, але у виключних випадках і християни. Всі користувалися лікуванням і утриманням безкоштовно.

Починаючи з 1894–1895 рр., при лікарні працювала амбулаторія [3, 4].

Через 6 років у лікарні сталися певні зміни. Число ліжок збільшилася до 190. У 1901 р. структура і персонал лікарні змінилися таким чином.

Хірургічний барак (з 1885 р.) складався з 2 відділень – чоловічого та жіночого. У кожному відділенні було по 1 палаті на 19 ліжок та 2 номери для 2 і більше тяжко хворих. Персонал: завідувач-ординатор С.Г. Шаліта; зверхштатні ординатори Л.Є. Мандельберг, В.Л. Товбін; лікарі-інтерни, фельдшер, фельдшерлиця; 6 осіб нижчої прислуги.

Терапевтичний барак (з 1885 р.) налічував 40 ліжок: 30 терапевтичних і 10 очних. Персонал: завідувач-ординатор Л.С. Зіман; зверхштатні ординатори П.І. Браславський, Я.Б. Ратнер; лікарі-інтерни, фельдшерлиця, 6 осіб нижчої прислуги. Консультанти – проф. К.Г. Тритшель і д-р В.А. Фінн.

Завідувач очного відділення і консультант – д-р медицини М.Є. Мандельштам; зверхштатний ординатор – лікар М.В. Дамський.

Епідемічний барак (з 1885 р.) на 20 ліжок – 10 чоловічих і 10 жіночих. У 1901 р. було поставлено питання про його реорганізацію в спеціальні і суворо ізольовані відділення. Персонал: завідувач-ординатор Л.С. Зіман; зверхштатні ординатори П.І. Браславський, Я.Б. Ратнер; лікар-інтерн, фельдшер; 4 особи прислуги.

Дитячий барак (з 1895 р.) складався з 2 будівель: одноповерхової з двома відділеннями – терапевтичним і хірургічним з операційною, по 2 палати на 5 ліжок у кожному; двоповерхової з 3 відділеннями – скарлатинним, дифтерійним та епідемічним (для хворих на тиф). При ньому була дитяча амбулаторія. Персонал: завідувач-ординатор – д-р медицини В.М. Варшавський; зверхштатні ординатори А.Є. Гільденберг, П.В. Баршак, Е.Г. Голосиквер, І.Г. Рейжевський; лікар-інтерн, 2 фельдшери, 8 осіб нижчої прислуги. Консультант – проф. В.Є. Чернов.

Акушерсько-гінекологічний барак (з 1896 р.) на 32 ліжка складався з таких відділень:

1) гінекологічне на 12 ліжок: 2 палати по 4 ліжка і 2 палати на 2 ліжка;

2) інфекційне для післяпологових захворювань складалося з 2 палат (одна – на 5 ліжок, друга – на 3 ліжка), а також окремої пологової кімнати для хворих;

3) пологове відділення на 12 ліжок: 2 палати по 4 ліжка і 2 палати по 2 ліжка, а також з 2 половими кімнатами – для нормальних і патологічних пологів;

4) відділення-амбулаторія для щоденних прийомів гінекологічних хворих;

5) оглядова для прибулих породіль.

Персонал цих відділень:

– акушерського: завідувач головний лікар – д-р медицини П.Т. Нейштубе; зверхштатний ординатор І.С. Лур'є; лікар-інтерн; акушерка;

– гінекологічного: завідувач – д-р медицини В.С. Перліс; зверхштатні ординатори М.О. Клейман, А.С. Балабанова, І.О. Бернштейн; лікар-інтерн, акушерка;

– інфекційного післяпологового: завідувач – лікар М.О. Клейман; лікар-інтерн;

– амбулаторії з жіночих хвороб: завідувач, головний лікар – д-р медицини П.Т. Нейштубе.

Будинком для одужуючих на 12 ліжок (по 6 осіб в 2 палатах) видав головний лікар П.Т. Нейштубе.

Амбулаторія виконувала важливі функції, зокрема, з надання медичної допомоги бідному населенню і безкоштовної видачі ліків.

У 1901 р. при лікарні було 14 лікарів-спеціалістів як зверхштатних ординаторів, розподілених по таких відділеннях:

– внутрішні та нервові хвороби (ординатор амбулаторії А.І. Гаркаві);

– хірургічні хвороби (В.Л. Товбін);

– очні хвороби (М.В. Дамський);

– венеричні та шкірні хвороби (А.Г. Лур'є);

– вушні, горлові та носові хвороби (Г.Ю. Добрий).

Після реорганізації амбулаторії, створенні відділень (1893 р.) і переведення її в нове приміщення (1897 р.) кількість амбулаторних хворих значно збільшилася: з 2 160 (за 1891 р.) до 19 787 (за 1901 р.). Завідувач – лікар А.І. Гаркаві.

Аптека за рецептами лікарів видавала ліки амбулаторним хворим, переважно незможним, безкоштовно. Персонал аптеки: управитель – провізор О.Б. Мешелем, помічник управителя і 4 аптекарські учні.

Управління лікарні здійснювала Рада, склад якої у 1901 р. був таким:

– голова – губернський лікарський інспектор Сулима Ксенофонт Платонович;

– пожиттєві почесні попечителі – Бродський Лазар Ізраїльович; Бродський Лев Ізраїльович, Закс Макс Рафаїлович;

– попечителі (3) – А.І. Бродський, барон В.Г. Гінзбург, М.Б. Гальперін;

– старшини (6) – А.М. Гольденберг, Л.Б. Гінсбург, І.С. Горовіц, І.О. Каміонський, С.А. Волкенштейн, І.Ф. Корнгольд;

– лікарі – д-ри медицини М.Є. Мандельштам, В.С. Перліс, В.М. Варшавський, лікарі С.Г. Шаліта, Л.С. Зіман, А.І. Гаркаві;

– головний лікар – д-р медицини Н.Т. Нейштубе.

У лікарні було 32 лікарі, з них головний лікар, 5 консультантів, 5 штатних ординаторів, 7 лікарів-інтернів, 14 зверхштатних ординаторів. Фельдшерський персонал складався з 2 фельдшерів і 7 акушерок.

Крім того, наглядач («смотритель»), економка, бухгалтер, діловод, механік, 2 шамеса (при покійницькій) і 70 осіб нижчої прислуги [4].

Кошти лікарні склалися з: а) власної садиби з побудованими приміщеннями з усіма пристосуваннями та інвентарем; б) капіталу, пожертвуваним покійним Ізраїлем Марковичем Бродським, у 50 тис. крб. 6%-ми закладними листами Київського земельного банку, які зберігалися в Київській конторі Державного банку, і кам'яного будинку в Плоській дільниці на вул. Ярославській, 49; в) капіталу в 10 тис. крб, завіщаного купцем Борухінім, і 3000 крб, пожертвованого Г.А. Волковичем; д) допомоги з сум «коробочного збору» по Київській губернії; е) кошти від Київської міської управи [4]. Останні становили від 69,8% до 53,8% щорічних витрат (у середньому за 1892–1901 рр. – 57,4%).

Дитячий барак утримувався на кошти Лазаря Ізраїльовича Бродського (6000 крб), акушерсько-гінекологічний барак – на кошти Лева Ізраїльовича Бродського, будинок для одужуючих – за кошти Н.К. Тульчинського і М.І. Зайцева (2200 крб).

У звіті за 1901 р. зазначено, що всіх цих коштів було недостатньо для гідного забезпечення персоналу, який мав найменше утримання порівняно з іншими київськими лікарнями і єврейськими лікарнями в інших містах. Наприклад, штатний ординатор у Київській

єврейській лікарні одержував 50 крб на місяць, в Одеській – 100 крб. Зверхштатні ординатори не одержували платні зовсім. Нижчий персонал одержував: чоловіки – 6 крб на місяць, жінки – 5 крб.

У таблицях 2–4 наведено розподіл хворих по відділеннях за 1885–1901 рр., розподіл стаціонарних і амбулаторних хворих по роках і віросповіданнях, а також надходження і витрати за 1892–1901 рр. із зазначенням джерел фінансування [2–4].

Таблиця 2  
Розподіл стаціонарних хворих по відділеннях Київської єврейської лікарні (1885–1901 рр.)

Рік	Відділення									Померло, абс.	Летальність, %
	хірургічне	терапевтичне	епідемічне	гінекологічне	пологове	інфекційне післяпологове	дитяче	очне	разом		
1885	28	26	9	–	6	–	–	–	69	–	–
1886	281	319	160	–	45	–	–	–	805	–	–
1887	254	430	177	–	60	–	–	–	921	–	–
1888	280	445	273	–	90	–	–	–	1088	–	–
1889	291	446	245	–	87	–	–	–	1069	–	–
1890	326	389	350	–	113	–	–	–	1178	121	10,27
1891	360	501	366	–	115	–	–	–	1342	130	9,68
1892	395	400	450	–	155	–	–	–	1400	142	10,14
1893	308	333	387	123	158	–	–	81	1390	121	8,7
1894	382	356	384	177	182	–	–	25	1506	156	10,36
1895	359	393	487	178	223	–	29	79	1748	155	8,9
1896	347	355	455	221	248	7	313	122	2068	221	10,7
1897	463	355	479	234	396	96	306	137	2473	212	8,58
1898	462	465	571	227	432	105	327	131	2730	242	8,86
1899	439	505	552	235	444	120	291	96	2682	249	9,28
1900	424	432	608	239	442	111	326	126	2717	261	9,6
1901	394	390	510	247	456	133	333	119	2582	208	8,05

Таблиця 3  
Розподіл стаціонарних і амбулаторних хворих Київської єврейської лікарні за роками, віросповіданням та місцем проживання

Рік	Хворі					Амбулаторні
	Стаціонарні					
	усього	православного віросповідання	іудейського віросповідання	з міста Києва	з різних губерній	
1885	69	–	69	–	–	–
1886	805	11	794	–	–	–
1887	921	16	905	–	–	–

1888	1088	13	1075	–	–	1966
1889	1069	10	1059	–	–	2277
1890	1178	25	1153	–	–	2083
1891	1342	27	1315	–	–	2760
1892	1400	52	1348	–	–	4853
1893	1390	85	1305	474	916	5096
1894	1506	125	1369	525	981	9787
1895	1748	175	1560	686	1062	12442
1896	2068	220	1832	849	1219	15810
1897	2473	366	2063	1071	1402	17215
1898	2730	345	2354	1293	1437	17144
1899	2682	407	2245	1227	1455	17236
1900	2717	245	2442	1242	1475	17475
1901	2582	301	2258	1244	1338	–

Таблиця 4  
**Приходи та витрати**  
**Київської єврейської лікарні за даними звітів (1892–1901 рр.)**

Приходи/ витрати	Рік										За весь час (1892–1901)
	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	
<i>Одержано всього</i>	36173,1	42772,6	46387,7	71087,9	38713,7	57599,3	71042,6	68797,2	67439,4	69427,2	589410,8
Від міської управи	25241,6 (69,8%)	19749,0 (46,2%)	30062,5 (64,8%)	41000,0 (57,7%)	38946,4 (66,3%)	31000,0 (53,8%)	38266,7 (53,9%)	38000,0 (55,2%)	38000,0 (56,3%)	38000,0 (54,7%)	338266,2 (57,4%)
Від губернського коробочного збору	–	–	–	–	–	–	–	5000,0	5000,0	5000,0	15000,0
За купони з капіталів	2885,2	3931,6	2450,8	3401,0	2762,0	2917,2	2804,5	2577,0	2576,4	2573,2	28878,8
Від різних пожертв	7379,6	3893,5	855,3	16150,5	6100,1	8450,0	8811,9	2152,6	1582,0	3968,3	59343,9
Від продажу старого майна	28,9	270,0	–	48,6	55,4	–	–	30,5	–	23,7	457,0
Від міської управи на холерне відділення	–	9000,0	–	–	–	–	–	–	–	–	9000,0
<i>Витрачено всього</i>	40820,5	56326,0	50999,3	56293,2	52776,5	63811,6	72405,1	69277,0	71433,3	69257,5	603400,7
На харчування	12984,8	14285,2	15332,7	14787,2	13779,5	13349,0	16121,3	15253,2	15481,7	16850,5	148225,1
На аптеку і медикаменти	2553,9	2554,8	3026,8	3016,7	3323,1	4153,5	3963,4	4081,9	3720,5	3738,9	34134,3
На операційну та перев'язувальні матеріали	1662,7	1712,3	1884,5	2036,7	1742,9	1802,5	1809,5	1692,2	1896,8	2116,6	18356,6
На платню	9480,5	10112,1	10824,2	11531,2	11302,3	11325,8	11767,3	11876,2	11772,1	11904,8	111896,4
На опалення	3617,7	4010,5	4092,3	4210,4	4007,8	3299,4	3429,0	3591,3	4384,4	4108,5	38851,2

Вони засвідчують про прогресивне зростання числа хворих, починаючи з 1892 р., не тільки єврейського, але й православного віросповідання.

Київська єврейська лікарня в 1890–1901 рр. стала однією з найбільших у місті і відносилася до добродійних лікарень, які мали громадський характер, але щороку від 69,8% до 53,8% витрат на неї (у середньому за 1892–1901 рр. – 57,4%) давала міська управа.

### **Висновки**

Багатоканальне фінансування єврейської лікарні за рахунок міського бюджету, приватних добродійних пожертвувань, державних податків («коробочного збору») тощо дає змогу розглядати її як приклад закладу громадської медицини, який може існувати в різних соціальних умовах.

**Перспективи дослідження** полягають у вивченні розвитку мережі, організації та діяльності медичних закладів Київської губернії.

### **Література**

1. *Врачебно-санитарные учреждения г. Киева* : справочная книжка / сост. д-р В. Н. Сахновский. – Киев : Тип. Петра Барского, 1896. – С. 209–214.
2. *Нейштубе П. Т.* Хозяйственный годовой отчет Киевской еврейской больницы за 1892 год / приложение к журналам заседаний совета / П. Т. Нейштубе. – Киев, 1894. – 13, 16 с. – (Комп. № 16).
3. *Нейштубе П. Т.* Отчет Киевской еврейской больницы за 1894 год / П. Т. Нейштубе. – Киев, 1895. – 240 с.: табл.
4. *Нейштубе П.Т.* Краткий медицинско-хозяйственный отчет по Киевской еврейской больнице за 1901 г. / П. Т. Нейштубе. – Киев : Тип. А.О. Штерензона, 1902 г. – 41 с.: табл.
5. *Рохлин Л. Л.* О еврейских лечебных заведениях в России / Л. Л. Рохлин // Еврейский медицинский голос. – 1908. – № 1. – С. 5–16.
6. *Устав еврейской больницы в г. Киеве.* – Киев : Тип. А.Н. Иванова, 1891 – 10 с.

*Дата надходження рукопису до редакції: 04.01.2016 р.*



**Киевская еврейская больница как пример учреждения общественной медицины***О.М. Циборовский, В.М. Сорока*

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

**Цель** – охарактеризовать деятельность такой оригинальной формы медицинской помощи, как Киевская еврейская больница.

**Материалы:** устав еврейской больницы, отчеты о ее работе, справочники, энциклопедические справки.

**Методы:** системного подхода, контент-анализа, сравнительно-исторический, проблемно-хронологический, статистический, источниковедческого и историографического анализа.

**Результаты.** По инициативе еврейской общины г. Киева в 1862 г. официально открыта еврейская больница на 20 коек, которая сначала содержалась на добровольные пожертвования и прибыли с «коробочного сбора». Постепенно за счет еврейских купцов и предпринимателей она расширялась, а в 1891 г. МВД был утвержден ее новый устав. Согласно ему больница подчинялась МВД, а председателем ее совета назначен губернский врачебный инспектор. В больнице были открыты отделения внутренних и нервных болезней, хирургическое, глазное, венерических и кожных болезней, болезней уха, горла и носа, детское, акушерское и гинекологическое – всего на 190 коек, а также амбулатория и аптека.

**Выводы.** Киевская еврейская больница стала одной из крупнейших в городе и относилась к благотворительным больницам, имеющим общественный характер, однако ежегодно от 69,8% до 53,8% средств на нее (в среднем за 1892–1901 гг. – 57,4%) давала городская управа.

**Ключевые слова:** Киев, еврейская больница, общественная медицина.

**Kyiv Jewish Hospital – the example of the common medicine institution***O.M. Tsiborovsky, V.M. Soroka*

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

**Purpose** – to characterize the activity of such original form of the medical service as Kyiv Jewish Hospital.

**Materials:** the statute of the Jewish Hospital, the Hospital's reports about its activity, reference books, encyclopaedic information.

**Methods:** systematic approach, historical-and-critical method, content-analysis, problematical and chronological, historiographical analysis.

**Results.** On initiative of the Kyiv Jewish community in the 1862 the Jewish Hospital was officially opened in the city. At first it had 20 beds and kept by the free-will donations and profits from «box collection». Gradually the Hospital widened at the expense of the Jewish merchants and employers. In 1891 the new Hospital's statute was affirmed by the Ministry of Internal Affairs. According this statute the Hospital was subordinated to the Ministry of Internal Affairs and the province's medical inspector was appointed as a chairman of it Counsel. The therapeutic, surgical, neurological, gynaecologic, obstetric, ophthalmologic, child's departments, departments of venereal and skin diseases, of the ears, throat and nose diseases were opened in the Hospital. The Hospital's departments had 190 beds, besides that the dispensary and chemist's shop.

**Conclusions.** The Kyiv Jewish Hospital became one of the biggest in the city. It was a charitable hospital with common character. However annually the Kyiv town council gave from 69,8% to 53,8% money for the expenses.

**Key words:** Kyiv, Jewish Hospital, common medicine.

**Відомості про авторів**

**Ціборовський Олег Михайлович** – к.мед.н., с.н.с., керівник сектору історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Сорока Володимир Михайлович** – науковий співробітник сектору історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 614.25:316.343(477-25)

О.М. Ціборовський, В.М. Сорока

## ОЛЕКСАНДРІВСЬКА ЛІКАРНЯ – ГОЛОВНА ЛІКАРНЯ МІСТА КИЄВА У ХІХ СТОЛІТТІ (до 140-річчя лікарні)

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – висвітлити історію створення і розвитку першої міської лікарні Києва, охарактеризувати її діяльність та роль у медичному обслуговуванні киян.

**Матеріали:** положення про лікарню та її клінічні відділення, звіти лікарні та відділу народного здоров'я Київської міської управи, довідники.

**Методи:** системного підходу, контент-аналізу, порівняльно-історичний, проблемно-хронологічний, статистичний, джерелознавчого та історіографічного аналізу.

**Результати.** За рішенням Київської міської думи, лікарня почала будуватися в травні 1874 р., а 30 листопада 1875 р. вже відбувся прийом хворих. Лікарня, яка спочатку мала лише 65 ліжок, у 1892 р. одержала 11 будівель із 326 ліжками. У ній були дитяче, неврологічне, терапевтичне, хірургічне, гінекологічне, пологове та епідемічне відділення, а також богадільня, яка опікувала 40 осіб. Згідно з особливим положенням, затвердженим 11 березня 1889 р., при лікарні було організовано 3 клінічні відділення Університету св. Володимира – пропедевтичне, нервових хвороб, дитяче.

**Висновки.** Олександрівська лікарня стала головною лікарнею м. Києва і клінічною базою Київського університету, центром висококваліфікованої медичної допомоги, медичної науки і освіти.

**Ключові слова:** Київ, Олександрівська міська лікарня, клінічні відділення.

### Вступ

У Києві в другій половині ХІХ ст. функціонували Кирилівська лікарня Приказу громадського піклування з будинком божевільних, військовий шпиталь, факультетські клініки Університету святого Володимира, тюремна лікарня та низка медичних закладів різних відомств, але місто не мало у своєму підпорядкуванні міської лікарні, яка б стала центром медичної допомоги, доступним для всіх киян.

Тому міська дума прийняла постанову про будівництво міської лікарні, а 12 січня 1873 р. одноголосно вирішила на честь одужання від тяжкої хвороби спадкоємця престолу Олександра (майбутнього імператора Олександра III) присвоїти його ім'я цій лікарні.

**Мета роботи** – висвітлити історію створення й розвитку першої міської лікарні Києва; характеризувати її діяльність та роль у медичному обслуговуванні киян.

**Матеріали:** положення про лікарню та її клінічні відділення, звіти лікарні та відділу народного здоров'я Київської міської управи, довідники.

**Методи:** системного підходу, контент-аналізу, порівняльно-історичний, проблемно-хронологічний, статистичний, джерелознавчого та історіографічного аналізу.

### Результати дослідження та їх обговорення

Будівництво Олександрівської міської лікарні започатковано у травні 1874 р. і закінчено – у жовтні

1875 р., а прийом хворих розпочато 30 листопада 1875 р. [3].

На той час лікарня складалася з одного бараку на 28 ліжок для чоловіків і одного двоповерхового павільйону з 17 ліжками для чоловіків і 20 ліжками для жінок, тобто могла прийняти лише 65 хворих (45 чоловіків, 20 жінок).

Весною 1877 р. відкрито барак на 18 ліжок на випадок епідемій. Того ж року на пожертву графа Бутурліна побудовано літній барак на 20 ліжок, який потім перероблено на зимовий. Місцевим управлінням піклування про хворих і поранених воїнів розпочато будівництво 2 бараків і складу, а потім на 12 000 крб пожертви братів М.А. і Ф.А. Терещенків побудовано ще два бараки (всього 4).

У 1884 р. за рахунок міста розпочато будівництво 2 кам'яних будинків: один – для хворих на 50 ліжок, другий – для богадільні для опікування старих і поранених київських міщан на 40 місць (28 – для чоловіків, 17 – для жінок) у пам'ять загибелі імператора Олександра II. Будівництво закінчено весною 1885 р., а перший павільйон передано містом під клінічні відділення – пропедевтичне і нервових хвороб. У кінці 1889 р. розпочато будівництво 2½-поверхової будівлі в значній мірі на пожертву Є.П. Демідової княгині Сан-Донато в 25 тис. крб в пам'ять померлого сина Микити. Після закінчення будівництва 1 жовтня 1891 р. відкрито дитячу лікарню на 40 ліжок [6].

Восени 1892 р. міська дума вирішила побудувати пологовий будинок. Будівництво закінчено весною 1894 р., а 1 лютого 1895 р. освячено і розпочато прийом пацієнтів.

У ньому було 2 ізольовані відділення на 35 місць: одне – для нормальних пологів на 28 ліжок, друге – для інфекційних післяпологових захворювань на 7 ліжок.

Таким чином, лікарня, яка спочатку мала 65 ліжок, одержала 11 будівель із 326 ліжками. Якщо додати ще 9 окремих номерів, то загальна кількість ліжок становила 335. З них для чоловіків – 124, для жінок – 153, для дітей – 42, змішаних – 16. За захворюваннями ці ліжка розподілялися так:

- а) дитяче відділення – 30 нормальних, 12 інфекційних ліжок;
- б) неврологічне – 18 ліжок для чоловіків, 15 – для жінок;
- в) терапевтичне – 78 ліжок для чоловіків, 55 – для жінок;
- г) хірургічне – 28 ліжок для чоловіків, 20 – для жінок;
- д) гінекологічне відділення – 28 ліжок;
- е) пологове відділення – 28 нормальних, 7 інфекційних ліжок;
- ж) епідемічне (змішане) – 16 ліжок.

Крім того, у богадільні опікувалися 40 особами – 23 чоловіками і 17 жінками [3].

Згідно зі статутом, при лікарні існувала амбулаторія, яка не мала окремого персоналу, оскільки зранку лікарі були зайняті в клініках.

З 1891 р. організовано правильний гінекологічний прийом, який проводила інтерн жінка-лікар К.П. Себет. У 1895 р. організовано правильний прийом хворих доцентом-невропатологом К.М. Леплинським.

До лікарні приймалися всі хворі, крім хворих на сифіліс, психічні, очні та шкірні хвороби.

Умови прийому визначено статутом лікарні. У лікарні було 116 безкоштовних ліжок (з них 10 – виключно для дітей), інші – платні. З числа безкоштовних 40 призначалися для бідних міщан м. Києва.

Плата за лікування приймалася за місяць уперед при госпіталізації до лікарні. Вона коливалася від 1 крб на добу в окремому номері до 30 коп. у загальній палаті для киян і до 80 коп. для приїжджих.

Витрати міського громадського управління на утримання лікарні коливалися, збільшуючись із кожним роком. У 1895 р. на утримання лікарні виділено 94 395 крб. Утримання платного ліжка – 181 крб. На одного хворого – від 1 крб 8 коп. до 1 крб 15 коп. на добу. На утримання богадільні виділено 5 887 крб, що становило 147 крб 17 коп. у середньому на 1 штатне місце [3].

Рух хворих у міській Олександрівській лікарні у 1890–1894 рр. наведено в таблиці 1 [1].

Таблиця 1

Рух хворих у міській Олександрівській лікарні за 5 років (1890–1894 рр.)

Рух хворих	Рік				
	1890	1891	1892	1893	1894
Перебувало на початок року	191	196	177	183	241
Прибуло	3038	2966	3751	3415	3279
Усього	3229	3162	3928	3598	3520
<i>Переважні форми захворювань</i>					
Скарлатина	–	–	–	–	150
Дифтерія	–	–	–	–	109
Висипний тиф	–	–	–	164	–
Черевний тиф	152	148	194	–	143
Зворотний тиф	381	128	1	–	–
Холера	–	–	616	381	104
Вибуло	2882	2638	3141	2811	2756
Померло	351	347	604	505	481
Частка летальності стосовно тих, хто вибув (%)	12,2	13,15	19,2	18,0	17,5
Число амбулаторних хворих	н/д	н/д	н/д	н/д	3592
Число відвідувань	н/д	н/д	н/д	н/д	6484

Персонал лікарні: лікар-директор А.С. Лесков; ординатори – Ф.Л. Себет, Н.В. Флейшман, проф. В.П. Образцов, приват-доцент Ф.Г. Яновський, помічник ординатора пологового відділення С.М. Яровий; лікарі-інтерни: жінка-лікар К.П. Себет, В.І. Хурамович, Н.І. Клопотовський, Л.О. Наркевич; зверхштатні ординатори: приват-доцент К.М. Леплинський, С.А. Бобович, М.Б. Юкельсон, С.Б. Биховський,

Є.А. Скловський; управитель аптеки – провізор В.П. Ейсмонт; аптекарські помічники Г.Ф. Буяльський, І.Л. Дубинський, В.І. Ясирський; 3 фельдшери, 1 фельдшерка, 3 сестри милосердя, 1 масажистка, 3 повивальні бабки; 4 наглядачки, господарка на кухні, кастелянша, дворецький, масажист, діловод і помічник діловода.

Кількість прислуги коливалася залежно від потреби: взимку більше, влітку менше у зв'язку із закриттям клінічних відділень – відповідно від 112–115 до 75–80 осіб. Власне палатної прислуги – від 65 до 75 осіб, пральня – 2 чоловіки і 12 жінок, кухня – 6 осіб: двірники, кочегари тощо.

При Олександрівській міській лікарні організовано 3 клінічні відділення – пропедевтичне, нервових хвороб, дитяче, функції яких визначено особливим положенням, затвердженим 11 березня 1889 р. Міністром народної освіти за угодженням із Міністром внутрішніх справ [5, 7].

*Пропедевтична клініка* заснована під час запровадження нового Університетського статуту в 1884 р. У 1885 р. обрано першого професора по кафедрі лікарської діагностики з пропедевтичною клінікою, а в 1886 р. побудовано на території міської лікарні барак, в якому містилися аудиторія, кабінети та лабораторія, а також виділено 16 ліжок для чоловічого терапевтичного відділення. 11 березня 1898 р., коли затверджено міністрами народної освіти та внутрішніх справ «Положення про клінічні відділення при Київській міській лікарні», клініка складалася з чоловічого відділення на 29 ліжок. У 1895 р. клініку розширено шляхом створення жіночого відділення на 12 ліжок, але чоловіче відділення зменшено на 4 ліжка. Таким чином, клініку розраховано на 37 ліжок, у т.ч. на 25 – для чоловіків, 12 – для жінок.

До клініки приймалися хворі з внутрішніми хворобами, які прибували до міської лікарні.

Амбулаторний прийом проводився ординаторами двічі на тиждень у приймальні міської лікарні.

Утримання хворих брала на себе міська лікарня. Бідні за статутом лікарні мали право на безкоштовне обслуговування. Хворі, які мали клінічний інтерес, лікувалися за рахунок університету. Для цього виділялося 150 крб на рік.

Рух хворих за 1894/95 академічний рік виглядав так: перебувало на початок року – 22, прибуло протягом року – 274, разом – 296; вибуло – 240, померло – 56; процент летальності – 23,3.

Взагалі протягом навчального року клініку відвідувало від 275 до 300 хворих. За 1895 р. в амбулаторії налічувалося 512 відвідувань.

Значна летальність пояснювалася тим, що під час епідемії частина терапевтичних відділень лікарні відводилася для хворих на холеру. Тому приймалися переважно тяжкі хворі, а серед них багато туберкульозних хворих в останній стадії (серед померлих відсоток туберкульозних хворих становив 43,1%).

Персонал клініки: проф. Ф.А. Леш, лікарі-ординатори І.А. Свенсон, Ю.А. Гводзинський, докторанти М.Н. Лапинський і А.С. Фунт; фельдшер і 6 осіб палатної прислуги і лабораторних служників.

*Клініка нервових хвороб* відкрита у 1887 р. У ній було 3 загальні палати і 3 окремі номери, а також амбулаторія, де приймалися нервові хворі. Усього ліжок у клініці було 19.

Рух хворих у відділенні наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

Рух хворих у клінічному відділенні нервових хвороб за 5 років (1890–1894 рр.)

Рух хворих	Рік				
	1890	1891	1892	1893	1894
Усього хворих	60	92	92	100	74
Померло	–	1	3	8	6
Частка летальності, %	–	1,09	3,26	8,0	8,10
Число амбулаторних хворих	–	–	–	–	340

До вересня 1895 р. плата в загальній палаті становила 9 крб на місяць, в окремих номерах – 30 крб. З вересня 1895 р. 9 крб на місяць платили лише київські міщани, а особи інших звань і немісцеві – 24 крб на місяць у загальній палаті і 30 крб за окрему кімнату.

Клінічне відділення утримувалося за кошти міста. Загальна вартість ліжка становила 394 крб 20 коп. за рік. Харчування хворого за добу – 25 коп.

Штат відділення: завідувач відділення – проф. І.А. Сікорський; лікарі М.Н. Лапинський, П.Б. Петровський, В.В. Селецький, А.С. Кульженко; фельдшер В.Д. Макаренко; 3 палатні служники і служниця.

Думка про створення *дитячого клінічного відділення* виникла ще у 1874 р., коли Міська дума прийняла рішення виділити для цього необхідні кошти. Проте реалізувати задумане вдалося лише в 1891 р. Основним капіталом для будівництва стала пожертва в

1874 р. Є.П. Демідової, княгині Сан-Донато, в 12 тис. крб, яке поступово зросло до 25 066 крб. Будівництво клініки розпочалося в 1889 р., а освячення та відкриття – 1 жовтня 1891 р.

Будівля являла собою триповерховий кам'яний павільйон. На другому поверсі розташувалися терапевтичне та хірургічне відділення, операційна, міська бактеріологічна лабораторія, кабінет професора, ординаторська, аудиторія тощо, на третьому – відділення для хворих на кір, скарлатину та дифтерію. Усього ліжок – 45, у т.ч. 6 дифтерійних, 10 скарлатинних, інші – терапевтичні, хірургічні, корові. Приймали хворих хлопчиків до 12 років, дівчаток до 14 років, міських та приїжджих, всяких віросповідань, терапевтичних, хірургічних, інфекційних (крім хворих на віспу).

Рух хворих дитячого клінічного відділення наведено в таблиці 3.

Таблиця 3  
Рух хворих дитячого  
клінічного відділення за 1891–1894 рр.

Рух хворих	Рік	
	1891–1893	1894
Перебувало	–	28
Прибуло	639	384
Усього	639	412
Вибуло	558	287
Померло	81	87
Залишилося	–	38
Частка летальності, %	14,5	30,3

Амбулаторна кімната містилася біля контори лікарні. У ній приймали лікарі клініки.

Діти бідних київських міщан і вихованці добродійних закладів лікувалися безкоштовно, постійні мешканці Києва з платою 40 коп. за добу, приїжджі – по 80 коп., але ця сума могла бути зменшена наполовину.

У загальні палати матері не допускалися (виняток – вигодовування грудьми). В окремі палати діти могли бути прийняті з матір'ю за плату по 1 крб за добу.

Дитяча клініка утримувалася за рахунок міста, але на навчально-допоміжні засоби додатково одержувала 400 крб на рік.

Персонал дитячого клінічного відділення: завідувач відділення – проф. В.Є. Чернов; зверхштатні ординатори Є.Л. Скловський, Є.Н. Контребінський, лікарі Н.М. Колесников, І.М. Цвітківс, Т.Н. Сливак, В.С. Ярошевський, фельдшеріці М.Г. Ходакевич, Н.В. Рождественська; наглядачка, 9 няньок і 3 служниці.

У 1909 р. Олександрівська лікарня була єдиною лікарнею, яка утримувалася містом. Кількість штатних ліжок у ній збільшилась до 452, у т.ч. 42 ліжка пологового відділення. У лікарні були відсутні відділення для психічних, очних, шкірних і венеричних хворих [2, 4].

За бюджетом на 1909 р. на утримання хворих передбачено фінансування 175 тис. лікарських днів, тобто в середньому 480 хворих на день. Проте за звітом у 1909 р. хворими проведено 233 202 дні, тобто в середньому 639 хворих на день, з коливаннями від 797

хворих у січні до 498 хворих у серпні. Таким чином, у січні добове число хворих перевищувало число штатних ліжок на 345, унаслідок чого Миське громадське управління було змушене через велику поширеність висипного і зворотного тифу винаймати за рахунок міста місця в приватних лікарнях або лікарнях інших відомств [2].

Олександрівська лікарня понесла велику втрату через передчасно померлого лікаря-директора І.В. Флейшмана, який 15 років очолював її. За постановою Управи від 25 вересня 1909 р. на цю посаду обрано члена Управи, д-ра медицини Н.Ф. Стародомського.

На 1 січня 1909 р. у лікарні налічувалося 726 хворих, за рік – 15 976 хворих. Отже, за рік проліковано 16 702 хворих, які провели в лікарні 233 202 дня, що становило в середньому 639 на добу (у 1908 р. – 634).

Проліковано 7 506 хворих чоловічої статі (45%), 9 196 (55%) – жіночої статі. Якщо виключити з розрахунку пологове відділення, то чоловіків було 58%, жінок – 42%.

Середнє число днів перебування хворих у лікарні (без пологового відділення) становило 16 днів (1908 р. – 17,4 дня). У лікарні померло протягом року 1 415 осіб, що становило загальну летальність 8,4%. Якщо виключити пологове відділення, то лікарняна летальність – 10,7%, зокрема, серед чоловіків – 11,3%, серед жінок – 9,8%.

До амбулаторії при лікарні в 1909 р. звернулося 27 669 осіб, якими зроблено 33 413 відвідувань. Порівняно з минулим 1908 р. число відвідувань збільшилося на 2 012.

## Висновки

Олександрівська лікарня, відкрита у 1875 р., стала головною лікарнею м. Києва, підпорядкованою Миській управі.

Створення при лікарні трьох клінік Університету св. Володимира сприяло підвищенню якості медичної допомоги і перетворило Олександрівську лікарню в клінічну базу медичної освіти і науки.

**Перспективи дослідження** полягають у вивченні розвитку мережі, організації та діяльності медичних закладів Київської губернії.

## Література

1. *Годовой отчет Киевской городской больницы цесаревича Александра и дома призрения дряхлых и увечных за 1893, 1894 и 1895 годы.* – Киев, 1895–1896.
2. *Городская Александровская больница // Отчет Отдела народного здравия Киевской Городской Управы за 1909 год.* – Киев : Тип. К. Круглянского, 1911. – 151 с.
3. *Городская больница цесаревича Александра // Врачебно-санитарные учреждения г. Киева: справочная книжка / сост. д-р В.Н. Сахновский.* – Киев : Тип. Петра Барского, 1896. – С. 94–102.
4. *Городская медицина в Европейской России: Сборник сведений об устройстве врачебно-санитарной части в городах / обработал для печати А.А. Чертов.* – Москва : Т-во печати С.П. Яковлева, 1908. – С. 48–64.
5. *Клинические отделения при городской больнице цесаревича Александра // Врачебно-санитарные учреждения г. Киева: справочная книжка / сост. д-р В.Н. Сахновский.* – Киев : Тип. Петра Барского, 1896. – С. 58–64.

6. *Отчет* совета Киевской городской больницы за 1889 год. – [Б.м], [б.г.]. – 40 с.
7. *Положение* о клинических отделениях при Киевской городской больнице цесаревича Александра. – Киев, 1889. – 12 с.

*Дата надходження рукопису до редакції: 22.03.2016 р.*

**Александровская больница –  
главная больница города Киева  
(к 140-летию больницы)**

*О.М. Циборовский, В.М. Сорока*

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

**Цель** – осветить историю создания и развития первой городской больницы Киева; охарактеризовать ее деятельность и роль в медицинском обслуживании киевлян.

**Материалы:** положение о больнице и ее клинических отделениях, отчеты больницы и отдела народного здоровья Киевской городской управы, справочники.

**Методы:** системного подхода, контент-анализа, сравнительно-исторический, проблемно-хронологический, статистический, источниковедческого и историографического анализа.

**Результаты.** По решению Киевской городской думы, больница начала строиться в мае 1874 г., а 30 ноября 1875 г. уже был прием больных. Больница, которая сначала имела 65 коек, в 1892 г. получила 11 строений с 326 койками. В ней были детское, неврологическое, терапевтическое, хирургическое, гинекологическое, родильное и эпидемическое отделения, а также богадельня, которая обслуживала 40 человек. Согласно особому положению, утвержденному 11 марта 1889 г., при больнице были организованы 3 клинические отделения Университета св. Владимира – пропедевтическое, нервных болезней, детское.

**Выводы.** Александровская больница стала главной больницей г. Киева и клинической базой Киевского университета, центром высококвалифицированной медицинской помощи, медицинской науки и образования.

**Ключевые слова:** Киев, Александровская городская больница, клинические отделения.

**Alexander's Hospital –  
the main hospital in Kyiv  
(the 140th anniversary of Hospital)**

*О.М. Tsiborovsky, V.M. Soroka*

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

**Purpose** – to elucidate the formation and development of the first municipal hospital in Kyiv; to define its activity and role in the medical service for Kyiv citizens.

**Materials:** the regulations of the hospital and its clinical departments, the reports of the hospital and people health department of the Kyiv town council, reference books.

**Methods:** systematic approach, historic-and-critical method, content-analysis, problematical and chronological, historiographical analysis.

**Results.** According to the decision of the Kyiv town council the hospital began to build in the May of the 1874th, from November of the 1875th the receiving patients began. At first the Hospital had 65 beds, in 1892 it had 11 departments with 326 beds. The Hospital consisted of the therapeutic, surgical, gynaecological, neurological, epidemiological, child's departments and delivery room. Also there is the alms house for the 40 persons in the Hospital. According to the special regulation, which was affirmed on the 11th of May in 1889, three clinical departments of Kyiv University were organized in the Hospital. They are: the child's department, the department of nervous diseases and propaedeutic department.

**Conclusions.** The Alexander's Hospital became the main hospital in Kyiv and the clinical base of Kyiv University, the centre of the high-skilled medical service, medical science and education.

**Key words:** Kyiv, the Alexander's municipal Hospital, clinical departments.

#### **Відомості про авторів**

**Ціборовський Олег Михайлович** – к.мед.н., с.н.с., керівник сектору історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Сорока Володимир Михайлович** – науковий співробітник сектору історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

## ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду», у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

**В.о. директора ДУ «Український інститут  
стратегічних досліджень МОЗ України»**

**Г.О. Слабкий**

## ДО ВІДОМА АВТОРІВ

### Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації» запрошує Вас до активної співпраці!

**Тематична спрямованість журналу:** здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

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

### Правила подання матеріалу для опублікування:

- **Структура матеріалу:** вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.

- Стаття має супроводжуватись офіційним направленням (супровідним листом), гарантійним листом про оплату публікації, експертним висновком (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та рецензією з візою керівництва (наукового керівника) і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

- На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка: прізвище, ім'я та по батькові (повністю), науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів.** **Звертаємо вашу увагу, що зазначена інформація буде надрукована наприкінці статті.**

- Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

- тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);
- списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50),
- таблиць;
- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;
- резюме (українською, російською та англійською мовами).

- Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі .rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою –



e-mail: [s.nauka@ukr.net](mailto:s.nauka@ukr.net)). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

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

- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з ДСТУ, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (X, XI). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.

- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура 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 абревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. ***Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.***

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Журнал видається за рахунок авторів статей. Журнал не є комерційним, тому кошти витрачаються виключно на його видання. **Інформаційний спонсор журналу – Закарпатський обласний благодійний фонд «Закарпаття проти СНІДу».** Кошти необхідно перераховувати на його рахунок **ПР – 26006011339902; МФО 300346; ІНН – 26395674; ПАТ «Альфа-Банк» у м. Києві.** Вартість однієї повної (чи неповної) сторінки рукопису (відповідно до зазначених вище вимог) уточнюється.

Редакційна рада