

**ЗАСНОВНИКИ**

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

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

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

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

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

**Дизайн і верстка** – Кривенко С.М.

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

**РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ**

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

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

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

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

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

**РЕДАКЦІЙНА РАДА**

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

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

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

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

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

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

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (наказ Міністерства освіти і науки України від 12.05.2015 р. № 528).  
Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».  
Протокол № 4 від 16.05.2017 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна  
Тел./факс: +380 44 576-41-19; 576-41-09  
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПР від 24.12.2014 р.  
Підписано до друку 17 травня 2017 р. Загальний наклад 200 прим. Зам. № 4125

**Видавець:**

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

**Видавник:**

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

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

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

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

**FOUNDERS**

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

**Chief Editor** – Slabkiy G.O.

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

**Executive Editor** – Sytenko O.R.

**Literary Editor** – Ratanina O.M.

**Design and layout** – Kryvenko Ye.M.

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

**EDITORIAL COLLEGIUM**

**Chairman of the Editorial Collegium** Lekhan V.M.

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

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

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

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

**EDITORIAL BOARD**

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

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

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

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

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

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

The journal is included in the list of scientific professional publications of Ukraine, where the results of the theses for scientific degrees of doctor and candidate of Sciences can be published (Decree of the Ministry of education and science of Ukraine from 12.05.2015, № 528). It is recommended for print by the Academic Council of the PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine". Protocol № 4 of 16.05.2017.

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

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

Signed for publication on May 17, 2017. The total circulation is 200 copies. Order № 4125

**Editor:**

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

**Publisher:**

"SEA NP "Kolomitsyn V.Yu."

Certificate of State registration B02 № 257914 from 09.12.2002

Printed in MEC "Medinform"

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

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

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

## ЗМІСТ

**Привітання з нагоди проведення науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні» (24–25 травня 2017 року, м. Ужгород)**

**Вітальне слово ректора ДВНЗ «Ужгородський національний університет» професора Смоланки В.І. .... 9**

**Вітальне слово заступника Міністра охорони здоров'я України з питань європейської інтеграції Сивак О.В. .... 10**

**Вітальне слово генерального директора ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» Нізової Н.М. .... 12**

**Вітальне слово керівника проекту USAID «Реформа ВЛЛ-послуг у дії» Нати Аваліані ..... 14**

**Концепція громадського здоров'я ..... 15**

### **Оперативні функції громадського здоров'я**

*Слабкий Г.О., Миронюк В.І., Качала Л.О.*  
**Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст ..... 24**

### **Проект програм і навчальних планів громадського здоров'я**

*Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Миронюк І.С.*  
**Питання підготовки фахівців для сфери громадського здоров'я ..... 32**

### **Проект паспорту наукової спеціальності «Громадське здоров'я»**

*Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Миронюк І.С., Качала Л.О.*  
**Пропозиції до запровадження наукової спеціальності «Громадське здоров'я» ..... 56**

### **Статті учасників конференції**

*Барінов Ю.В.*  
**Регіональні особливості захворюваності на хвороби ока та його додаткового апарату в дітей різного віку ..... 59**

*Висоцька О.І.*  
**Сучасні аспекти післядипломної підготовки медичних кадрів первинної медичної допомоги та громадського здоров'я з питань протидії розповсюдження ВІЛ/СНІДу в Україні ..... 64**

*Габорець Ю.Ю., Дудіна О.О.*  
**Готовність лікарів загальної практики – сімейних лікарів до нагляду за глибоконедошеними дітьми (за результатами соціологічного дослідження) ..... 72**

*Геруш І.В., Таралло В.Л.*  
**Популяційні особливості поширення цукрового діабету на Північній Буковині ..... 76**

*Глебова Є.С., Горачук В.В.*  
**Кадрові питання в організації надання лікувально-діагностичних і косметологічних послуг жінкам із патологічними та віковими змінами шкіри обличчя ..... 80**

*Гойда Н.Г., Михальчук В.М., Горачук В.В., Нестерець О.Л.*  
**Роль міжсекторального управлінського підходу у формуванні системи громадського здоров'я в Україні ..... 84**

*Голубчиков М.В., Орлова Н.М.*  
**Міжнародний досвід використання інтегральних показників для моніторингу та оцінки стану здоров'я населення (лекція) ..... 89**

*Децик О.З., Рудко І.В.*  
**Аналіз захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень губи і ротової порожнини в Україні та Івано-Франківській області за 2007–2016 рр. .... 95**

*Дудник С.В.*  
**Тенденції динаміки деяких демографічних показників за 2014–2016 рр. .... 101**

*Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Кудренко М.В., Слабкий Г.О., Мельник І.П.*  
**Нормативно-правові засади, стан та перспективи формування моделі єдиного медичного простору в Україні ..... 106**

<i>Заболотна І.Е.</i> <b>Деякі поведінкові фактори ризику надлишкової маси тіла та ожиріння в дітей (результати пілотного дослідження) .....</b>	<b>115</b>	<i>Миронюк І.С., Білак–Лук'янчук В.Й., Гудюк Н.А.</i> <b>Окремі особливості розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області .....</b>	<b>172</b>
<i>Іваць А.Р., Романів О.П.</i> <b>Збереження психічного здоров'я дітей у процесі шкільного навчання .....</b>	<b>119</b>	<i>Петрусевич Т.В., Зубленко О.В.</i> <b>Питання біологічної безпеки при підготовці фахівців для системи громадського здоров'я .....</b>	<b>180</b>
<i>Клименко В.І., Кремсарь І.М., Коваленко А.В.</i> <b>Очно-дистанційна форма навчання – безперервна освіта для лікарів-управлінців (менеджерів) України .....</b>	<b>122</b>	<i>Рингач Н.О., Власик Л.Й.</i> <b>Мінімізація факторів ризику неінфекційних захворювань: консультування з питань здорового харчування на первинному рівні .....</b>	<b>184</b>
<i>Клименюк В.П., Очерedyкo О.М., Черешнюк Г.С., Ахмедова А.А.</i> <b>Удосконалення медичного обслуговування пацієнтів з гострим коронарним синдромом як складової медичної реформи у Вінницькій області .....</b>	<b>127</b>	<i>Рингач Н.О., Власик Л.Й., Власик Л.І.</i> <b>Інструмент ВООЗ STEPS для епідеміологічного моніторингу факторів ризику неінфекційних захворювань: еволюція основних етапів та підходи до реалізації в Україні .....</b>	<b>190</b>
<i>Клітинська О.В.</i> <b>Функціонально-організаційна модель профілактики та лікування карієсу в дітей Закарпатської області .....</b>	<b>134</b>	<i>Рингач Н.О., Керецман А.О., Рогач І.М.</i> <b>Скринінг колоректального раку: світовий досвід та підходи до обґрунтування регіональної програми в Закарпатській області .....</b>	<b>196</b>
<i>Короткий О.В.</i> <b>Аналіз стану здоров'я населення та функціонування системи надання первинної медичної допомоги у 2011–2015 роках (на прикладі міста Києва) .....</b>	<b>140</b>	<i>Рогач І.М., Погоріляк Р.Ю., Шип Д.Я.</i> <b>Щодо рівня забезпеченості інформаційними технологіями ланки ПМСД Закарпатської області .....</b>	<b>203</b>
<i>Корчинська О.О., Черняк М.М., Жултакова С., Галдунова Г., Шлоссерова А.</i> <b>Прегравідарна підготовка у жінок із плацентарною дисфункцією в анамнезі .....</b>	<b>148</b>	<i>Романів О.П., Іваць А.Р., Погоріляк К.М.</i> <b>Втрачені роки здорового життя внаслідок психічних захворювань у Закарпатському регіоні .....</b>	<b>208</b>
<i>Крохмалюк Л.В.</i> <b>Рівень інформованості медичних працівників стаціонарних відділень про правила забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні (за результатами соціологічного дослідження) .....</b>	<b>154</b>	<i>Романів О.П., Надь Б.Я.</i> <b>Перинатальний період як особливий етап становлення особливостей психічного здоров'я особистості .....</b>	<b>212</b>
<i>Лехан В.М., Крячкова Л.В., Максименко О.П., Заярський М.І., Бродська Е.В.</i> <b>Порівняльний аналіз підходів до профілактики в Європі та Україні .....</b>	<b>159</b>	<i>Романів О.П., Погоріляк К.М.</i> <b>Раннє виявлення розладів спектра аутизму: роль у громадському здоров'ї та стан справ у Закарпатській області .....</b>	<b>216</b>
<i>Матюха Л.Ф., Гойда Н.Г., Бацюра Г.В., Бойко В.О., Веселова Т.В., Матвієць Л.Г., Легкоступ Л.М., Авраменко Т.П., Гусак Н.С.</i> <b>Результати проведення циклу тематичного удосконалення «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем» .....</b>	<b>166</b>	<i>Саксонов С.Г., Грузєва Т.С., Вітовська О.П.</i> <b>Особливості та тенденції кадрового забезпечення офтальмологічної служби України .....</b>	<b>221</b>
		<i>Сердюк О.І., Короп О.А., Просолєнко Н.В., Крупеня В.І., Рогожин Б.А.</i> <b>Аналіз деяких показників громадського здоров'я, системи охорони здоров'я і медичної освіти в Харківській області .....</b>	<b>227</b>

<i>Скрип В.В.</i> <b>Результати експертного дослідження щодо автономізації закладів охорони здоров'я</b> ..... 232	<i>Ціборовський О.М., Сорока В.М.</i> <b>Товариство київських лікарів – одна з найстаріших громадських організацій медиків у Російській імперії</b> ..... 276
<i>Слабкий Г.О., Миронюк В.І., Качала Л.О., Ратаніна О.М.</i> <b>Основні терміни, які вживаються у сфері громадського здоров'я</b> ..... 235	<i>Чемерис Н.М.</i> <b>Медико-соціальні аспекти проблеми вживання психоактивних речовин молоддю (огляд наукової літератури)</b> ..... 285
<i>Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Миронюк І.С., Качала Л.О., Ратаніна О.М.</i> <b>Інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я</b> ..... 246	<i>Чугрієв А.М.</i> <b>Макрооцінка діяльності регіональних служб крові України</b> ..... 292
<i>Таралло В.Л.</i> <b>Концептуальні аспекти перебудови охорони здоров'я України</b> ..... 255	<i>Шушпанов Д.Г., Шушпанова Н.В.</i> <b>Особиста відповідальність населення за стан власного здоров'я: соціально-економічні та демографічні особливості</b> ..... 298
<i>Таралло В.Л., Слабкий Г.О., Грицюк М.І.</i> <b>Інтеграція експериментальних, клінічних та соціально-медичних наукових досліджень</b> ..... 262	<b>Матеріали учасників конференції</b> ..... 302
<i>Теренда Н.О., Панчишин Н.Я., Литвинова О.Н., Петрашик Ю.М.</i> <b>Фактори ризику в розвитку інфаркту міокарда та шляхи їх корекції</b> ..... 266	<b>Бібліографія за темою громадського здоров'я (2014–2017 рр.)</b> ..... 353
<i>Фейса С.В.</i> <b>Субклінічний гіпотиреоз як маркер високого кардіоваскулярного ризику в пацієнтів із неалкогольною жирною хворобою печінки на фоні порушення вуглеводного обміну</b> ..... 270	<b>Некролог</b>
	<i>Васильєв К.К.</i> <b>Памяти професора Е.М. Тищенко</b> ..... 361
	<b>Корпоративна інформація</b> ..... 362

## CONTENT

<b>Congratulations on the occasion of the scientific-and-practical conference with international participation “Topical issues of public health system development in Ukraine” (Uzhhorod, May 24–25, 2017)</b>	
<b>Greeting of Rector of SU “Uzhhorod national university” Professor V. Smolanka (In Ukr.)</b> .....	9
<b>Greeting of Deputy Minister of Health of Ukraine on the issues of European integration O. Syvak (In Ukr.)</b> .....	10
<b>Greeting of CEO of SI “Center of Public Health MoH of Ukraine” N. Nizova (In Ukr.)</b> .....	12
<b>Greeting of Project Manager of USAID “Reform of HIV services in Action” N. Avaliani (In Ukr.)</b> .....	14
<b>The concept of public health (In Ukr.)</b> .....	15
<hr/>	
<b>Operational functions of public health</b>	
<i>Slabkiy G.O., Myronyuk V.I., Kachala L.O.</i> <b>Public health system: a vision of the World Health Organization. The main operational functions of public health and their content (In Ukr.)</b> .....	24
<hr/>	
<b>Project of programs and curricula of public health</b>	
<i>Slabkiy G.O., Shafranskiy V.V., Myronyuk I.S.</i> <b>Issues of training specialists for the sphere of public health (In Ukr.)</b> .....	32
<hr/>	
<b>Project of Passport of scientific specialty “Public Health”</b>	
<i>Slabkiy G.O., Shafranskiy V.V., Myronyuk I.S., Kachala L.O.</i> <b>Proposals for the introduction of scientific specialty “Public Health” (In Ukr.)</b> .....	56
<hr/>	
<b>Articles of participants of conference</b>	
<i>Barinov Yu.V.</i> <b>Regional features incidence of an eye and its additional device diseases among children of different age</b> .....	59
<i>Vysotska O.I.</i> <b>Modern aspects of postgraduate training of primary health care and public health staff on countering HIV/AIDS in Ukraine</b> .....	64
<i>Gaborets Yu.Yu., Dudina O.O.</i> <b>The readiness of general practitioners-family doctors for medical supervision over extremely premature newborns (according to the results of sociological research)</b> .....	72
<i>Herush I.V., Tarallo V.L.</i> <b>Population features of diabetes mellitus spreading on North Bukovina</b> .....	76
<i>Glebova E.E., Horachuk V.V.</i> <b>Staffing issues in the organization of the provision of cosmetology services for women with pathological and age-related skin changes</b> .....	80
<i>Goida N.H., Mikhalchuk V.M., Horachuk V.V., Nesterets O.L.</i> <b>The role of the cross-sectoral management approach in the formation of public health in Ukraine</b> .....	84
<i>Golubchikov M.V., Orlova N.M.</i> <b>International experience of integrated indicators for monitoring and evaluation of population health (lecture)</b> .....	89
<i>Detsyk O.Z., Rudko I.V.</i> <b>Analysis of morbidity and mortality from lip and oral cancer in Ukraine and Ivano-Frankivsk region for the 2007–2016</b> .....	95
<i>Dudnyk S.V.</i> <b>Tendencies of the dynamics of some demographic indicators for the period 2014–2016</b> .....	101
<i>Zhakhovsky V.O., Livinsky V.G., Kudrenko M.V., Slabkiy G.O., Melnyk I.P.</i> <b>Legal and regulatory framework, status and prospects of formation model of a single medical space in Ukraine</b> .....	106
<i>Zabolotna I.E.</i> <b>Some behavioral risk factors of overweight and obesity in children (pilot research results)</b> .....	115
<i>Ivats A.P., Romaniv O.P.</i> <b>Saving the mental health of children during education at school</b> .....	119
<i>Klymenko V.I., Kremsar I.M., Kovalenko A.V.</i> <b>Full-time distance learning – continuous education for physicians-managers in Ukraine</b> .....	122

<i>Klimenyk V.P., Ocheredko O.M., Chereshneyk G.S., Achmedova A.A.</i> <b>Improvement of medical care to the patients with acute coronary syndrome as constituent to health reform in Vinnitsa region</b> .....	127	<i>Rynhach N.O., Keretsman A.O., Rogach I.M.</i> <b>Screening for colorectal cancer: world experience and approaches to reasoning regional programs in Transcarpathian region</b> .....	196
<i>Klitynska O.V.</i> <b>Functional organizational model of prevention and treatment caries in children Transcarpathian region</b> .....	134	<i>Rohach I.M., Pohorilyak R.Y., Shyp D.Y.</i> <b>About the level of using information technology in primary care section of Transcarpathian region</b> .....	203
<i>Korotkiy O.V.</i> <b>The analysis of the population's health status and functioning of the primary health care system in 2011–2015 (on example of the city of Kyiv)</b> .....	140	<i>Romaniv O.P., Ivats A.R., Pohorilyak K.M.</i> <b>The lost years of healthy life due to mental illness in the Transcarpathian region</b> .....	208
<i>Korchynska O.O., Chernyak M.M., Zultakova S., Galdunova H., Schlosserova A.</i> <b>Preconception care of women with placental dysfunction syndrome anamnesis</b> .....	148	<i>Romaniv O.P., Nad B.Y.</i> <b>Perinatal period as a special stage of development the individual mental health</b> .....	212
<i>Krokhmalyuk L.V.</i> <b>The level of awareness of medical workers in inpatient departments about the rules for ensuring the sanitary and epidemiological well-being of a multi-profile hospital (based on the results of a sociological survey)</b> .....	154	<i>Romaniv O.P., Pohorilyak K.M.</i> <b>Early detection of autism spectrum disorders: role in public health and the situation in the Transcarpathian region</b> .....	216
<i>Lekhan V.M., Kryachkova L.V., Maksimenko O.P., Zaiarskyi M.I., Brodskaya E.V.</i> <b>Comparative analysis of approaches to prevention in Europe and Ukraine</b> .....	159	<i>Saksonov S.G., Gruzeva T.S., Vitovska O.P.</i> <b>Provision and trends of ophthalmological stuff in Ukraine</b> .....	221
<i>Matyukha L.F., Goida N.G., Batsiura G.V., Boyko V.O., Veselova T.V., Matviac L.G., Legkostup L.M., Avramenko T.P., Gusak N.E.</i> <b>Results of the thematic improvement cycle “Management of patients with HIV-infection/ AIDS for general practitioners”</b> .....	166	<i>Serdyuk O.I., Korop O.A., Prosolenko N.V., Krupenya V.I., Rohozhyn B.A.</i> <b>Analysis of some indices of public health, health care and medical education in the Kharkiv region</b> .....	227
<i>Myronyuk I.S., Bilak–Lukyanchuk V.Y., Hudiuk N.A.</i> <b>Special features of HIV/AIDS epidemic development in Transcarpathian region</b> .....	172	<i>Skryp V.V.</i> <b>The results of an expert study on the autonomization of health care institutions</b> .....	232
<i>Petrusevych T.V., Zublenko O.V.</i> <b>The questions of biological safety in preparing specialists for public health</b> .....	180	<i>Slabkiy G.O., Myronyuk V.I., Kachala L.O., Ratanina O.M.</i> <b>Basic terms in public health</b> .....	235
<i>Rynhach N.O., Vlaszyk L.Y.</i> <b>Minimization of risk factors of noncommunicable diseases: counseling on questions of healthy diet at the primary level</b> .....	184	<i>Slabkiy G.O., Shafranskiy V.V., Myronyuk I.S., Kachala L.O., Ratanina O.M.</i> <b>Informational and advocacy activities, communication and social mobilization in the interests of public health within the framework of the system of public health</b> .....	246
<i>Rynhach N.O., Vlaszyk L.Y., Vlaszyk L.I.</i> <b>STEPS – the WHO instrument for epidemiological monitoring to risk factors of non-communicable diseases: evolution of main stages and approaches for implementation in Ukraine</b> .....	190	<i>Tarallo V.L.</i> <b>Conceptual aspects of the reforms in Ukrainian health protection</b> .....	255
		<i>Tarallo V.L., Slabkiy G.O., Grytsiuk M.I.</i> <b>Integration of experimental, clinical and social-medical scientific research</b> .....	262

*Terenda N.O., Panchyshyn N.Ya.,  
Lytvynova O.N., Petrashyk Yu.M.*  
**Risk factors in development  
of myocardial infarction, and ways of correction ..... 266**

*Feysa S.V.*  
**Subclinical hypothyroidism as a marker  
of high cardiovascular risk in patients  
with non-alcoholic fatty liver disease with disorders  
of carbohydrate metabolism ..... 270**

*Tsiborovsky O.M., Soroka V.M.*  
**Society of the Kyiv doctors –  
one of the oldest public organizations  
of physicians in the Russian empire ..... 276**

*Chemerys N.M.*  
**Medical and social aspects  
of using psychoactive substances by youth  
(review of the scientific literature) ..... 285**

*Chuhriev A.M.*  
**Macroestimation of activity  
of regional services of blood of Ukraine ..... 292**

*Shushpanov D.G., Shushpanova N.V.*  
**Personal responsibility for health:  
socio-economic and demographic characteristics ..... 298**

**Materials of participants  
of the Conference (In Ukr.) ..... 302**

---

**Bibliography on the topic  
of public health (2014–2017) ..... 353**

---

**Obituary**

---

*Vasiliev K.K.*  
**In memory of Professor  
E.M. Tishchenko (In Russ.) ..... 361**

**Corporate information (In Ukr.) ..... 362**

---





**Вітальне слово**  
**ректора ДВНЗ «Ужгородський національний університет»**  
**професора Смоланки Володимира Івановича**  
**з нагоди проведення науково-практичної конференції з міжнародною участю**  
**«Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні»**

**Шановні учасники конференції, пані та панове!**

Прийміть наші щирі вітання з нагоди науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні».

Конференція об'єднала представників різних наукових шкіл, управлінців, працівників практичної охорони здоров'я та громадськості спільною ідеєю поліпшення громадського здоров'я та профілактики захворювань.

Тематика конференції має надзвичайно важливе значення, оскільки стан здоров'я населення України має стійку тенденцію до погіршення, екологічна ситуація є несприятливою для формування здоров'я, несприятливо впливають на здоров'я населення і соціально-економічні детермінанти, актуальними є питання забезпечення біобезпеки в державі. В Україні є одним із самих низьких в Європі показник середньої очікуваної тривалості життя, при цьому реєструється надсмертність чоловіків працездатного віку. Тому створення системи громадського здоров'я з запровадженням здоров'язберігаючих та здоров'яформуючих технологій і механізмів є надзвичайно важливою задачею національного рівня.

Даний період розвитку системи охорони здоров'я в нашій країні потребує значних зусиль держави, науковців, працівників вищої школи, практичних організаторів охорони здоров'я по створенню в країні сучасної системи громадського здоров'я та ефективної організації її діяльності. А для цього необхідно вирішити велику кількість завдань та подолати проблеми, які ви будете обговорювати на конференції.

Закарпатська область та Ужгородський національний університет проводять значну роботу в цьому напрямку і ми готові внести свій вклад в справу підготовки фахівців для системи громадського здоров'я в Україні та проводити наукові дослідження з зазначеної тематики. Потенціал для такої діяльності університет має.

Впевнений, що прийняті на науково-практичній конференції документи стануть підґрунтям для визначення спільних дій щодо створення системи громадського здоров'я в країні та забезпечення умов для покращення, захисту і зміцнення здоров'я населення і підвищення якості життя, окреслять шляхи подальшої плідної міжнародної співпраці у названій сфері.

Від щирого серця бажаю учасникам конференції успішної роботи, творчого натхнення, вагомих наукових здобутків у вирішенні сучасних проблем розвитку громадського здоров'я в країні!

Ректор, професор

Володимир СМОЛАНКА



**Вітальне слово  
заступника Міністра охорони здоров'я України  
з питань європейської інтеграції Оксани Сивак  
з нагоди проведення науково-практичної конференції з міжнародною участю  
«Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні»**

---

**Шановні пані та панове,**

Вітаю вас із початком проведення науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні» у місті Ужгород та висловлюю щирю подяку за таку ініціативу кафедри громадського здоров'я факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет», ДУ «Центр громадського здоров'я міністерства охорони здоров'я України» та Департаменту охорони здоров'я Закарпатської облдержадміністрації.

Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, з іншої, спонукає Україну продовжувати рухатися європейським шляхом. Наша країна взяла на себе зобов'язання розвивати співробітництво в галузі охорони здоров'я, підвищувати рівень безпеки та захисту здоров'я людини, керуючись підходами «**охорона здоров'я у всіх політиках держави**» та «**єдиного здоров'я**».

У цьому контексті особливо нагальною потребою системи охорони здоров'я є **розбудова сучасної системи громадського здоров'я**, яка буде спрямована на попередження захворювань та збереження здоров'я кожної людини.

Наразі у Міністерстві утворена та працює міжвідомча експертна робоча група з міжнародною участю, яка розробляє стратегію розбудови системи громадського здоров'я та напрацьовує необхідні нормативно-правові акти у цій сфері.

Уже прийнято Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» № 1002-р, розпочав роботу Центр громадського здоров'я та розроблена низка необхідних документів.

У Концепції розвитку системи громадського здоров'я закладено засади переорієнтації фокусу системи охорони здоров'я від політики лікування до політики зміцнення здоров'я і попередження захворювань.

Наразі ключовим кроком до створення та розвитку системи громадського здоров'я повинно стати **розроблення та прийняття відповідного закону про громадське здоров'я**, який дозволить створити налагоджену систему громадського здоров'я, яка ефективно функціонуватиме, стимулюватиме бажання та надасть можливості для зміцнення власного здоров'я.

Даний вектор розвитку дозволить реалізувати Оттавську хартію ВООЗ, серед підписантів якої була й Україна. Ця хартія визнає головним ресурсом держави здоров'я людей, закликає підтримувати їх бажання до зміцнення власного здоров'я та визнати, що основне право голосу з питань, які стосуються здоров'я, умов життя і благополуччя населення, повинно належати місцевим громадам.

Міністерство охорони здоров'я підтримує Європейський план дій зі зміцнення потенціалу та послуг громадського здоров'я. 10 основних оперативних функцій громадського здоров'я – це інструменти для здійснення заходів на національному та регіональному рівнях, спрямованих на розбудову системи громадського здоров'я в Україні та посилення його потенціалу.

**Шановні гості,**

Політична трансформація України після Революції Гідності дала народження новій рушійній силі позитивних змін. Дерегуляція, децентралізація, відкритість органів влади, а також боротьба з корупцією є основними напрямками наших реформ.

Як ніхто інший, ми зацікавлені в тому, щоб побачити результати цих реформ якомога швидше. Оскільки ця конференція спрямована на мобілізацію, обмін досвідом та відкрити дискусію щодо реформ у країні, ваша допомога та експертиза наразі є ключем до вирішення нинішніх труднощів нашої країни, а також до її майбутнього, яке ми бачимо в якості повністю інтегрованого і продуктивного члена європейської сім'ї народів.

Вважаю, що це чудова нагода для спеціалістів і керівників із різних куточків країни не тільки обмінятися досвідом, новими напрацюваннями та досягненнями, а й отримати досвід іноземних спеціалістів.

Маю надію, що ця конференція стане вагомим внеском у розвиток пріоритетної для України галузі охорони здоров'я та становлення ефективної системи громадського здоров'я.

Бажаю учасникам зустрічі плідної роботи та нових творчих здобутків в ім'я збереження здоров'я громадян нашої країни!

Дякую!

**Заступник Міністра охорони здоров'я України  
з питань європейської інтеграції**



**Оксана СИВАК**



**Вітальне слово**  
**генерального директора ДУ «Центр громадського здоров'я**  
**Міністерства охорони здоров'я України» Нізової Наталії Миколаївни**  
**з нагоди проведення науково-практичної конференції з міжнародною участю**  
**«Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні»**

---

**Шановні учасники конференції!**

Маю честь привітати вас з відкриттям першої науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні».

Необхідно визнати, що сьогодні система охорони здоров'я належним чином не охоплює потреби здорового населення. Ситуація ускладнюється неупинно зростаючим тягарем неінфекційних захворювань та відсутністю адекватного впливу на їх зниження. Це призводить до того, що **Україна посідає друге місце в Європейському регіоні за рівнем смертності**, яка збільшилась на 12,7% у період із 1991 по 2012 роки, тоді як у Європейському Союзі цей показник знизився на 6,7%.

При цьому **основними причинами смертності є неінфекційні захворювання**, такі як серцево-судинні та цереброваскулярні захворювання, рак, хвороби обміну речовин тощо. Причинами такої ситуації є ряд чинників, включаючи соціально-економічну кризу, несприятливу екологічну ситуацію, високий рівень поширеності тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотиків, гіподинамія та нездорове харчування, до яких додалася військова агресія на сході країни.

Суттєві економічні негаразди призвели до того, що громадяни України перестали слідкувати за своїм здоров'ям, звертаються до лікаря вкрай запізно.

Окрім того, існуюча система громадського здоров'я є **нескоординованою, інституційно розпорошеною**, навіть ті незначні ресурси, що виділяються на утримання системи, витрачаються вкрай неефективно, переважно, на утримання застарілих систем, а не їх модернізацію та сконцентроване використання. Наразі система, на жаль, не готова до адекватного реагування на надзвичайні ситуації, через розгалуженість та нескоординованість системи не реалізуються в належному вигляді й Міжнародні медико-санітарні правила (2005 року), імплементація яких у систему охорони здоров'я країни є частиною зобов'язань на шляху європейської інтеграції України.

Саме в цьому контексті, а також в умовах оптимізації діяльності центральних органів виконавчої влади Урядом прийнято ряд важливих рішень.

Так, постановою Кабінету Міністрів України від 10 вересня 2014 р. № 442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» було прийнято рішення про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади, покликане скоротити витрати на утримання чиновницького апарату, мінімізувати корупційний чинник і тиск на бізнес, ліквідувати дублюючі та надлишкові функції контролюючих органів, відповідно до якого, Державну санітарно-епідеміологічну службу України приєднано до Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів. Зокрема, до зазначеної служби було приєднано Державну ветеринарну та фітосанітарну службу України, а також Державну інспекцію України з питань захисту прав споживачів.

Водночас, функції епідеміологічного нагляду за інфекційними захворюваннями, було покладено на Міністерство охорони здоров'я, що є притаманним саме цьому міністерству. Таку позицію було підтримано як

громадськими організаціями, так і міжнародною спільнотою (Європейська комісія, Посольство США в Україні). Відповідні рішення Уряду були підготовлені Міністерством охорони здоров'я України та схвалені Кабінетом Міністрів України.

На виконання вказаних рішень Кабінету Міністрів України, а також з метою забезпечення на виконання Плану заходів з імплементації Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, з іншої, Міністерством прийнято наказ МОЗ України від 18 вересня 2015 р. № 604 «Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

Під час ухвалення рішення про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» були враховані положення Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні, розробленої Стратегічною дорадчою групою, якою передбачається створення Національного центру контролю за захворюваннями і громадським здоров'ям шляхом злиття ряду наявних закладів та установ, створення регіональних (обласних) центрів громадського здоров'я та єдиної лабораторної мережі реагування на загрози у даній сфері.

Також були враховані рекомендації міжнародних експертів у рамках проведення оцінки «Глобальний порядок денний з питань безпеки здоров'я» та оцінки Європейською Комісією системи епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами в Україні, які у своїх звітах підкреслили розпорошеність структур у сфері громадського здоров'я та необхідність їх консолідації. Також необхідно підкреслити, що всі міжнародні партнери повністю підтримують відповідні рішення Кабінету Міністрів України та Міністерства охорони здоров'я України. Більш того, міжнародні партнери готові до розширення технічної допомоги та підтримки розвитку системи громадського здоров'я в Україні.

Створення Центру громадського здоров'я має на меті **консолідацію національних ресурсів для більш ефективного і оперативного реагування на загрози для здоров'я населення** (як інфекційного, так і неінфекційного характеру) зі збереженням кадрового та матеріально-технічного потенціалу вказаних установ. Центр громадського здоров'я розглядається як база для посилення функцій епіднагляду за інфекційними та неінфекційними захворюваннями. Серед іншого, планується запровадити сучасні інструменти для забезпечення епіднагляду у реальному часі (у тому числі запровадження інформаційних систем), розроблення та впровадження оновлених тренінгових програм для системи громадського здоров'я в цілому, покращення матеріально-технічної бази.

#### Шановні гості,

Ми розпочали розбудову системи громадського здоров'я в Україні створенням Центру громадського здоров'я МОЗ України в рамках виконання Угоди про асоціацію між Україною та ЄС. Ця державна установа покликана здійснювати стратегічне керівництво в інтересах здоров'я і благополуччя населення; профілактику, епіднагляд і контроль не лише за ВІЛ-інфекцією, туберкульозом, гепатитами та іншими інфекційними захворюваннями, але й формувати політики щодо профілактики неінфекційних захворювань, пропаганди здорового способу життя; лабораторних досліджень; прогнозування та реагування на епідемії та інші надзвичайні ситуації, що загрожують здоров'ю населення.

Маю надію, що ваш професійний досвід та лідерство є головним ресурсом цієї конференції, який дозволить нам разом розробити новий формат дорожньої карти для забезпечення становлення ефективної системи громадського здоров'я як важливої частини успіху країни.

Бажаю усім учасникам конференції цікавих дискусій та креативних ідей.

Генеральний директор  
ДУ «Центр громадського здоров'я  
Міністерства охорони здоров'я України»



Наталія НІЗОВА



**Вітальне слово**  
**керівника проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії» Нати Аваліані**  
**з нагоди проведення науково-практичної конференції з міжнародною участю**  
**«Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні»**

---

**Шановні колеги!**

Сьогодні в Україні відбуваються історичні зміни – проводиться реформа системи охорони здоров'я, яка важлива для кожного українця. Фокус інституту охорони здоров'я вже змінився від політики лікування до політики зміцнення здоров'я і попередження захворювань. Таким чином, створення і розбудова системи громадського здоров'я в Україні є одним із пріоритетів реформи. Маючи єдину мету, Міністерство охорони здоров'я, професійна спільнота, громадськість та міжнародні експерти працюють разом.

Спільними зусиллями вже багато зроблено для інституалізації нової системи в Україні: створено Управління громадського здоров'я при Міністерстві охорони здоров'я, Центр громадського здоров'я МОЗ України, Київський міський центр громадського здоров'я. У листопаді 2016 року Уряд ухвалив ключовий документ, який надав поштовх подальшого розвитку системи громадського здоров'я, а саме, Концепцію розвитку системи громадського здоров'я на 2017–2020 роки. Концепція визначає засади, напрями, завдання, механізми і строки розбудови системи громадського здоров'я з метою формування та реалізації ефективної державної політики для збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства.

Ключовою умовою успіху реформ є підготовка кадрів для нової системи громадського здоров'я. Окремим напрямком роботи міжнародних експертів, освітніх осередків та професійної спільноти є навчання фахівців медичної галузі сучасним підходам громадського здоров'я. Вже запущена серія курсів тематичного удосконалення для фахівців, що працюватимуть у реорганізованій системі громадського здоров'я України. Актуальним залишається створення програм дипломної та післядипломної освіти, включаючи магістерські програми з громадського здоров'я. Нові освітні програми сприятимуть зміцненню здатності місцевих освітніх закладів готувати фахівців у сфері епідеміології, протидії ВІЛ та туберкульозу, розробки та впровадження політики в галузі громадського здоров'я.

І цей освітній процес за міжнародними стандартами лише розпочав свій шлях вищими медичними закладами України!

У світі існує багато освітніх і дослідницьких програм громадського здоров'я, чиїм досвідом Україна може вже скористатися для розбудови системи та поліпшення власних освітніх і дослідницьких проектів в галузі епідеміології та громадського здоров'я.

Спільними зусиллями ми здатні створити сучасну і прогресивну систему громадського здоров'я, що відповідає викликам національного і глобального рівня.

**З повагою,**  
**Керівник проекту USAID**  
**«Реформа ВІД-послуг у дії»**



**Ната АВАЛІАНІ**



**КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ**

**РОЗПОРЯДЖЕННЯ**

**від 30 листопада 2016 р. № 1002-р**

**Київ**

**Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я**

1. Схвалити Концепцію розвитку системи громадського здоров'я, що додається.
2. Міністерству охорони здоров'я разом із заінтересованими центральними та місцевими органами виконавчої влади у місячний строк розробити та подати в установленому порядку Кабінетові Міністрів України проект плану заходів щодо реалізації Концепції, схваленої цим розпорядженням.

Прем'єр-міністр України  
Інд. 73

В. ГРОЙСМАН

**СХВАЛЕНО**

**розпорядженням Кабінету Міністрів України  
від 30 листопада 2016 р. № 1002-р**

**КОНЦЕПЦІЯ  
розвитку системи громадського здоров'я**

**Проблеми, які потребують розв'язання**

Здоров'я населення є однією з найбільших цінностей, необхідною умовою для соціально-економічного розвитку країни. Створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожної особи впродовж всього життя, досягнення європейських стандартів якості життя та благополуччя населення є одним із основних завдань, визначених Стратегією сталого розвитку "Україна – 2020", схваленою Указом Президента України від 12 січня 2015 р. № 5, та частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони.

Створення сприятливих умов для зміцнення та збереження здоров'я людей як найвищої соціальної цінності, забезпечення реалізації права особи на оздоровчу рухову активність стало передумовою схвалення у 2016 році Президентом України Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року "Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація".

Збереження здоров'я та забезпечення повноцінного життя людей є одними з найважливіших цілей світової спільноти, відображених у засадах європейської політики "Здоров'я – 2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя".

Радянська система охорони здоров'я в Україні збереглася майже у незмінному стані. Успадкована з радянського періоду комплексна модель Семашка, за якої вся сфера охорони здоров'я належала до державної власності та фінансувалася державою, була спрямована на утримання лікарень, характеризувалася фрагментарним управлінням, зосередженим переважно на лікуванні нетяжких гострих станів та фактичною відсутністю профілактики. Система практично ігнорувала потреби здорового населення, що не давало змоги стримувати та системно впливати на підвищення рівня неінфекційних захворювань.

За роки незалежності поодинокі заходи щодо реформування системи охорони здоров'я тільки поглибили кризу профілактичної медицини. Причинами критичної ситуації, яка склалася із станом здоров'я населення, є соціально-економічна криза, несприятлива

екологічна ситуація, високий рівень поширеності тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних засобів, недостатні фізичні навантаження, нездорове харчування, а також військова агресія Російської Федерації на сході України.

З огляду на зазначене нагальною потребою є проведення комплексної реформи системи охорони здоров'я, включаючи сферу громадського здоров'я.

У цій Концепції термін "громадське здоров'я" вживається у визначеному Всесвітньою організацією охорони здоров'я значенні.

Ця Концепція визначає систему громадського здоров'я як комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку і заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства.

Система громадського здоров'я як основа профілактичної медицини повинна передбачати основні заходи у сфері охорони здоров'я та бути спрямованою на збереження здоров'я населення і зменшення обсягу витрат на медичне обслуговування.

На сьогодні наявні поодинокі елементи системи громадського здоров'я діють незлагоджено та потребують оптимізації існуючих ресурсів та суттєвого збільшення ефективності управління ними.

Ключовим елементом системи громадського здоров'я тривалий час залишалася Держсанепідслужба, основною метою діяльності якої було забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Структура і потенціал Держсанепідслужби, її діяльність, які традиційно орієнтовані на профілактику та боротьбу з інфекційними хворобами шляхом регламентації факторів ризику і проведення перевірок дотримання вимог санітарного законодавства, залишилися неадаптованими до нових викликів суспільства та не відповідають сучасним підходам до епідеміологічного нагляду та зміцнення здоров'я населення. Зосередженість Держсанепідслужби на здійсненні тотального контролю призвела до погіршення бізнес-клімату в країні та не сприяла покращенню ситуації з рівнем захворюваності населення.

Функції у сфері громадського здоров'я у відповідній частині виконують інші центральні органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, які не включені до системи охорони здоров'я, зокрема Мінприроди, Мінагрополітики, Мінрегіон, Мінінфраструктури, МОН, Мінмолодьспорт, Держжекоінспекція, ДСНС, Держархбудінспекція.

Зазначені центральні органи виконавчої влади не взаємодіяли з Держсанепідслужбою та МОЗ у рамках єдиної системи, а конкурували і продовжують конкурувати між собою, їх функції та повноваження дублюються, обмін інформацією є формалізованим, що суттєво шкодить ефективності та оперативності реагування. Як наслідок, Держсанепідслужба провадила контроль-наглядову діяльність та надавала адміністративні послуги, а питання

проведення моніторингу, аналізу та оцінки ризиків стану здоров'я населення не вирішувалися в повному обсязі. Міжвідомча взаємодія заінтересованих центральних органів виконавчої влади є неефективною.

У рамках проведення реформи контроль-наглядових органів передбачено консолідацію функцій із здійснення державного контролю та нагляду.

У системі Держсанепідслужби на регіональному рівні існували окремі державні установи, які здійснювали лабораторні дослідження, брали участь у санітарно-епідеміологічних розслідуваннях та мали право надавати платні послуги. Незважаючи на розгалуженість лабораторної мережі, оснащення лабораторій є переважно застарілим, відсутні системи контролю якості досліджень, стандартні операційні процедури не використовуються, забезпечення витратними матеріалами є недостатнім.

Система звітності про захворювання в країні є неструктурованою, часто дублюючою. Паралельно із системою санітарно-епідеміологічної служби створено інші системи епідеміологічного нагляду за окремими інфекційними хворобами, зокрема ВІЛ-інфекцією, туберкульозом, інфекціями, що передаються статевим шляхом.

Відсутні інформаційні системи обліку, моніторингу захворювань, що функціонують у режимі реального часу. Вся звітність ведеться або дублюється на паперових носіях, що значно уповільнює процес передачі актуальної інформації, призводить до необґрунтованих витрат людських ресурсів та не використовується для прийняття управлінських рішень. Обсяг даних, що збираються, є необґрунтованим, а відсутність інформаційних систем призводить до неможливості ефективної обробки. Паралельні системи збору інформації спотворюють кінцеві дані, що не сприяє ухваленню ефективних управлінських рішень.

На регіональному рівні існують центри здоров'я, які повинні виконувати окремі функції у сфері громадського здоров'я, однак через недостатнє фінансування, а також відсутність координуючої установи такі центри не інтегровані до загальної системи громадського здоров'я.

Залучення громадянського суспільства, суб'єктів підприємницької діяльності, громадських та благодійних організацій до формування та реалізації політики у сфері громадського здоров'я є формальним, крім сфери протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу, в якій за підтримки міжнародної допомоги відіграє провідну роль.

Розгалужена мережа науково-дослідних інститутів та аналітично-дослідних установ у галузях епідеміології, інфектології, гігієни праці, охорони навколишнього природного середовища тощо у структурі МОЗ та Національної академії медичних наук не сприяє розвитку системи громадського здоров'я. Медична наука не інтегрована до світового наукового простору, не використовує сучасні методи аналізу та моделювання ситуації, що призвело до формування політики у сфері громадського здоров'я майже без урахування сучасних наукових розробок.



Система санітарних норм та правил, що сформована за радянських часів, не відповідає сучасним вимогам законодавства та кращій практиці ЄС і потребує невідкладного удосконалення.

Через розгалуженість та нескоординованість системи громадського здоров'я не виконуються на належному рівні Міжнародні медико-санітарні правила, імплементація яких у систему охорони здоров'я країни є частиною зобов'язань щодо європейської інтеграції України.

Забезпечення розвитку кадрових ресурсів у сфері громадського здоров'я є нескоординованим, систему підвищення кваліфікації фахівців фактично замінено на періодичні атестації, відсутня система мотивації, система конкурсного відбору та кар'єрного зростання. Актуальною проблемою є низький рівень оплати праці, що призводить до неможливості залучення високопрофесійних кадрів. Пріоритетним завданням є впровадження спеціальності та спеціалізації "громадське здоров'я".

Фінансування галузі охорони здоров'я залишається неефективним. Постійне недофінансування державних програм призводить, зокрема, до суттєвого зниження рівня вакцинації населення. Виконання програм боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом та туберкульозом залежить від допомоги, що надається міжнародними донорами. Водночас значні ресурси витрачаються на утримання інфраструктури Держсанепідслужби та інших профілактичних закладів охорони здоров'я, а не на їх фінансування з урахуванням результатів діяльності.

Ситуація в країні значно ускладнюється через збройний конфлікт на сході України та тимчасову окупацію Автономної Республіки Крим. Збільшилася кількість вимушених переселенців з окупованих територій, на яких населення не має або має обмежений доступ до лікарських засобів та медичних послуг, постачання води та енергетичних ресурсів (електроенергія, газ) є нестабільним. Інфраструктура зазнала значних руйнувань під час ведення бойових дій. Система охорони здоров'я в Україні, зокрема медицина катастроф, неспроможна забезпечити надання достатніх послуг у цій ситуації та провести оцінку впливу надзвичайної ситуації на здоров'я населення.

На даний час питання біологічної безпеки та біологічного захисту, зокрема у контексті ризиків, що виникають у глобалізованому світі, та оборони і безпеки, практично не врегульовані. Спеціалізована установа, що здійснює координацію реагування на спалахи особливо небезпечних інфекційних хвороб, не включена до загальної системи епідеміологічного нагляду. Значна частина функцій у галузі біологічної безпеки не виконується жодною установою.

Структурні реформи, які запроваджуються у сфері охорони здоров'я, передбачають збільшення інвестицій у зазначену сферу.

Виникає необхідність визначення нових підходів та розроблення програм для розв'язання проблем у сфері громадського здоров'я, оскільки наявна система медичної допомоги в Україні фактично не передбачає профілактичної складової частини.

## Мета і строки реалізації цієї Концепції

Ця Концепція визначає засади, напрями, завдання, механізми і строки розбудови системи громадського здоров'я з метою формування та реалізації ефективної державної політики для збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства.

Реалізувати цю Концепцію передбачається протягом 2017–2020 років.

Засадами формування системи громадського здоров'я є:

право на здоров'я та охорону здоров'я як одне з базових прав людини незалежно від її раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, мовних або інших ознак, в тому числі стану здоров'я. Суспільство може досягти свого розвитку за умови, що його члени залишатимуться здоровими. Здоров'я населення є одним з основних факторів національної безпеки та благополуччя держави, а стан індивідуального і громадського здоров'я – запорукою гармонійних відносин у суспільстві;

принцип пріоритетності збереження здоров'я населення в усіх напрямках діяльності органів державної влади, що передбачає визнання актуальних проблем у галузі охорони здоров'я комплексними і пов'язаними із соціальним детермінантом здоров'я. Соціальний детермінант здоров'я – це умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть та старіють, у тому числі сфери, що впливають на ці умови, зокрема стан економічного розвитку, соціальні норми, державна політика та політична система країни. Реалізація цього принципу передбачає провідну роль МОЗ як координатора діяльності з проведення та вдосконалення системи охорони здоров'я, впливу на соціальний детермінант здоров'я, запобігання шкідливому впливу навколишнього природного середовища на здоров'я людини;

принцип досягнення справедливості щодо здоров'я, що гарантує створення умов для реалізації кожною людиною права на здоров'я, передбачає вжиття заходів до впливу на такий соціальний детермінант здоров'я, як громадський транспорт, доступ до освіти та медичного обслуговування, доступ до здорового харчування та фізичної культури, економічні можливості. При цьому МОЗ ініціюватиме вжиття заходів та запровадження інноваційних підходів і процесів прийняття рішень, які матимуть позитивний вплив на здоров'я людини;

принцип солідарної відповідальності, що визнає взаємну залежність та відповідальність певних територіальних громад, спільнот, сімей та окремих осіб за їх діяльність або бездіяльність щодо досягнення та підтримки найвищого рівня показників здоров'я. Держава

зобов'язується залучати суб'єктів підприємницької діяльності, професійних об'єднань та громадянського суспільства для прийняття спільних рішень щодо усунення загальних загроз здоров'ю та покращення благополуччя населення;

принцип доказовості та економічної доцільності як базовий принцип прийняття управлінських рішень у системі громадського здоров'я з метою забезпечення права на здоров'я та охорону здоров'я у довгостроковій перспективі. Держава буде використовувати та розвивати наявний потенціал для визначення найбільш оптимальних шляхів розв'язання проблем громадського здоров'я з урахуванням передового міжнародного досвіду та кращої світової практики. Пріоритетність напрямів здійснення заходів у системі громадського здоров'я визначатиметься з урахуванням ефективності витрат;

принцип цілісного підходу до здоров'я, що передбачає сукупність його фізичної, психічної, психологічної, духовної і соціальної складових частин.

Організаційними принципами формування системи громадського здоров'я є:

законність – відповідність Конституції і законам України та міжнародним договорам;

міжгалузеве співробітництво та координація – створення механізмів узгодження цілей, пріоритетів, завдань та заходів у сфері громадського здоров'я;

визначення пріоритетів – послідовність виконання програм та здійснення заходів відповідно до потреб держави та очікувань суспільства;

ефективність – досягнення максимально можливих результатів за рахунок мінімально необхідних витрат;

підзвітність – регулярне звітування перед суспільством та територіальними громадами про результати роботи у доступній формі;

спадкоємність – збереження та передача цінностей, норм, знань, досвіду для подальшого використання і забезпечення послідовної реалізації державної політики незалежно від політичної ситуації.

Для реалізації цієї Концепції передбачається розробити план заходів на 2017–2020 роки.

### **Шляхи і способи розв'язання проблем**

Розв'язання проблем передбачається здійснити шляхом:

створення багатосекторальної системи громадського здоров'я з координуючою роллю МОЗ;

посилення ролі Міністра охорони здоров'я у сфері громадського здоров'я через запровадження принципу пріоритетності збереження здоров'я населення в усіх напрямках діяльності органів державної влади та визначення на законодавчому рівні повноважень Міністра щодо подолання загроз та наслідків надзвичайних ситуацій, які можуть мати негативний вплив на здоров'я населення;

гармонізації нормативно-правової бази в сфері громадського здоров'я з європейським законодавством;

запровадження багатосекторального підходу до розв'язання проблем у сфері громадського здоров'я для

раціонального використання наявних людських та матеріальних ресурсів;

забезпечення функціонування Центру громадського здоров'я МОЗ як координатора програм та проектів громадського здоров'я;

зменшення політичного впливу на діяльність Центру громадського здоров'я МОЗ шляхом утворення в його структурі наглядової ради з відповідними повноваженнями;

задоволення на національному та регіональному рівні потреби населення щодо здоров'я, проведення оцінки ризиків і розв'язання проблем у сфері громадського здоров'я;

забезпечення централізації та децентралізації через передачу визначених функцій у сфері громадського здоров'я та ресурсів органам місцевого самоврядування;

залучення медичних працівників усіх рівнів, насамперед первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, до виконання окремих завдань у сфері громадського здоров'я та розширення їх повноважень щодо надання послуг у сфері громадського здоров'я (від профілактичних до паліативних);

визначення пріоритетів у сфері громадського здоров'я для забезпечення їх першочергового фінансування;

удосконалення аналітичної та інформаційної складових частин діяльності у сфері громадського здоров'я, створення інформаційних баз даних та системи обміну інформацією у режимі реального часу;

перехід від системи тотального контролю до системи стимулювання особистої відповідальності за збереження та зміцнення здоров'я;

утворення при МОЗ міжвідомчої координаційної ради з питань формування замовлення на наукову продукцію у сфері громадського здоров'я за кошти державного бюджету з включенням до її складу представників заінтересованих центральних органів виконавчої влади, громадських та професійних об'єднань;

запровадження механізмів фінансування системи громадського здоров'я, забезпечення прозорості та підзвітності використання доступних ресурсів.

Забезпечення розвитку системи громадського здоров'я здійснюватиметься за такими напрямками:

створення єдиної системи громадського здоров'я, що передбачає:

- реалізацію визначеного Всесвітньою організацією охорони здоров'я принципу пріоритетності збереження здоров'я населення в усіх напрямках діяльності органів державної влади;

- посилення ролі МОЗ як центрального органу виконавчої влади, відповідального за реалізацію державної політики у сфері громадського здоров'я;

- проведення аудиту, оптимізацію мережі та консолідацію аналітичних ресурсів науково-дослідних установ та лабораторних центрів МОЗ;

- покладення на Центр громадського здоров'я МОЗ функцій із супроводження управлінських рішень у сфері громадського здоров'я, зокрема із створення та підтримки

єдиної інформаційно-аналітичної системи медичної інформації, методичного керівництва лабораторною та аналітичною роботою регіональних центрів громадського здоров'я;

- визначення провідних спеціалізованих дослідних установ МОЗ у сфері громадського здоров'я, зокрема біологічної безпеки та біологічного захисту;

- проведення аудиту мережі лабораторних центрів МОЗ з метою її оптимізації;

- посилення функцій з біологічної безпеки та біологічного захисту МОЗ;

- визначення ефективного механізму співпраці центральних органів виконавчої влади з метою обміну інформацією про фактори, що впливають на стан здоров'я населення;

- утворення національного та регіональних міжвідомчих колегіальних дорадчих органів з питань громадського здоров'я, залучення до їх роботи представників громадянського суспільства;

- забезпечення зв'язку із системою первинної медико-санітарної допомоги, зокрема шляхом визначення пріоритетів та проведення спільних заходів;

- виконання функцій у сфері громадського здоров'я на регіональному рівні шляхом об'єднання та оптимізації наявних ресурсів;

- запровадження стратегічного планування розвитку системи громадського здоров'я із залученням заінтересованих сторін, що дасть змогу визначити місію, цілі та заходи у сфері громадського здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівні;

удосконалення законодавчої бази, що передбачає:

- визначення на законодавчому рівні засад державної політики у сфері громадського здоров'я та прийняття закону про систему громадського здоров'я;

- підготовку проектів нормативно-правових актів, що регулюють питання у сфері громадського здоров'я, з метою забезпечення функціонування єдиної системи громадського здоров'я, оптимізації регуляторної політики у сфері громадського здоров'я;

- удосконалення санітарних норм і правил з урахуванням міжнародної практики та сучасних соціально-економічних умов;

- адаптацію законодавства у сфері громадського здоров'я до законодавства ЄС, зокрема перехід до застосування технічних регламентів (у частині безпечності нехарчової продукції);

посилення ролі МОЗ, Центру громадського здоров'я МОЗ та розвиток системи громадського здоров'я в цілому, що передбачає:

- посилення інформаційно-аналітичної складової частини діяльності, зокрема шляхом удосконалення та уніфікації підходів до підготовки статистичної звітності та впровадження єдиних інформаційних систем і технологій;

- розроблення та впровадження навчальних програм з урахуванням кращого європейського та міжнародного досвіду;

- проведення центральними органами виконавчої влади державного соціально-гігієнічного моніторингу та

формування бази даних про стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини за результатами аналізу причин та наслідків впливу на стан здоров'я населення середовища життєдіяльності людини;

- покращення якості послуг, що надаються лабораторними установами, шляхом стандартизації порядку і процедур діяльності, розвиток існуючої мережі референс-лабораторій, запровадження нових методик проведення досліджень;

- розмежування функцій з проведення оцінки та управління ризиками у сфері громадського здоров'я;

- удосконалення процедури проведення моніторингу, оцінки та обґрунтування процесу ухвалення рішень;

формування інформаційної та комунікаційної складових частин системи громадського здоров'я, що передбачає:

- організацію проведення загальнонаціональних інформаційно-просвітницьких кампаній щодо попередження захворювань та переваг здорового способу життя;

- підтримку та розвиток технологій, спрямованих на здобуття знань, вмін та навичок щодо управління здоров'ям;

- забезпечення системності інформаційних повідомлень стосовно здоров'я населення;

- удосконалення механізмів фінансування та консолідація державних ресурсів для системи громадського здоров'я, що передбачає:

- залучення додаткових коштів за рахунок джерел, не заборонених законодавством;

- додаткове фінансування регіональних ініціатив у сфері громадського здоров'я шляхом проведення відкритих конкурсів на засадах конкуренції та відбору найкращих пропозицій;

- формування державної політики з урахуванням принципів державно-приватного партнерства для вирішення соціально значимих питань у сфері громадського здоров'я;

- оптимізацію ресурсів, у тому числі фінансових, які спрямовувалися на утримання інфраструктури, за рахунок запровадження сучасних технологій та методів роботи, а також вирішення питання щодо можливої передачі лабораторних центрів МОЗ на обласному та районному рівні до спільної власності територіальних громад;

- запровадження механізмів функціонування, зокрема фінансування, лабораторних підрозділів закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування як єдиної мережі з метою реагування на загрози у сфері громадського здоров'я, у тому числі міжрегіональних (міжобласних) лабораторних центрів.

### Очікувані результати

Реалізація цієї Концепції сприятиме: створенню системи формування державної політики у сфері громадського здоров'я, що передбачає:

- формування Верховною Радою України основ державної політики у сфері громадського здоров'я

шляхом закріплення на законодавчому рівні засад функціонування системи громадського здоров'я, визначення її основних напрямів, пріоритетів і завдань, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, затвердження загальнодержавних програм у сфері громадського здоров'я;

- здійснення Кабінетом Міністрів України організації розроблення та виконання державних цільових програм, визначення економічних, правових та організаційних механізмів, стимулювання ефективної діяльності у сфері громадського здоров'я, укладення міждержавних угод і координації міжнародного співробітництва у сфері громадського здоров'я;

- розроблення органами місцевого самоврядування місцевих і регіональних комплексних та цільових програм з вирішення пріоритетних питань у сфері громадського здоров'я;

визначенню ефективних механізмів фінансування системи громадського здоров'я, зокрема:

- фінансуванню системи громадського здоров'я за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, міжнародної технічної допомоги, благодійних фондів та інших джерел, не заборонених законодавством, шляхом оплати робіт у сфері громадського здоров'я, залученню висококваліфікованого персоналу для виконання завдань та функцій у сфері громадського здоров'я, створенню конкурентоспроможного середовища для розвитку наукових розробок у сфері громадського здоров'я;

- використанню фінансових ресурсів для розвитку інфраструктури або закупівлі необхідних робіт і послуг шляхом моделювання процесів, проведення аналізу і прогнозування їх економічної ефективності, а також їх впливу на функціонування системи громадського здоров'я;

- залученню інвестицій в систему громадського здоров'я за результатами аналізу загального обсягу витрат на використання обладнання протягом строку його експлуатації (Full Cost of Ownership);

- розробленню Центром громадського здоров'я МОЗ моделей фінансування функцій у сфері громадського здоров'я та підготовці ним пропозицій щодо фінансового забезпечення таких функцій з урахуванням можливостей існуючої інфраструктури;

- фінансуванню надання послуг у сфері громадського здоров'я шляхом закупівель таких послуг;

- фінансуванню виконання програм у сфері громадського здоров'я на регіональному рівні за рахунок коштів відповідних місцевих бюджетів у порядку, визначеному законодавством;

визначенню МОЗ ключовим центральним органом виконавчої влади в системі громадського здоров'я, на який покладатимуться такі функції:

- здійснення управління системою охорони здоров'я шляхом розроблення проектів актів законодавства, прийняття управлінських рішень з урахуванням результатів оцінки ризиків;

- визначення пріоритетів у сфері громадського здоров'я, зокрема встановлення цільових орієнтирів щодо здоров'я населення;

- забезпечення реалізації принципу пріоритетності збереження здоров'я населення в усіх напрямках діяльності органів державної влади шляхом здійснення міжвідомчої координації та забезпечення взаємодії з іншими органами виконавчої влади у сфері охорони здоров'я;

- забезпечення здійснення заходів щодо зміцнення потенціалу і надання послуг у сфері громадського здоров'я в рамках програми Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я "Здоров'я – 2020: основи Європейської політики на підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя";

- забезпечення визначення соціального детермінанта здоров'я та соціальної справедливості для узгодження дій в усіх секторах державного управління та заінтересованих сторін;

- визначення пріоритетів забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, протидії інфекційним та неінфекційним хворобам;

- забезпечення розроблення державних програм і планів заходів у сфері громадського здоров'я;

- координація діяльності щодо проведення наукових досліджень у сфері громадського здоров'я;

- забезпечення готовності до спалахів особливо небезпечних інфекційних хвороб та імплементації Міжнародних медико-санітарних правил;

- розроблення, виконання та проведення моніторингу державних програм у сфері громадського здоров'я (вакцинація, протидія ВІЛ-інфекції/СНІДу тощо);

- забезпечення здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду за інфекційними та неінфекційними хворобами, проведення моніторингу та реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, у тому числі розслідування (із залученням відповідальних органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування) епідемій та спалахів інфекційних хвороб, що мають загальнодержавне значення;

- надання практичної допомоги органам охорони здоров'я (за їх запитом) на регіональному та місцевому рівні щодо ліквідації спалахів інфекційних хвороб та неінфекційних захворювань, отруєнь, медичних наслідків стихійних лих тощо;

- проведення оцінки ризиків для громадського здоров'я;

- проведення моніторингу стану здоров'я населення, аналізу причин та наслідків щодо впливу факторів навколишнього природного середовища (забруднення, харчування, професійне середовище тощо) на стан здоров'я населення, розроблення відповідних пропозицій;

- забезпечення функціонування державної мережі лабораторій для реагування на надзвичайні події у сфері громадського здоров'я (лабораторії з рівнем захисту не нижче BSL-2), у тому числі референс-лабораторій за основними видами лабораторних досліджень, та дослідного центру з виявлення та вивчення збудників особливо небезпечних інфекційних хвороб з утриманням

національної колекції штамів збудників особливо небезпечних інфекційних хвороб;

- забезпечення міжнародного співробітництва у сфері громадського здоров'я з метою інтеграції України до міжнародних систем санітарно-епідеміологічного нагляду;

- вивчення питання відновлення виробництва вакцин, експрес-тестів для збудників особливо небезпечних інфекційних хвороб та інших матеріалів для лабораторних закладів;

- надання організаційно-методологічної допомоги центрам громадського здоров'я;

- планування та організація проведення загальнодержавних інформаційних кампаній, спрямованих на популяризацію здорового способу життя, зміцнення здоров'я населення;

визначенню функцій у сфері громадського здоров'я, що виконують центральні органи виконавчої влади, які здійснюють формування та реалізацію державної політики у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів та імунобіологічних препаратів, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; у сфері національної безпеки, охорони навколишнього природного середовища та екологічної безпеки; державної регіональної політики, державної житлової політики і державної політики у сфері будівництва, архітектури, містобудування, житлово-комунального господарства; державної аграрної політики та державної політики у сфері продовольчої безпеки; державної політики у сферах промислової безпеки, охорони праці, гігієни праці та соціальної політики, державної політики у сфері зайнятості населення та трудової міграції; у сфері освіти і науки, наукової, науково-технічної та інноваційної діяльності, трансферу (передачі) технологій; охорони державного кордону, митної справи; у сфері цивільного захисту, захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій; у молодіжній сфері, сфері фізичної культури і спорту, національно-патріотичного виховання;

визначенню повноважень органів місцевого самоврядування (обласних рад, їх виконавчих органів, а до їх утворення облдержадміністрацій) щодо реалізації державної політики у сфері громадського здоров'я, зокрема:

- створення регіональних центрів громадського здоров'я (комунальні заклади, установи, підприємства);

- визначення пріоритетів формування регіональної політики та стратегічного управління з питань громадського здоров'я;

- розроблення регіональних планів комплексних заходів та програм з профілактики та лікування захворювань, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив, та проведення моніторингу їх виконання;

- створення чіткої та прозорої регіональної системи звітності щодо виконання програм і реалізації проектів у сфері громадського здоров'я та проведення громадських слухань з обговорення питань щодо стану здоров'я населення та його соціального детермінанта;

- забезпечення координації дій у сфері громадського здоров'я усіх заінтересованих сторін на регіональному рівні;

- дотримання методичних вимог та рекомендацій, а також виконання замовлення на проведення досліджень Центру громадського здоров'я МОЗ та інших установ Міністерства, у тому числі на умовах аутсорсингу;

- реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, що мають регіональне значення, зокрема локальні спалахи інфекційних хвороб;

- забезпечення організації проведення моніторингу причин і умов виникнення інфекційних хвороб та отруєнь і надання матеріалів за його результатами відповідним центральним органам виконавчої влади, зокрема Держпродспоживслужбі, Держпраці;

- забезпечення розвитку та функціонування систем санітарно-епідеміологічного нагляду, проведення оцінки та комплексного аналізу основних факторів ризику (поведінкові, біологічні тощо) та соціального детермінанта здоров'я, здійснення санітарно-епідеміологічного нагляду (спостереження) та подання матеріалів до інформаційної системи Центру громадського здоров'я МОЗ;

- створення карти поширення захворювань, проведення аналізу доступності медичної допомоги на регіональному рівні, планування та організації проведення спеціальних досліджень, у тому числі виконання скринінгових програм;

- формування баз даних про стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини за результатами аналізу причин та наслідків впливу на стан здоров'я населення середовища життєдіяльності людини;

- розроблення і реалізації регіональних стратегій формування усвідомленого та відповідального ставлення населення до власного здоров'я та особистої безпеки;

- проведення регіональних інформаційних кампаній у сфері громадського здоров'я;

визначенню повноважень органів місцевого самоврядування на районному та місцевому рівні, зокрема спеціалістів з питань громадського здоров'я (епідеміологів), щодо:

- залучення центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, індивідуальних лікарів (загальної практики – сімейних лікарів, медичного персоналу, об'єднань громадян та волонтерів до здійснення протиепідемічних та профілактичних заходів щодо інфекційних хвороб, проведення індивідуальної та масової профілактики захворювань, аналізу стану здоров'я населення, розроблення рекомендацій щодо профілактики і зниження впливу негативних факторів виникнення захворювань, розслідування поодиноких випадків інфекційних хвороб, проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань профілактики інфекційних хвороб та неінфекційних захворювань, навчання населення з питань здорового способу життя;

- своєчасного інформування про випадки інфекційних хвороб, отруєнь серед населення;

- розслідування випадків та спалахів інфекційних хвороб, які не поширюються за межі домогосподарств;

- виконання програм у сфері громадського здоров'я;

- участі у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я, які мають локальне значення;

створенню ефективної системи розвитку людських ресурсів у сфері громадського здоров'я, що передбачає:

- визнання кадрового забезпечення як невід'ємної частини розвитку сфери громадського здоров'я;

- розроблення і реалізацію стратегії розвитку кадрових ресурсів, у тому числі визначення реальних та прогнозних потреб, планування і здійснення підготовки кадрів, раціонального розподілу, управління ресурсами;

- реформування системи додипломної та післядипломної підготовки працівників системи громадського здоров'я та їх безперервного професійного розвитку, запровадження спеціальності та спеціалізації "громадське здоров'я";

- навчання за окремими магістерськими програмами у вищих навчальних закладах, на курсах підвищення кваліфікації або дистанційно фахівців, що працюють у сфері громадського здоров'я;

- запровадження у вищих навчальних закладах за базовими спеціальностями програм з науково обґрунтованої професійної діяльності в сфері громадського здоров'я для забезпечення проведення комплексної оцінки і моніторингу стану здоров'я населення, виявлення факторів, що впливають на здоров'я населення, здійснення заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я населення і оцінювання їх ефективності;

- проведення тренінгів з питань практичної (польової) епідеміології;

- формування інноваційного стилю роботи з використанням нових форм співпраці працівників системи громадського здоров'я і медичної допомоги, а також працівників системи охорони здоров'я, соціальних служб;

- забезпечення вищими навчальними закладами профільної поглибленої підготовки випускників до провадження науково-дослідницької, науково-виробничої та проектної професійної діяльності;

- відповідальність МОЗ за формування та розвиток кадрових ресурсів у сфері громадського здоров'я;

- забезпечення Центром громадського здоров'я МОЗ проведення оцінки потреб та планування розвитку людських ресурсів, проведення оцінки навчальних потреб, розроблення навчальних програм у сфері громадського здоров'я;

- проведення навчання з питань громадського здоров'я лікарів усіх спеціальностей та інших працівників системи охорони здоров'я, а також спеціалістів інших галузей, у тому числі журналістики, соціальної роботи, у соціальній та природничій науковій сфері;

підвищення медичної грамотності населення шляхом:

- забезпечення доступу, розуміння і використання відповідної інформації з метою зменшення ризику, профілактики хвороб та зміцнення здоров'я;

- протидії активній рекламі небезпечної продукції і способу життя, зокрема нездорового харчування,

шкідливих звичок, низької рухової активності, безконтрольного та нераціонального застосування лікарських засобів;

- створення, підтримки і відновлення довіри до лікарів та інших працівників системи охорони здоров'я;

- визначення МОЗ та Центром громадського здоров'я МОЗ особливостей сприйняття і потреб різних соціальних груп населення та професійної спільноти, поширення серед них інформації з використанням засобів масової інформації;

- навчання фахівців у сфері громадського здоров'я з питань комунікації;

прийняттю управлінських рішень у системі громадського здоров'я з урахуванням принципів доказовості та економічної доцільності шляхом:

- використання та розвитку наявного наукового та аналітично-дослідницького потенціалу системи охорони здоров'я для визначення найбільш оптимальних шляхів розв'язання проблем громадського здоров'я з урахуванням кращої світової практики;

- проведення операційних досліджень, які вивчають конкретну проблему в рамках конкретної програми, а не загальні питання щодо охорони здоров'я та проблеми, для розв'язання яких необхідно прийняття програмних управлінських рішень;

- співпраці між органами державної влади і органами місцевого самоврядування та науково-дослідними установами для визначення проблематики дослідження, розроблення програми дослідження, проведення дослідження, аналізу та інтерпретації результатів;

- визнання результатів дослідження, які використовуються для прийняття управлінських рішень;

- координації Центром громадського здоров'я МОЗ дій з проведення операційних досліджень у сфері громадського здоров'я.

Розвиток системи громадського здоров'я сприятиме:

запровадженню інтегрованого підходу до розв'язання проблем громадського здоров'я з метою раціонального використання наявних людських та матеріальних ресурсів;

отриманню достовірної інформації про стан здоров'я населення;

створенню чіткої та прозорої системи звітності про результати впровадження програм і проектів у сфері громадського здоров'я;

підвищенню рівня поінформованості населення та органів державної влади про стан здоров'я населення, умови його збереження та пріоритети розвитку медичної галузі;

підвищенню ефективності використання бюджетних коштів у сфері громадського здоров'я та запровадження індикаторів ефективності їх використання;

збільшенню середньої тривалості життя людини; зниженню рівня загальної захворюваності, інвалідності та смертності населення;

зниженню рівня передчасної смертності від серцево-судинних захворювань, раку, діабету та хронічних респіраторних захворювань;

зниженню рівня захворюваності і смертності від туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІДУ та інших соціально небезпечних захворювань;

зниженню рівня зловживання алкоголем, неналежної фізичної активності, споживання населенням тютюнових виробів, надмірної кількості солі та цукру тощо;

зниженню рівня захворюваності на ожиріння та діабет.

### **Обсяг фінансових, матеріально-технічних, трудових ресурсів**

Фінансування заходів щодо реалізації цієї Концепції здійснюється за рахунок коштів державного і місцевих бюджетів у межах асигнувань, що передбачаються на відповідний рік, благодійних фондів, міжнародної технічної та фінансової допомоги та інших джерел, не заборонених законодавством.

Г.О. Слабкий, В.І. Миронюк, Л.О. Качала

## **Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст**

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

У 2012 р. Європейським регіональним бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) прийнято документ «Європейський план дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я» (ЄДП), який став дороговказом у розвитку громадського здоров'я в Європейському регіоні.

### **Мета**

Метою ЄДП є надання підтримки 53 європейських держав – членів ВООЗ у справі поліпшення здоров'я, скорочення нерівності, а також у забезпеченні здійснення *оперативних функцій громадського здоров'я* (ОФГЗ) і основного переліку доступних, високоякісних, ефективних послуг системи громадського здоров'я на індивідуальному, місцевому та популяційному рівнях, а також зміцнення потенціалу системи громадського здоров'я.

### **Завдання**

Завдання ЄДП полягає в розробці, здійсненні, моніторингу, оцінюванні дій зі зміцнення потенціалу та послуг системи громадського здоров'я в ході широкого консультативного процесу, у якому беруть участь усі 53 європейські держави – члени ВООЗ та основні міжнародні партнери.

### **Керівні принципи**

ЄДП щодо зміцнення потенціалу та послуг системи громадського здоров'я в масштабах всієї Європи – не просто технічний документ. Це ініціатива, орієнтована на практичні дії, а її розробка і реалізація відображають цінності та принципи, закладені в основах політики «Здоров'я – 2020», у якій представлено бачення і напрям політики в інтересах здоров'я в Європі в ХХІ ст. І основи політики «Здоров'я – 2020», і ЄДП закликають до забезпечення прихильності справі поліпшення здоров'я і скорочення нерівності із застосуванням загальнодержавного підходу і в масштабах усього суспільства. Тобто завдання поліпшення громадського здоров'я передбачає відповідні механізми стратегічного управління, а процес прийняття рішень спирається на базові принципи прав людини, соціальної справедливості, партнерських відносин та сталого розвитку.

ЄДП є одним з основоположних компонентів політики «Здоров'я – 2020». Ключові сфери діяльності стосуються зміцнення і подальшого розвитку і підтримки

існуючого потенціалу та послуг системи громадського здоров'я з метою поліпшення здоров'я і скорочення нерівності за допомогою впливу на соціальні детермінанти здоров'я.

Об'єднуючим принципом системи громадського здоров'я є властивий їй суспільний характер, а також той факт, що вона орієнтована головним чином на здоров'я населення в цілому. Система громадського здоров'я може розумітися як ключовий аспект ширшої системи охорони здоров'я і може відігравати важливу роль у збільшенні ефективності та результативності роботи системи охорони здоров'я.

Пропонується зберегти визначення поняття «системи охорони здоров'я», яке затверджене у 2008 р. Талліннською хартією:

*«У політичних і інституційних межах кожної країни система охорони здоров'я – це сукупність усіх державних і приватних організацій, установ, структурі ресурсів, призначення яких – покращувати, зберігати або відновлювати здоров'я людей. Системи охорони здоров'я передбачають надання як індивідуальних, так і громадських послуг, а також дії щодо забезпечення впливу на політику і діяльність інших секторів з метою приділення необхідної уваги соціальним, екологічним та економічним детермінантам здоров'я».*

Система охорони здоров'я (очолювана міністерством охорони здоров'я) відіграє центральну роль в управлінні у сфері охорони громадського здоров'я та надання послуг громадської охорони здоров'я. Таким чином, охорона громадського здоров'я також безпосередньо стосується систем охорони здоров'я, а ці системи, своєю чергою, можуть бути ефективні, тільки якщо мають у своєму складі потужний компонент, пов'язаний з послугами громадської охорони здоров'я.

### **Основні оперативні функції (ОФГЗ)**

Десять ОФГЗ запропоновані в формі докладного переліку для оцінювання потенціалу та послуг системи громадського здоров'я, а також дій, необхідних для їх покращення. Вони належать до найважливіших послуг системи громадського здоров'я (ОФГЗ 1–5), а також стосуються всіх аспектів (ОФГЗ 6–10) і сприяють здійсненню ОФГЗ 1–5. Не передбачається, що ОФГЗ розглядатимуться як 10 окремих послуг. Їх можна буде адаптувати залежно від різних умов і виконувати групами або блоками. Наприклад, ОФГЗ 1 і 2 в основному стосуються аналітичної інформації з питань громадського



здоров'я, яка може використовуватися в процесі вирішення завдань щодо захисту й зміцнення здоров'я і профілактики хвороб (ОФГЗ 3–5), тоді як ОФГЗ 6–10 покликані сприяти вдосконаленню надання послуг у цілому.

### Десять основних оперативних функцій громадського здоров'я

1. Епіднадгляд та оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення.

2. Моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і під час надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я.

3. Захист здоров'я, у тому числі забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів тощо.

4. Зміцнення здоров'я, у тому числі вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я.

5. Профілактика хвороб, у тому числі раннє виявлення порушень здоров'я.

6. Забезпечення стратегічного управління в інтересах здоров'я і благополуччя.

7. Забезпечення сфери суспільної громадського охорони здоров'я достатньою кількістю кваліфікованими кадрами.

8. Створення стійких організаційних структур і забезпечення їх фінансування.

9. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я.

10. Сприяння розвитку досліджень у сфері охорони здоров'я для наукового обґрунтування відповідної політики і практики.

### ОФГЗ 1. Епіднадгляд та оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення

*Опис оперативної функції:* створення та забезпечення функціонування систем епіднадгляду з метою моніторингу частоти виникнення і поширеності хвороб, а також систем медико-санітарної інформації для кількісного оцінювання захворюваності і показників стану здоров'я населення. Іншими складовими цієї оперативної функції є оцінка показників здоров'я місцевих громад, виявлення проблем і нерівностей за показниками здоров'я конкретних груп населення, виявлення потреб і планування дій на основі об'єктивних даних.

- 1.1. Епіднадгляд у сфері демографічної статистики.
- 1.2. Епіднадгляд за інфекційними хворобами.
- 1.3. Епіднадгляд за неінфекційними захворюваннями.
- 1.4. Епіднадгляд за станом соціального і психічного здоров'я.
- 1.5. Епіднадгляд за здоров'ям матері й дитини.
- 1.6. Епіднадгляд у сфері гігієни навколишнього середовища.
- 1.7. Епіднадгляду сфері гігієни праці.
- 1.8. Епіднадгляд за травматизмом і насильством.
- 1.9. Епіднадгляд за внутрішньолікарняними інфекціями.

1.10. Епіднадгляд за стійкістю до антибіотиків.

1.11. Огляди стану здоров'я і поведінкових аспектів здоров'я.

1.12. Систематичний опис (картування) виявлених нерівностей щодо здоров'я.

1.13. Інтегрування і аналіз даних (у тому числі оцінювання здоров'я місцевих громад) з метою визначення потреб населення, виявлення груп ризику і моніторингу прогресу у вирішенні завдань охорони здоров'я (за сферами 1.1–1.8).

1.14. Публікація звітних даних для різних аудиторій (за сферами 1.1–1.8).

### ОФГЗ 2. Моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і під час надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я

*Опис оперативної функції:* моніторинг, виявлення і прогнозування найбільших біологічних, хімічних і фізичних ризиків для здоров'я на робочому місці і в навколишньому середовищі; застосування методів та інструментів оцінювання ризику у сфері гігієни навколишнього середовища; створення доступної інформації і попереджень для населення; планування і здійснення втручань, спрямованих на мінімізацію ризиків для здоров'я. Забезпечення готовності до управління надзвичайними ситуаціями, в тому числі складання відповідних планів дій; розробка систем для збору даних, профілактики та контролю захворюваності; застосування комплексного та орієнтованого на співпрацю підходу по відношенню до різних державних органів, які беруть участь у управлінні.

*А. Моніторинг і реагування на небезпеки для здоров'я*

2.А.1. Хімічні небезпеки.

2.А.2. Біологічні небезпеки (включаючи епідемії інфекційних хвороб).

2.А.3. Небезпеки, пов'язані з випромінюваннями.

2.А.4. Ядерні небезпеки.

*В. Контроль небезпек для здоров'я, пов'язаних із навколишнім середовищем*

2.В.1. Система оцінювання фактичних або очікуваних наслідків для здоров'я впливу факторів навколишнього середовища з відповідним потенціалом, засобами і методами.

2.В.2. Механізми і процедури виявлення імовірного небезпечного впливу.

2.В.3. Система і процедури оцінювання і контролю у сфері гігієни праці.

2.В.4. Система і процедури оцінювання якості повітря і надійності відповідних стандартів.

2.В.5. Система і процедури оцінювання якості води та надійності відповідних стандартів.

2.В.6. Система і процедури виявлення хімічних або фізичних небезпек для здоров'я шляхом аналізу даних нагляду або епідеміологічних досліджень.

2.В.7. Система і процедури оцінювання, управління і комунікації ризиків щодо безпеки харчових продуктів.

2.В.8. Система і процедури оцінювання ризику щодо споживчих товарів, косметики та дитячих іграшок.

2.В.9. Механізми і процедури моніторингу прогресу в дотриманні Міжнародних медико-санітарних правил (ММСП).

*С. Лабораторна підтримка під час розслідування загроз здоров'ю*

2.С.1. Наявність легкодоступних лабораторій, здатних надавати підтримку під час дослідження проблем, ризиків та надзвичайних ситуацій у системі громадського здоров'я.

2.С.2. Наявність легкодоступних лабораторій, здатних задовольняти типові планові потреби діагностики й епідагляду.

2.С.3. Здатність підтвердити дотримання лабораторіями нормативів і стандартів за допомогою агентств акредитації та ліцензування.

2.С.4. Здатність регулювати обробку лабораторних проб за допомогою інструкцій або протоколів.

2.С.5. Адекватність системи лабораторій громадського здоров'я та її здатність здійснювати експрес-скринінг і масові тестування з метою рутинної діагностики та епідагляду.

2.С.6. Можливість своєчасно отримувати точні лабораторні результати для діагностики і дослідження загроз у сфері охорони здоров'я.

*О. Готовність до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я та реагування на них*

2.О.1. Здатність давати визначення і описувати надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, які можуть потребувати застосування плану екстрених заходів у відповідь.

2.О.2. Розробка плану, в якому зазначено організаційні обов'язки, передбачено комунікаційні та інформаційні мережі та чітко визначено стандартні процедури оповіщення та евакуації населення.

2.О.3. Періодичне оцінювання готовності до заходів швидкого реагування, у тому числі тестування плану дій у надзвичайних ситуаціях шляхом проведення кабінетних і масштабних навчань.

2.О.4. Розробка письмових протоколів для проведення екстреного епідеміологічного розслідування.

2.О.5. Оцінювання ефективності аналізу попередніх інцидентів і виявлення можливостей для поліпшення.

2.О.6. Підтримка письмових протоколів щодо здійснення програми відстеження джерела й осіб, що контактували, у разі інфекційних захворювань або впливу токсичних речовин.

2.О.7. Ведення реєстру осіб, що володіють технічними навичками і мають досвід дій під час різних природних і антропогенних надзвичайних ситуацій.

2.О.8. Координація з іншими секторами/координований підхід відповідно до вимог цивільної оборони.

2.О.9. Дотримання Міжнародних медико-санітарних правил (ММСП) у сфері планування на випадок надзвичайних ситуацій.

### **ОФГЗ 3. Захист здоров'я, у тому числі забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів тощо**

*Опис оперативної функції:* діяльність з оцінювання і комунікації ризиків, управління ними з метою забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці та харчових продуктів. Органи системи громадського здоров'я здійснюють нагляд за правозастосуванням дій, які впливають на здоров'я. Ця оперативна функція передбачає інституційну спроможність розробляти нормативні та правозастосовні механізми щодо захисту громадського здоров'я, здійснення епідагляду за хворобами і моніторингу дотримання встановлених нормативів, правил і стандартів, а також здатність видавати нові закони і нормативні положення, спрямовані на поліпшення здоров'я населення, забезпечення безпеки харчових продуктів, питної води і здорового навколишнього середовища.

#### *А. Безпека навколишнього середовища*

3.А.1. Технічні можливості для оцінювання ризиків у сфері хімічної безпеки.

3.А.2. Технічні можливості для оцінювання ризиків у сфері шумового забруднення навколишнього середовища.

3.А.3. Технічні можливості для оцінювання ризиків у сфері зміни клімату.

#### *В. Безпека праці*

3.В.1. Технічні можливості для оцінювання ризиків у сфері гігієни праці.

#### *С. Безпека харчових продуктів*

3.С.1. Технічні можливості для оцінювання і комунікації ризиків, управління ними у сфері безпеки харчових продуктів.

#### *О. Інші сфери*

3.О.1. Технічні можливості для оцінювання ризиків у сфері поведінкових аспектів здоров'я.

3.О.2. Технічні можливості для оцінювання ризиків, пов'язаних з лікувально-профілактичними установами та програмами.

3.О.3. Технічні можливості для оцінювання ризиків, пов'язаних з ліками.

3.О.4. Технічні можливості для оцінювання ризиків, пов'язаних із споживчими товарами, косметикою і дитячими іграшками.

3.О.5. Технічні можливості для оцінювання ризиків, пов'язаних з кров'ю і продуктами крові.

3.О.6. Безпека пацієнтів.

### **ОФГЗ 4. Зміцнення здоров'я, у тому числі вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я**

*Опис оперативної функції:* зміцнення здоров'я – це процес надання людям можливості збільшити контроль за своїм здоров'ям і його детермінантами і таким чином поліпшити його стан. Процес зміцнення здоров'я впливає на детермінанти як інфекційних, так і неінфекційних захворювань і включає такі види діяльності:

– сприяння зміні способу життя, звичок і екологічних і соціальних умов з метою розвитку

тенденцій серед індивідів і спільнот, поліпшення діяльності системи охорони здоров'я і скорочення несправедливості щодо здоров'я по всьому соціальному градієнту;

– освітня діяльність і соціальна комунікація, адаптовані до потреб конкретних соціально-економічних груп і покликані сприяти оздоровленню способу життя і поведінки населення, навколишнього середовища;

– переорієнтація служб охорони здоров'я на діяльність, спрямовану на розвиток моделей надання допомоги, що сприяють зміцненню здоров'я і забезпечують рівний доступ до медичних послуг;

– здійснення аналізу глибинних причин соціальних нерівностей у сфері охорони здоров'я, у тому числі таких факторів, як соціальне виключення, низький дохід і незадовільний доступ до послуг медичної допомоги та соціальної підтримки;

– розробка заходів впливу на соціальні детермінанти здоров'я;

– міжсекторальні партнерства для більш ефективних дій щодо зміцнення здоров'я;

– оцінювання впливу державної політики на здоров'я;

– комунікація ризику.

Несправедливості стосовно здоров'я є наслідком умов, у яких люди народжуються, зростають, живуть, працюють і старіють, тобто соціальних детермінантів здоров'я. Вони включають такі чинники, як умови в ранньому дитинстві, рівень освіти, економічне становище, зайнятість, умови роботи, житла і навколишнього середовища, а також наявність ефективних систем профілактики і лікування хвороб. Вплив на ці детермінанти здоров'я як щодо вразливих груп, так і щодо населення в цілому має найважливіше значення для створення інклюзивного, рівноправного, економічно продуктивного і здорового суспільного середовища.

Способи досягнення цього включають заходи щодо зміцнення здоров'я, що охоплюють все населення і групи з підвищеним ризиком негативних наслідків для здоров'я в таких сферах, як сексуальне здоров'я, психічне здоров'я, поведінка щодо ВІЛ, боротьба зі зловживанням психоактивними речовинами, контроль над вживанням алкоголю, фізична активність, профілактика ожиріння, харчування, безпека харчових продуктів, загрози здоров'ю, пов'язані з виконуваною роботою, профілактика травматизму, гігієна праці та навколишнього середовища. Ширша діяльність щодо зміцнення здоров'я передбачає консультування осіб, які розробляють політику діяльності з управління чинниками ризику для здоров'я, контролю за станом здоров'я і забезпечення потреб у сфері охорони здоров'я, а також розробку стратегій для різних умов. Зазначена діяльність також включає облік детермінантів здоров'я, особливо соціальних або соціально-економічних, які зумовлюють поганий стан здоров'я.

*А. Формування та зміцнення стійкості спільнот до зовнішніх впливів*

4.А.1. Планування кадрових ресурсів охорони здоров'я.

4.А.2. Розвиток міжсекторальних партнерств із громадянським суспільством із метою використання людського капіталу та наявних матеріальних ресурсів.

4.А.3. Виявлення ресурсів спільнот для співпраці у сфері зміцнення здоров'я.

*В. Заходи зі зміцнення здоров'я для всього населення або для груп із підвищеним ризиком негативних наслідків для здоров'я*

4.В.1. Дії і послуги, спрямовані на здорове харчування, фізичну активність, боротьбу з ожирінням і його профілактику.

4.В.2. Дії і послуги, спрямовані на боротьбу з тютюнокурінням.

4.В.3. Дії і послуги, спрямовані на боротьбу зі зловживанням алкоголем.

4.В.4. Дії і послуги, спрямовані на боротьбу зі зловживанням психоактивними речовинами на його профілактику.

4.В.5. Профілактика інфекційних хвороб (наприклад, ВІЛ, туберкульозу), пов'язаних із поведінковими аспектами здоров'я.

4.В.6. Дії і послуги, пов'язані з охороною сексуального та репродуктивного здоров'я.

4.В.7. Профілактика професійних і пов'язаними з роботою небезпек для здоров'я і боротьба з ними, у тому числі заходи щодо зміцнення здоров'я на робочому місці.

4.В.8. Дії і послуги у сфері гігієни навколишнього середовища.

4.В.9. Дії і послуги у сфері охорони психічного здоров'я.

4.В.10. Навчання правил гігієни зубів, а також дії і послуги у сфері гігієни порожнини рота.

*С. Вплив на соціальні детермінанти здоров'я*

4.С.1. Розробка всеохоплюючих міжсекторальних стратегій громадського здоров'я, що впливають на соціальні, економічні, екологічні та поведінкові детермінанти здоров'я.

4.С.2. Стратегії, спрямовані на скорочення соціальних нерівностей у сфері охорони здоров'я шляхом впливу на соціальні детермінанти.

4.С.3. Моніторинг та оцінювання соціальних детермінантів і їх розподілу.

4.С.4. Накопичення знань про зв'язки між соціальними детермінантами і кінцевими показниками здоров'я, у тому числі фактичних даних про успішні заходи.

4.С.5. Розвиток потенціалу і компетенцій з проблем соціальних нерівностей у сфері охорони здоров'я в структурах системи громадського здоров'я.

*О. Міжсекторальні дії*

4.О.1. Політика, стратегії і спеціальні заходи, спрямовані на полегшення вибору на користь здорового способу життя.

4.О.2. Структури, механізми і процеси, що забезпечують можливості для міжсекторальних дій.

4.О.3. Оцінювання наслідків для здоров'я, зумовлених діяльністю всіх інших секторів, з метою їх залучення до загального процесу і врахування їх внеску в охорону здоров'я і забезпечення соціальної

справедливості стосовно здоров'я; вплив всіх політик на здоров'я.

4.0.4. Міжсекторальні дії, що включають керівну роль міністерства охорони здоров'я в забезпеченні підходу «Урахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях» у співпраці з такими міністерствами: міністерство освіти; міністерства транспорту і навколишнього середовища; міністерство промисловості; міністерство праці; міністерство фінансів; міністерство сільського господарства; інші відповідні міністерства.

#### **ОФГЗ 5. Профілактика хвороб, у тому числі раннє виявлення порушень здоров'я**

*Опис оперативної функції:* профілактика хвороб націлена як на інфекційні, так і неінфекційні захворювання і включає конкретні заходи, які здійснюються значною мірою на індивідуальному рівні. Цей термін іноді використовується на додачу до оперативних функцій зі зміцнення та охорони здоров'я. Незважаючи на те, що компоненти змісту і стратегій цих функцій часто збігаються, визначення профілактики хвороб дано окремо.

*Послуги первинної профілактики* включають вакцинацію дітей, дорослих і людей похилого віку, а також вакцинацію або постконтактну профілактику осіб, які піддалися ризику зараження інфекційною хворобою. Заходи первинної профілактики включають також: надання інформації про поведінкові або медичні ризики для здоров'я, а також надання консультативної допомоги та вжиття заходів щодо зниження цих ризиків на індивідуальному рівні й у масштабі спільноти; підтримку систем і процедур для включення первинної медико-санітарної та спеціалізованої допомоги до програм з профілактики хвороб; виробництво і закупівлю вакцин для дітей і дорослих; створення необхідних запасів вакцин; виготовлення та закупівлю необхідних харчових добавок.

*Первинна профілактика*, що належить до факторів способу життя і соціально-економічних детермінантів здоров'я, розглядається в рамках ОФГЗ 4 «Зміцнення здоров'я, у тому числі вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я».

*Вторинна профілактика* включає таку діяльність, як реалізація програм скринінгу на основі фактичних даних для ранньої діагностики захворювань, програм охорони здоров'я матерів і дітей, що передбачають скринінг і профілактику вроджених вад; виробництво і закупівля засобів хіміопротекції; виробництво і закупівля скринінгових тестів для ранньої діагностики захворювань; нарощування потенціалу для задоволення як поточних, так і перспективних потреб.

*Третинна профілактика* включає реабілітацію пацієнтів із захворюваннями, що уже розвинулися, з метою мінімізації залишкових інвалідизуючих наслідків і ускладнень, а також з метою максимального продовження повноцінного життя, покращення якості життя пацієнта, навіть попри неможливість повного одужання. У цьому контексті профілактика хвороб розглядається як діяльність, спрямована на індивідів і групи населення, які демонструють різні види ризикованої поведінки.

#### *А. Первинна профілактика*

5.A.1. Програми вакцинації таких груп: діти; дорослі; літні люди. Вакцинація або постконтактна профілактика для осіб, які піддалися ризику зараження інфекційною хворобою.

5.A.2. Надання інформації про поведінкові і медичні ризики для здоров'я.

5.A.3. Системи і процедури включення первинної медико-санітарної допомоги та спеціалізованої допомоги до програм профілактики хвороб.

5.A.4. Наявність достатніх можливостей виробляти і купувати вакцини для дітей і дорослих, а також препарати заліза, вітаміни і харчові добавки.

5.A.5. Кампанії зі зміни поведінки і соціальний маркетинг.

#### *В. Вторинна профілактика*

5.B.1. Науково обґрунтовані програми скринінгу для ранньої діагностики хвороб, у тому числі програми скринінгу і профілактики вроджених вад.

5.B.2. Наявність адекватних можливостей для виробництва і закупівлі скринінг-тестів.

#### *С. Третинна профілактика*

5.C.1. Здійснення програм реабілітації і купування хронічного больового синдрому.

5.C.2. Наявність можливостей для створення груп підтримки пацієнтів.

#### **ОФГЗ 6. Забезпечення стратегічного управління в інтересах здоров'я і благополуччя**

*Опис оперативної функції:* розробка політики – це процес, що сприяє прийняттю інформованих рішень з питань громадської охорони здоров'я. Це процес стратегічного планування, в якому беруть участь усі внутрішні і зовнішні зацікавлені сторони і який визначає бачення, місію, вимірні цілі та заходи у сфері громадського здоров'я на рівні країн, регіональному та місцевому рівнях. Крім того, за останнє десятиліття зросла важливість оцінювання наслідків міжнародних процесів в охороні здоров'я для стану здоров'я населення країн. Гарантування якості пов'язано з розробкою стандартів для забезпечення якості індивідуальних і колективних медичних послуг щодо профілактики хвороб і зміцнення здоров'я, а також з оцінюванням цих послуг на основі наявних стандартів. Під час оцінювання слід виявляти слабкі місця в стратегічному управлінні і функціонуванні, наданні ресурсів і послуг. Результати оцінювання слід урахувувати в політиці та у процесах управління, організації, а також для виділення ресурсів для вдосконалення обслуговування.

*А. Забезпечення загальнодержавного підходу й дотримання принципу залучення всього суспільства до справи охорони здоров'я та підвищення рівня добробуту*

6.A.1. Структури і функції (щодо загальнодержавного підходу і принципу залучення всього суспільства).

6.A.2. Потенціал для міжсекторальних дій і врахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях (Health in All Policies, HIAP).

6.A.3. Роль МОЗ у забезпеченні лідерства.

6.А.4. Партнерство в охороні здоров'я.

*В. Планування та реалізація політики щодо охорони здоров'я*

6.В.1. Процес стратегічного планування послуг громадського здоров'я.

6.В.2. Процес розробки політики на регіональному та місцевому рівнях.

6.В.3. Адекватність і ефективність політики щодо громадського здоров'я (оцінювання впливу на здоров'я).

6.В.4. Система або програма моніторингу здійснення політики і програм у сфері громадського здоров'я або в суміжних сферах.

6.В.5. Короткострокові, середньострокові і довгострокові стратегії забезпечення відповідності сфери охорони здоров'я системі медичного обслуговування місцевих громад у Європейському Союзі.

6.В.6. Адекватність і ефективність методів обліку наслідків міжнародних змін в охороні здоров'я (наприклад, забезпечення готовності до птишиного і пандемічного грипу, лихоманки Західного Нілу і важкого гострого респіраторного синдрому) в процесі планування у сфері громадського здоров'я.

6.В.7. Роль оперативних функцій громадського здоров'я в діяльності міністерства охорони здоров'я.

6.В.8. Адекватність/ефективність механізмів і процесів, за допомогою яких у процесі прийняття рішень ураховуються такі параметри, як бідність, нерівність та соціальні детермінанти здоров'я.

6.В.9. Повнота і ефективність стратегічних рішень у сфері охорони здоров'я і в суміжних сферах, прийнятих із застосуванням багатодисциплінарного і багатосекторального підходів.

*С. Регламентування і контроль*

6.С.1. Прийняття нових законів і правил, спрямованих на поліпшення здоров'я людей і оздоровлення довкілля.

6.С.2. Захист прав споживачів стосовно послуг охорони здоров'я.

6.С.3. Здійснення нормативної роботи належним чином, послідовно, у повному обсязі і своєчасно.

*Д. Акредитація та ліцензування постачальників послуг*

6.Д.1. Акредитація постачальників послуг охорони здоров'я та контроль якості їхньої роботи.

*Е. Оцінка ефективності послуг охорони здоров'я, які надають на індивідуальному і популяційному рівнях – по всьому соціальному градієнту*

6.Е.1. Процеси і механізми визначення потреб в індивідуальних і популяційних послугах системи охорони здоров'я з позицій громадського здоров'я.

6.Е.2. Процеси і механізми визначення потреб в послугах системи охорони здоров'я для груп населення, які можуть мати перешкоди в доступі до таких послуг.

6.Е.3. Повнота й ефективність процедур і практики оцінювання якості індивідуальних і популяційних послуг громадського здоров'я.

6.Е.4. Процеси й механізми аналізу участі всіх зацікавлених сторін у наданні профілактичних послуг.

6.Е.5. Оцінювання й аналіз інтегрування послуг в узгоджену систему надання послуг охорони здоров'я на рівні спільнот.

6.Е.6. Адекватність оцінки структури кадрових ресурсів і фінансування послуг охорони здоров'я на рівні громад.

6.Е.7. Дії щодо виконання, контролю й гарантування якості систем охорони здоров'я, що надають послуги на індивідуальному і популяційному рівнях.

6.Е.8. Центри або програми оцінювання технологій охорони здоров'я.

### **ОФГЗ 7. Забезпечення сфери громадського здоров'я кваліфікованими кадрами достатньої чисельності**

*Опис оперативної функції:* інвестиції в кадри для системи громадського здоров'я та їх розвиток є важливою передумовою забезпечення надання послуг і здійснення заходів у сфері охорони здоров'я. Кадри є найважливішим ресурсом для надання послуг громадського здоров'я. Ця оперативна функція передбачає базу та спеціальну підготовку, розвиток і оцінювання кадрів із метою ефективного розв'язання пріоритетних проблем громадського здоров'я і належного оцінювання заходів громадського здоров'я. Навчання не закінчується на університетському рівні. Для надання та вдосконалення послуг охорони здоров'я і розв'язання нових проблем громадського здоров'я необхідно постійно здійснювати навчання на робочому місці з питань економіки, біоетики, управління кадрами і менеджменту. Шляхом ліцензування фахівців громадського здоров'я визначають вимоги до майбутніх кадрів щодо відповідної підготовки та досвіду роботи у сфері охорони здоров'я. Кадри для сфери громадського здоров'я включають такі категорії, як практичні працівники громадського здоров'я, працівники сфери охорони здоров'я загалом та інші працівники, чия діяльність впливає на здоров'я людей.

*А. Планування кадрових ресурсів*

7.А.1. Планування кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я.

7.А.2. Ефективність планування кадрових ресурсів.

7.А.3. Поточний стан кадрового забезпечення громадського здоров'я.

7.А.4. Міграція працівників охорони здоров'я.

*В. Стандарти щодо кадрів для сфери громадського здоров'я*

7.В.1. Механізми підтримки стандартів щодо кадрів для сфери громадського здоров'я.

7.В.2. Механізми оцінювання кадрів для сфери громадського здоров'я, у тому числі безперервне поліпшення якості, програми безперервного навчання і підвищення кваліфікації.

7.В.3. Системи підвищення здатності злагоджено працювати в колективі і вдосконалення комунікаційних навичок.

7.В.4. Система розвитку потенціалу міжсекторальних груп і працівників суміжних спеціальностей.

*С. Навчання і акредитація*

7.С.1. Структура навчання у сфері управління громадським здоров'ям.

7.С.2. Програми додипломної підготовки за спеціальностями сфери охорони здоров'я (медицина, ветеринарія, сестринська справа, фармація, стоматологія), що мають значення для громадського здоров'я.

7.С.3. Відповідність шкіл громадського здоров'я необхідним вимогам.

7.С.4. Бакалавр громадського здоров'я.

7.С.5. Програми на ступінь магістра громадського здоров'я.

7.С.6. Магістр управління службами охорони здоров'я та/або у сфері політики, керівництва або управління.

7.С.7. Ступінь PhD з громадського здоров'я.

7.С.8. Спеціалізація з громадського здоров'я.

7.С.9. Безперервний професійний розвиток.

7.С.10. Інші відповідні академічні програми, пов'язані із захистом і зміцненням здоров'я або профілактикою хвороб.

7.С.11. Програми контролю якості та акредитації.

*О. Навчання інших працівників, чия діяльність впливає на здоров'я*

7.О.1. Програми додипломної навчання в інших секторах, які впливають на здоров'я (економіка, соціологія, психологія).

7.О.2. Програми магістратури в інших секторах, які впливають на здоров'я (економіка, соціологія, психологія).

**ОФГЗ 8. Забезпечення міцних організаційних структур і фінансування**

*Опис оперативної функції:* забезпечення міцних організаційних структур і фінансування означає створення механізмів надання ефективних комплексних послуг із мінімальним негативним впливом на довкілля і максимальним корисним ефектом для громадського здоров'я, які отримують належне фінансування, що створює можливість довгострокового планування з метою надійного захисту і зміцнення здоров'я людей сьогодні та в майбутньому. Поняття «фінансування» включає мобілізацію, накопичення і розподіл грошових коштів із метою задоволення потреб населення в охороні здоров'я на індивідуальному та колективному рівнях. Нормою для послуг із доведеною економічною ефективністю (як на рівні всього населення, так і на рівні індивідуальних послуг, які справляють широкі позитивні ефекти не лише на безпосереднього одержувача послуги) повноцінне державне фінансування. Механізми фінансування охорони здоров'я мають включати раціональні фінансові стимули для постачальників з метою забезпечення ефективного надання послуг та доступу до них усього населення. Водночас необхідно створювати стимули і для громадян, що забезпечують належний рівень користування послугами охорони здоров'я.

*А. Забезпечувати наявність належних організаційних структур для реалізації ОФГЗ*

8.А.1. У системі охорони здоров'я – первинна медико-санітарна допомога, установи охорони здоров'я та лабораторні служби.

8.А.2. Структури, пов'язані з послугами, що надаються іншими міністерствами, секторами, місцевими органами державного управління та ін.

8.А.3. Профільні науково-виробничі організації.

8.А.4. Приватні постачальники послуг.

8.А.5. Структури, що забезпечують базове і подальшого навчання й наукові дослідження щодо громадського здоров'я.

*В. Координація організаційних структур*

8.В.1. Організаційні структури для виконання основних оперативних функцій і надання послуг громадського здоров'я.

8.В.2. Визначення ролі й обов'язків різних організаційних структур громадського здоров'я.

8.В.3. Механізми координації між різними структурами.

*С. Оцінювання діяльності*

8.С.1. Оцінювання й аналіз ефективності структур громадського здоров'я.

*О. Інвестування в практику охорони здоров'я*

8.О.1. Процеси й механізми забезпечення співпраці між різними організаціями й секторами.

8.О.2. Механізми обміну досвідом у міжнародному та регіональному масштабі з метою максимального застосування економічно ефективних методик.

*Е. Фінансування послуг громадського охорони здоров'я*

8.Е.1. Пов'язання механізмів фінансування послуг охорони здоров'я (у тому числі індивідуальних послуг, які справляють широкі позитивні ефекти не лише на безпосереднього одержувача послуги) з планованими стратегіями надання послуг.

8.Е.2. Рішення щодо державного фінансування послуг, що враховують ступінь розподілу їх корисного ефекту серед населення.

**ОФГЗ 9. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я**

*Опис оперативної функції:* комунікація у сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення медико-санітарної грамотності та поліпшення здоров'я окремих громадян і населення загалом. Вона є мистецтвом і технікою інформування, здійснення впливу і створення мотивації індивідів, аудиторій, організацій щодо важливих питань і детермінант (чинників) здоров'я. Комунікація покликана також розширювати можливості для доступу, розуміння і використання інформації з метою зниження ризику виникнення і профілактики хвороб, зміцнення здоров'я, орієнтування в послугах охорони здоров'я та користування ними, просування заходів політики у сфері охорони здоров'я та підвищення добробуту, якості життя та покращення здоров'я людей всередині спільноти.

Комунікація з питань здоров'я охоплює низку сфер, у тому числі журналістику, сферу розваг, освіту, міжособистісне спілкування, інформаційно-роз'яснювальну діяльність у ЗМІ, комунікацію на рівні організацій, комунікацію щодо ризиків і в періоди криз, соціальну комунікацію і соціальний маркетинг. Вона може мати різні форми, такі як мультимедійні й

інтерактивні (в тому числі мобільні та онлайн) комунікації, а також більш традиційні комунікації з використанням різних каналів залежно від культурних особливостей того чи іншого суспільства (міжособистісне спілкування, масові канали або такі, що охоплюють лише невеликі групи, радіо, телебачення, газети, блоги, дошки оголошень, обмін відеоматеріалами, повідомлення на мобільні телефони й онлайн-форуми). Комунікація у сфері охорони здоров'я дає суспільству змогу протидіяти активній рекламі шкідливої продукції (наприклад, тютюну) і нездорових способів життя. Вона є діяльністю з двостороннього обміну інформацією, яка вимагає вміння слухати, збирати інформацію і з'ясовувати, як люди сприймають і формулюють повідомлення щодо здоров'я, з тим щоб передавати інформацію в більш доступній і переконливій формі. Елементом комунікації у сфері громадського здоров'я також є прозорість, необхідна суспільству для розуміння того, про що йдеться і що робиться від його імені.

9.1. Надання комунікації у сфері охорони здоров'я стратегічного і систематичного характеру з урахуванням особливостей сприйняття і потреб різних аудиторій по всьому соціальному градієнту.

9.2. Комунікація щодо ризиків.

9.3. Інформований діалог між різними аудиторіями щодо використання доступних форматів і каналів спілкування.

9.4. Інформаційно-роз'яснювальна робота (адвокація), спрямована на розробку і реалізацію політики з урахуванням інтересів здоров'я, а також на оздоровлення довкілля – по всіх державних секторах (урахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях).

9.5. Навчання кадрів із питань комунікації у сфері громадського здоров'я і нарощування відповідного організаційно-кадрового потенціалу.

9.6. Оцінювання комунікації у сфері громадського здоров'я.

9.7. Обмін досвідом між країнами.

9.8. Фактичні дані на підтримку інформаційно-роз'яснювальної роботи.

9.9. Комунікація щодо варіантів формування політики.

### **ОФГЗ 10. Сприяння розвитку досліджень у сфері охорони здоров'я для наукового обґрунтування політики і практики**

*Опис оперативної функції:* наукові дослідження мають найважливіше значення для обґрунтування політики та принципів надання послуг. Наукові дослідження можуть здійснюватися у форматах описових, аналітичних та експериментальних робіт. Ця оперативна функція включає:

– дослідження з метою збільшення бази знань для реалізації науково обґрунтованої політики на всіх рівнях;

– розробку нових методів досліджень, інноваційних технологій і рішень у сфері охорони здоров'я;

– налагодження партнерства з дослідницькими центрами та академічними установами для здійснення своєчасних досліджень для прийняття рішень на всіх рівнях громадського здоров'я.

10.1. Потенціал країни щодо здійснення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я.

10.2. Достатність наявних ресурсів (наприклад, баз даних, інформаційних технологій, кадрових ресурсів) для здійснення досліджень.

10.3. Планування поширення результатів досліджень серед фахівців громадського здоров'я (наприклад, публікація в журналах, на веб-сайтах).

10.4. Оцінювання на рівні країни ступеня розвитку наукових досліджень у сфері охорони здоров'я (і послуг громадського здоров'я) і позитивного ефекту від них.

10.5. Заохочення персоналу до застосування інноваційних підходів.

10.6. Вивчення та моніторинг передового досвіду (здійснюються силами міністерства охорони здоров'я).

10.7. Активне використання об'єктивних результатів досліджень для формування та реалізації політики у сфері охорони здоров'я.

10.8. Розвиток потенціалу щодо збирання, аналізу та поширення медико-санітарної інформації.

10.9. Розвиток потенціалу щодо досліджень із соціальних детермінант (чинників) здоров'я (і їх впливу на здоров'я) з метою визначення завдань у сфері охорони здоров'я і формування відповідної політики.

10.10. Розроблення механізмів, за допомогою яких визначення пріоритетів, планування заходів щодо реалізації політики і прийняття рішень у сфері охорони здоров'я здійснюється лише на основі фактичних даних про їхню ефективність.

### **Література**

1. *Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения.* – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). – 52 с.
2. *Здоровье – 2020. Основы европейской политики и стратегия для XXI века* [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>. – Название с экрана.
3. *Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние* : Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения, г. Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г. : отчет [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009. – Режим доступа : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/78951/E92150R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/78951/E92150R.pdf). – Название с экрана.

Г.О. Слабкий<sup>1</sup>, В.В. Шафранський<sup>2</sup>, І.С. Миронюк<sup>1</sup>

## Питання підготовки фахівців для сфери громадського здоров'я

<sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Створення в Україні системи громадського здоров'я [4] та затвердження спеціальності «Громадське здоров'я» [3] потребує запровадження системи підготовки фахівців для вказаної сфери. При цьому першочерговим завданням є підготовка кваліфікованих викладачів для вищих навчальних закладів і підготовка кваліфікованих фахівців для практичної роботи у даній сфері. Кваліфікаційні вимоги до них базуються на основних оперативних функціях і засадах, які має вирішувати система громадського здоров'я в країні.

До основних оперативних функцій громадського здоров'я Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) віднесені [1, 2]:

1. Епідагляд та оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення.

2. Моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і під час надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я.

3. Захист здоров'я, у тому числі забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів тощо.

4. Зміцнення здоров'я, у тому числі вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я.

5. Профілактика хвороб, у тому числі раннє виявлення порушень здоров'я.

6. Забезпечення стратегічного управління в інтересах здоров'я і благополуччя.

7. Забезпечення сфери суспільної громадського охорони здоров'я достатньою кількістю кваліфікованими кадрами.

8. Створення стійких організаційних структур і забезпечення їх фінансування.

9. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я.

10. Сприяння розвитку досліджень у сфері охорони здоров'я для наукового обґрунтування відповідної політики і практики.

Нами пропонується на першому етапі підготовки фахівців для сфери громадського здоров'я запровадити магістратури на базі бакалаврату та першої вищої освіти з впровадженням у подальшому наскрізної магістратури з першим ступенем освіти – бакалавратом.

За нашою участю розроблено проекти освітньо-наукової програми та навчального плану магістратури за спеціальністю «Громадське здоров'я» та програми і навчального плану підготовки в магістратурі організаторів та управлінців у сфері громадського здоров'я.

Дані проекти програм і навчальних планів створені на базі досвіду країн світу з підготовки фахівців для сфери громадського здоров'я та основних оперативних функціях громадського здоров'я, затверджених ВООЗ (2012).

Дані проекти виносяться на обговорення науковців і практичних працівників та організаторів громадського здоров'я в Україні, а також міжнародних експертів із тим, щоб доопрацьований з урахуванням зауважень зацікавлених осіб документ можна було ефективно використовувати в навчальному процесі в країні.

### Література

1. *Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения.* – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). – 52 с.
2. *Основы Европейской политики поддержки государства и общества в интересах здоровья и благополучия* [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>. – Название с экрана.
3. *Про внесення змін до постанови КМУ від 29.04.2015 р. № 266* : постанова КМУ від 02.02.2017 р. № 53 [Електронний ресурс]. – Режим доступа : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрана.
4. *Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я* : розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1002-р [Електронний документ]. – Режим доступа : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрана.



## Освітньо-наукова програма

Галузь знань  
Спеціальність  
Рівень освіти

22 – Охорона здоров'я  
229 – Громадське здоров'я  
Другий (магістерський)

### 1. Опис навчальної дисципліни

Освітньо-наукова програма підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 229 «Громадське здоров'я» розроблена згідно з вимогами Закону України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. № 1556–VII.

Освітньо-наукова програма магістратури за фахом «Громадське здоров'я» складається з 5 обов'язкових модулів: вступ до громадського здоров'я, а також систем, політики, етики, управління та лідерства у галузі громадського здоров'я; епідеміологія та біостатистика для фахівців громадського здоров'я; моніторинг і оцінка, якість даних, використання даних та інформатизація в галузі громадського здоров'я; планування програми, її реалізація та оцінка; ділова англійська мова; а також із 4 модулів, один з яких магістр обирає самостійно.

Освітньо-наукова програма підготовки магістрів розрахована на 3600 годин (120 кредитів ЄКТС).

Лекційний курс становить 462 навчальні години. На проведення семінарів виділено 512 навчальних годин, практичних занять – 1318 навчальних годин, на самостійну роботу – 1308 (36,3%) навчальних годин. Самостійна робота з підготовки магістерської кваліфікаційної роботи становить 700 годин.

Із загальної кількості навчальних годин на модульний контроль знань виділено 30 годин, а на екзамен – 6 годин.

### 2. Характеристика абітурієнтів

До оволодіння програмою магістратури допускаються абітурієнти, які мають освіту бакалавра медсестринства, психолога, соціолога, журналіста, юриста, економіста. Також абітурієнтами можуть бути особи, які мають вищу освіту за рівнем підготовки «спеціаліст» як за напрямком підготовки «Охорона здоров'я», так і за іншими напрямками. Порядок прийому до вищих навчальних закладів визначає МОН України.

### 3. Мета та завдання навчальної дисципліни

Метою освітньо-наукової програми підготовки магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я» є підготовка фахівців у даній сфері до самостійної практичної та наукової і педагогічної діяльності відповідно до визначених компетенцій.

Професійно-наукова програма передбачає формування здатності застосовувати набуті знання, уміння та навички з дисциплін загальної та професійної підготовки для рішення типових задач діяльності фахівця на відповідній посаді, включаючи проведення науково-

практичних досліджень у сфері громадського здоров'я, викладання предмету «Громадське здоров'я», проведення епідеміологічного нагляду за соціально значимими інфекційними та неінфекційними хворобами, станом психічного здоров'я населення, навколишнього середовища; визначення екологічних, соціально-економічних і медичних детермінант здоров'я; організація і проведення профілактичних та протиепідемічних заходів; формування в населення здорового способу життя та відповідального ставлення до власного здоров'я; міжсекторальна взаємодія в інтересах здоров'я населення.

### 4. Компетенції, якими мають оволодіти магістри за період навчання

#### 4.1. Загальні компетенції (КЗ)

КЗ 1. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

КЗ 2. Здатність застосовувати знання в практичних ситуаціях.

КЗ 3. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

КЗ 4. Здатність та готовність діяти в нестандартних ситуаціях, нести соціальну та етичну відповідальність за прийняті рішення.

КЗ 5. Здатність та готовність до саморозвитку, самореалізації, використання творчого потенціалу.

КЗ 6. Здатність та готовність до використання інформаційних технологій.

КЗ 7. Здатність та готовність до роботи в команді, вміння діяти в рамках узгоджених цілей та завдань, здатність брати на себе відповідальність і лідерство в плануванні та здійсненні професійної діяльності, толерантно сприймаючи соціальні, етнічні, культурні, конфесійні відмінності.

КЗ 8. Знання та розуміння предметної області і розуміння професії.

КЗ 9. Здатність спілкуватися рідною мовою як усно, так і письмово, здатність спілкуватися іншою мовою.

КЗ 10. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.

#### 4.2. Фахові компетенції (КФ)

КФ 1. Здатність використовувати у професійній діяльності знання нормативно-правових, законодавчих актів України та рекомендацій міжнародних організацій.

КФ 2. Здатність викладати предмет «Громадське здоров'я» при підготовці фахівців відповідної спеціальності.

КФ 3. Здатність організовувати та проводити наукові дослідження у сфері громадського здоров'я.

КФ 4. Здатність до оцінки та прогнозування стану здоров'я населення.

КФ 5. Здатність та готовність до визначення соціально-економічних, екологічних і медичних детермінант здоров'я населення та розробки щодо проведення заходів зниження їх негативного впливу.

КФ 6. Здатність та готовність до вивчення глобального тягаря окремих класів і нозологічних форм неінфекційних та інфекційних хвороб і розробки та впровадження заходів його зниження.

КФ 7. Здатність та готовність до застосування скринінгових програм раннього виявлення хвороб.

КФ 8. Здатність та готовність до здійснення дій і надання послуг громадського здоров'я з укріплення здоров'я всього населення або для груп із підвищеним ризиком негативних наслідків для здоров'я.

КФ 9. Здатність та готовність до впровадження заходів із профілактики розладів психіки та поведінки, самогубств.

КФ 10. Здатність та готовність до впровадження заходів із профілактики СНІДу, туберкульозу, ППШ, вірусних гепатитів, проведення роботи щодо зниження стигми та дискримінації ЛЖВ.

КФ 11. Здатність та готовність до впровадження заходів із профілактики негативного впливу факторів зовнішнього середовища на здоров'я людей.

КФ 12. Здатність та готовність до впровадження заходів із профілактики негативного впливу факторів виробничого середовища на здоров'я людей.

КФ 13. Здатність та готовність до вивчення якості життя населення.

КФ 14. Здатність та готовність до управління якістю життя в системі громадського здоров'я.

КФ 15. Здатність та готовність до управління персоналом і закладами громадського здоров'я.

КФ 16. Здатність розробляти, впроваджувати та застосовувати підходи менеджменту у професійній діяльності закладів громадського здоров'я.

КФ 17. Здатність та готовність здійснювати епідеміологію за інфекційними, неінфекційними хворобами, розладами психіки та поведінки, гігієною навколишнього середовища та гігієни праці.

КФ 18. Здатність та готовність до організації та проведення наукових досліджень відповідно до спеціалізації, включаючи вибір мети, формулювання завдань, планування дослідження, підбір адекватних методів, збір, групування, обробку, аналіз отриманих даних та публічне їх висвітлення з урахуванням вимог збереження конфіденційності даних про учасників та інформаційної безпеки.

КФ 19. Здатність та готовність до організації та проведення прикладних і практичних проектів та інших заходів із вивчення та моделювання соціальних, економічних, екологічних, епідеміологічних та інших умов, які впливають на здоров'я та якість життя населення.

КФ 20. Здатність та готовність до планування, організації та здійснення заходів, у тому числі міжсекторального характеру, щодо забезпечення охорони громадського здоров'я населення.

КФ 21. Здатність та готовність до просвітницької діяльності: публічні лекції, доповіді, просвітницька робота з групами ризику тощо.

КФ 22. Здатність та готовність до підготовки і використання наукової, науково-виробничої, проектної, організаційно-управлінської та законодавчо-нормативної документації.

КФ 23. Готовність до комунікацій для рішення задач із професійної діяльності, у тому числі міжсекторальних і з міжнародними партнерами.

КФ 24. Здатність та готовність до організації публічних заходів для рішення задач професійної діяльності, у тому числі міжсекторальних і з міжнародними партнерами.

## 5. Структура навчальної дисципліни

Аудиторні години				Самостійна робота	Вид контролю
усього	лекції	семінари	практичні		
3600	462	512	1318	1308	Усне опитування. Рішення ситуаційних задач. Модульний тестовий контроль. Комп'ютерний тестовий іспит
Усього кредитів ЄКТС					90
<i>у тому числі:</i>					
Кредитів	Науково-дослідна робота			Вид контролю	
	30	Проведення наукового самостійного дослідження та підготовка наукової дипломної магістерської роботи		Публічний захист наукової дипломної магістерської роботи	

## 6. Методи навчання

Проведення лекційних занять із використанням мультимедійного проєктору.

Проведення занять із використанням дистанційного методу за допомогою системи Moodle.

Проведення семінарських занять за визначеними темами.

Проведення практичних занять за визначеними темами.

Підготовка аналітичних оглядів наукової літератури за визначеними темами.

Підготовка рефератів за визначеними темами.

Проведення ділових ігор.

Самостійне виконання науково-дослідної роботи.

Написання наукової дипломної магістерської роботи.

### 7. Методи контролю знань

Усне опитування.

Рішення ситуаційних задач.

Модульний тестовий контроль.

Комп'ютерний тестовий іспит.

Публічний захист наукової дипломної роботи.

## Навчальний план освітньо-наукової програми магістратури за спеціальністю «Громадське здоров'я»

Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семінари	Практичні заняття	Самостійна робота
<b>Модуль 1. ВСТУП ДО ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я, А ТАКОЖ СИСТЕМ, ПОЛІТИКИ, ЕТИКИ, УПРАВЛІННЯ ТА ЛІДЕРСТВА У ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я</b>					
<i>Тема 1.</i> Вступ до громадського здоров'я. Основні терміни та визначення. Базові поняття, принципи, теорії та визначення, необхідні для розуміння питань охорони здоров'я	12	6	6	-	-
<i>Тема 2.</i> Вступ до громадського здоров'я. Соціальні детермінанти здоров'я	32	8	8	12	4
<i>Тема 3.</i> Вступ до громадського здоров'я. Інфекційні та неінфекційні хвороби	38	8	8	14	8
<i>Тема 4.</i> Визначення пріоритетів у сфері громадського здоров'я в Україні: хвороби системи кровообігу, споживання тютюнових виробів, туберкульоз, вакцинація дітей	36	6	8	14	8
<i>Тема 5.</i> Огляд реформи громадського здоров'я в Україні	34	4	6	12	12
<i>Тема 6.</i> Структура систем охорони здоров'я: реформа сектора охорони здоров'я. Формування розуміння систем охорони здоров'я	34	6	8	14	6
<i>Тема 7.</i> Реформа сектора охорони здоров'я	32	6	6	14	6
<i>Тема 8.</i> Структура систем охорони здоров'я: системи громадського здоров'я. Реформування механізмів надання послуг з громадського здоров'я	22	4	6	12	-
<i>Тема 9.</i> Реформа громадського здоров'я в Україні	20	4	6	10	-
<i>Тема 10.</i> Роль громадського здоров'я в процесі реформування системи охорони здоров'я в Україні	28	6	6	10	6
<i>Тема 11.</i> Вступ до політики у сфері громадського здоров'я: формування політики. Розробка та формування політики. Процес формування політики	28	6	6	10	6
<i>Тема 12.</i> Вступ до політики у сфері громадського здоров'я: впровадження політики. Виміри впровадження політики	24	4	4	10	6
<i>Тема 13.</i> Проведення аналізу політики. Вісім етапів аналізу політики. Приклад у сфері аналізу політики	26	6	4	10	6

Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семінари	Практичні заняття	Самостійна робота
<i>Тема 14.</i> Розробка політики, заснованої на фактичних даних: хвороби системи кровообігу, споживання тютюнових виробів, туберкульоз, вакцинація дітей	36	8	8	14	6
<i>Тема 15.</i> Етика громадського здоров'я. Питання етики у рамках проведення досліджень	26	4	6	12	4
<i>Тема 16.</i> Етика громадського здоров'я. Питання етики у рамках боротьби з хворобами	26	4	6	12	4
<i>Тема 17.</i> Етика громадського здоров'я. Обговорення прикладів: ситуаційні завдання	22	-	4	12	6
<i>Тема 18.</i> Управління та лідерство у сфері громадського здоров'я. Різниця між управлінням та лідерством	26	8	6	10	2
<i>Тема 19.</i> Управління та лідерство у сфері громадського здоров'я. Стили управління: типологія Майєрс–Бріггз. Проходження тесту MBTI та обчислення балів	30	6	6	10	8
<i>Тема 20.</i> Усна комунікація. Орієнтація на потреби осіб, відповідальних за прийняття рішень	14	2	4	4	4
<i>Тема 21.</i> Усна комунікація. Розробка планів розповсюдження інформації. Прес-релізи та зв'язок із засобами масової комунікації	18	2	4	4	8
<i>Тема 22.</i> Ефективні засоби комунікації. Наочний приклад: приклади недавніх надзвичайних ситуацій. Надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я. Успішна комунікація	18	4	4	4	6
<i>Тема 23.</i> Розробка комунікаційного плану	14	-	2	4	8
<i>Контрольна післямодульна оцінка знань слухачів</i>	6	-	-	6	-
<b>Усього годин за модулем</b>	<b>600</b>	<b>112</b>	<b>132</b>	<b>232</b>	<b>124</b>
<b>Усього кредитів ЄКТС</b>	<b>20</b>				
<b>Модуль 2. ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА БІОСТАТИСТИКА ДЛЯ ФАХІВЦІВ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я</b>					
<i>Тема 24.</i> Вступ до епідеміології. Визначення. Галузі епідеміології. Частка, мета та застосування епідеміології в галузі громадського здоров'я	22	6	4	10	2
<i>Тема 25.</i> Вступ до епідеміології. Популяції. Результат контакту з джерелом інфекції. Поширеність у порівнянні з інцидентністю	24	6	4	10	4
<i>Тема 26.</i> Огляд епідеміології неінфекційних та інфекційних захворювань	34	8	10	12	4
<i>Тема 27.</i> Основні причини смерті. Поточні тенденції захворюваності і смертності у світі і в Україні	40	6	10	18	6
<i>Тема 28.</i> Причини і результати захворювань	40	4	8	20	8
<i>Тема 29.</i> Визначення неінфекційних та інфекційних захворювань. Ланцюг інфікування. Критерії Бредфорда–Хілла	34	6	8	14	6

Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семинари	Практичні заняття	Самостійна робота
причинно-наслідкових зв'язків та інші моделі. Засоби вимірювання трансмісивності і ризиків захворювання. концепція відмінностей між співвідношенням, пропорцією та темпами поширення. різні засоби вимірювання частоти, які використовуються у сфері громадського здоров'я. Базове репродуктивне число, темпи ураження					
<i>Тема 30.</i> Вступ до біостатистики – описовий аналіз	16	4	4	6	2
<i>Тема 31.</i> Типи даних (поточні/неперервні порівняно з категорійними). Показники центральності (центральна тенденція)	30	6	8	12	4
<i>Тема 32.</i> Показники змінності. Узагальнення та опис даних	24	6	6	8	4
<i>Тема 33.</i> Статистичні зв'язки	24	6	4	8	6
<i>Тема 34.</i> Знайомство з показниками впливу – їхня відмінність від показників частоти. Розрахунок і інтерпретація відносних показників. Розрахунок і інтерпретація абсолютних показників. Таблиці 2x2x2. Розуміння сили зв'язку (тест z і тест t). Критерії значущості	32	6	6	12	8
<i>Тема 35.</i> Клінічна епідеміологія: дизайн досліджень	22	4	6	8	4
<i>Тема 36.</i> Огляд усіх типів досліджень (2 основні типи: експериментальні та спостережні; описові та аналітичні). Дослідження серії випадків та описи клінічних випадків. Екологічні дослідження	28	6	8	10	4
<i>Тема 37.</i> Вступ до біостатистики. Сенситивність і специфічність. Теорема Байєса. Ступінь правдоподібності	30	6	8	12	4
<i>Тема 38.</i> Клінічна епідеміологія: дизайн обсерваційних досліджень. Перехресні дослідження	18	4	4	6	4
<i>Тема 39.</i> Дизайн аналітичних спостережних досліджень – контрольні дослідження. Основа дослідження. Визначення випадку. Вибір випадків. Вибір контролю (співвідношення «випадок–контроль»). Розрахунок і інтерпретація відношення шансів	20	4	4	6	6
<i>Тема 40.</i> Дизайн аналітичних спостережних досліджень – когортні дослідження. Когортні дослідження. Вибір когорти. Важливість відстеження втрат	24	6	6	8	6
<i>Тема 41.</i> Дизайн експериментальних досліджень. дизайн експериментальних/інтервенційних досліджень. клінічні дослідження. дослідження у громаді. Квазі-експериментальний дизайн	28	4	6	10	8
<i>Тема 42.</i> Потенційні похибки епідеміологічних досліджень. Типи похибок і	22	4	6	8	4

Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семінари	Практичні заняття	Самостійна робота
контроль над ними, випадкові і систематичні похибки. Спотворення і методи його контролю. Розмір вибірки					
<i>Тема 43.</i> Розуміння доказів: огляд літератури. Критична оцінка літератури: PICO, Тип запитання, Тип дослідження. Пошук літератури: стратегія пошуку в електронній базі даних, медичні ресурси Інтернету. Розуміння та інтерпретація результатів мета-аналізу й систематичних оглядів. Конкретний приклад: вправа на пошук літератури та інтерпретацію результатів пошуку	26	6	4	10	6
<i>Тема 44.</i> Епіднагляд. Основні терміни та визначення. Еволюція системи епіднагляду. Епідеміологічні дослідження та епіднагляд	20	4	6	8	2
<i>Тема 45.</i> Епіднагляд. Розслідування спалаху та епіднагляд. Джерела даних. Запитання, на які може дати відповідь епіднагляд, та його роль в громадському здоров'ї. Кроки до формування системи епіднагляду	14	4	6	8	-
<i>Тема 46.</i> Розслідування спалахів захворювання. Практична вправа на розрахунок темпів ураження	20	-	2	10	8
<i>Контрольна післямодульна оцінка знань слухачів</i>	6	-	-	6	-
<b>Усього годин за модулем</b>	<b>600</b>	<b>116</b>	<b>138</b>	<b>240</b>	<b>106</b>
<b>Усього кредитів ЄКТС</b>			<b>20</b>		
<b>Модуль 3. МОНИТОРИНГ І ОЦІНКА, ЯКІСТЬ ДАНИХ, ВИКОРИСТАННЯ ДАНИХ ТА ІНФОРМАЦІЯ В ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я</b>					
<i>Тема 47.</i> Огляд моніторингу і оцінки (МіО). Ключові концепції МіО: участь групи. Основи МіО. Основні компоненти систем МіО (12 компонентів)	42	10	8	16	8
<i>Тема 48.</i> Огляд медичних інформаційних систем. Огляд медичних інформаційних систем в світі та в Україні	62	16	12	24	10
<i>Тема 49.</i> Поточний і періодичний моніторинг у сфері охорони здоров'я. Визначення, ключові питання, мета і виклики, пов'язані з показниками. Показники – формування, розрахунок і вибір. Цільові показники. Розробка показників для Цілей сталого розвитку	82	18	16	32	16
<i>Тема 50.</i> Якість даних і оцінка якості даних. Принципи якості даних. Проведення оцінки якості даних	94	18	20	36	20
<i>Тема 51.</i> Покращення якості в громадському здоров'ї. Управління якістю у порівнянні з оцінкою якості. Інструменти з покращення якості	86	18	22	34	12
<i>Тема 52.</i> Використання даних для підвищення якості та удосконалення програм. Основи використання програми Excel. Створення культури використання	62	10	12	32	8

Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семинари	Практичні заняття	Самостійна робота
даних для прийняття рішень. Візуалізація й ефективне представлення даних. Інтерпретація і рекомендації. Поширення і використання результатів. Індивідуальна робота/робота в групах					
<i>Тема 53.</i> Тріангуляція медичних даних. Вступ до тріангуляції – аналіз через синтез. Перехресний аналіз даних по Україні. Якість та тріангуляція даних	48	10	10	20	8
<i>Тема 54.</i> Вступ до формування каскадів. Формування каскадів. Цілі ВООЗ. Групова справа: формування каскадів для області. Формування каскаду й оприлюднення результатів. Порівняння каскадів різних областей України	46	10	8	16	12
<i>Тема 55.</i> Інтерпретація та оприлюднення даних у галузі громадського здоров'я. Описова частина. Описові результати, справа. Вправа з інтерпретації даних. Представлення результатів вправ з інтерпретації даних	72	10	12	22	28
<i>Контрольна післямодульна оцінка знань слухачів</i>	6	-	-	6	-
<b>Усього годин за модулем</b>	<b>600</b>	<b>120</b>	<b>120</b>	<b>238</b>	<b>122</b>
<b>Усього кредитів ЄКТС</b>				<b>20</b>	
<b>Модуль 4. ПЛАНУВАННЯ ПРОГРАМИ, ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЯ ТА ОЦІНКА</b>					
<i>Тема 56.</i> Огляд планування програми. Стратегія. Цикл планування програми	38	10	8	18	2
<i>Тема 57.</i> Ситуаційний аналіз. Загальна інформація. Як проводити ситуаційний аналіз. Приклади. Використання кількісних даних. Використання якісних даних	46	10	12	22	2
<i>Тема 58.</i> Планування програми. Опис програми. Цілі програми. Завдання SMART. Вправа: Хронічні хвороби. Прочитати повідомлення. Проаналізувати поточну ситуацію. Презентація результатів виконання вправи	66	14	16	28	8
<i>Тема 59.</i> Визначення ефективних заходів. Науково обґрунтовані заходи. Ієрархія доказів. Вибір заходів. Адаптація заходів. Структурні заходи. Формування індикаторів, розробка моніторингових схем і цільових показників	62	12	10	22	18
<i>Тема 60.</i> Визначення ефективних заходів. Робота в групах: Визначити ефективні заходи, засновані на фактичних даних (ефективні заходи ВООЗ). Вибрати заходи та створити карту потреб на основі ситуаційного аналізу. Описати цілі та завдання заходів. Розробити індикатори та цільові показники	30	-	4	18	8
<i>Тема 61.</i> Використання логічних моделей у плануванні програми. Створення логічних моделей програми. Розробка логічних	66	14	10	24	18

Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семинари	Практичні заняття	Самостійна робота
моделей для заходів, заснованих на фактичних даних					
<i>Тема 62.</i> Впровадження програми. Перехід до впровадження програми	26	-	4	10	12
<i>Тема 63.</i> Формування бюджету програми. Формування бюджету програми. Групова вправа: Розробка плану для заходів, заснованих на фактичних даних	70	16	12	26	16
<i>Тема 64.</i> Оцінка програми. Типи оцінки. Різниця між моніторингом та оцінкою. Способи та методи оцінки. Обговорення способів оцінки. Використання оцінки для планування програми	50	12	8	20	10
<i>Тема 65.</i> Оцінка програми. Групова вправа: Логічна модель обраних заходів для шкідливих звичок. Розробка запитань оцінки, підходів/методів та джерел даних/індикаторів: оцінка одного процесу; оцінка одного результату; оцінка одного впливу. Презентація результатів виконання вправи	24	-	4	12	8
<i>Тема 66.</i> Стратегічні плани, плани заходів і плани МіО. Стратегічні плани, плани заходів і плани моніторингу і оцінки. Вправа на підготовку плану МіО – Уганда та Україна	66	14	12	26	14
<i>Тема 67.</i> Стратегічні плани, плани заходів і плани МіО. Відповідь на оголошення про конкурс. Аналіз ситуації по розділам: загальна інформація (аналіз ситуації); цілі і завдання програми; логічна модель; МіО (якими будуть моніторинг і оцінка програми); план заходів; бюджет	50	10	12	18	10
<i>Контрольна післямодульна оцінка знань слухачів</i>	6	-	-	6	-
<b>Усього годин за модулем</b>	<b>600</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>250</b>	<b>126</b>
<b>Усього кредитів ЄКТС</b>			<b>20</b>		
<b>Модуль 5. ДІЛОВА АНГЛІЙСЬКА МОВА</b>					
<i>Тема 68.</i> Переклад та обговорення основної інформації запропонованого тексту. Діалог в парах, а потім обговорення в групі якостей, необхідних для спеціальності «громадське здоров'я». Підготовка твору «Моя майбутня професія»	33	-	-	14	19
<i>Тема 69.</i> Підготовка ділових документів	75	-	-	40	35
<i>Тема 70.</i> Ділова переписка	75	-	-	40	35
<i>Тема 71.</i> Ведення ділових переговорів	75	-	-	40	35
<i>Контрольна післямодульна оцінка знань слухачів</i>	6	-	-	6	-
<b>Усього годин за модулем</b>	<b>264</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>140</b>	<b>124</b>
<b>Усього кредитів ЄКТС</b>			<b>8,8</b>		
<b>Теми на вибір</b>					
<b>Модуль 6. ПРОФІЛАКТИКА</b>					
<i>Тема 1.</i> Поняття «профілактика». Види профілактики: первинна, вторинна, третинна.	6	2	-	2	2



Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семинари	Практичні заняття	Самостійна робота
Санітарно-гігієнічне виховання як складова частина медичної профілактики. Політика і стратегія ВООЗ до профілактики					
<i>Тема 2.</i> Формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я	4	-	2	2	-
<i>Тема 3.</i> Профілактика інфекційних захворювань. Профілактика СНІДу, туберкульозу, ІПСШ, вірусних гепатитів	4	-	2	2	-
<i>Тема 4.</i> Профілактика хронічних неінфекційних хвороб: хвороби системи кровообігу, онкологічних хвороб, цукрового діабету, обструктивних хвороб органів дихання тощо	6	-	2	2	2
<i>Тема 5.</i> Профілактика розладів психіки та поведінки, самогубств	4	-	2	2	-
<i>Тема 6.</i> Скринінгові програми раннього виявлення хвороб	4	-	2	-	2
<i>Модульний контроль</i>	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	30	2	10	12	6
<b>Усього за модулем кредитів</b>			1		
<b>Модуль 7. СОЦІАЛЬНО ЗНАЧИМИ ТА ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНИ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ</b>					
<i>Тема 1.</i> Роль інфекційних хвороб у сучасному суспільстві. Біологічна зброя	6	2	-	2	2
<i>Тема 2.</i> Основні поняття про соціально значимі інфекційні хвороби	4	-	2	2	-
<i>Тема 3.</i> Організація медичної допомоги пацієнтам із соціально значимими інфекційними хворобами	4	-	2	2	-
<i>Тема 4.</i> Організація медичної допомоги пацієнтам, хворим на туберкульоз	6	-	2	2	2
<i>Тема 5.</i> Міжнародні медико-соціальні правила. Міжнародна конвенція про карантинні хвороби	4	-	2	2	-
<i>Тема 6.</i> Основні поняття біобезпеки та біотероризму	4	-	2	-	2
<i>Модульний контроль</i>	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	30	2	10	12	6
<b>Усього за модулем кредитів</b>			1		
<b>Модуль 8. СОЦІАЛЬНО ЗНАЧИМИ ХРОНІЧНІ НЕІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ</b>					
<i>Тема 1.</i> Основні поняття про соціально значимі неінфекційні хвороби	6	2	-	2	2
<i>Тема 2.</i> Хвороби системи кровообігу	4	-	2	2	-
<i>Тема 3.</i> Онкологічні хвороби	4	-	2	2	-
<i>Тема 4.</i> Цукровий діабет	6	-	2	2	2
<i>Тема 5.</i> Порушення психіки та поведінки	4	-	2	2	-
<i>Тема 6.</i> Хронічні обструктивні хвороби органів дихання	4	-	2	-	2
<i>Модульний контроль</i>	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	30	2	10	12	6
<b>Усього за модулем кредитів</b>			1		

Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семинари	Практичні заняття	Самостійна робота
<b>Модуль 9. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ЗАХОДІВ</b>					
<i>Тема 1.</i> Організація профілактичних та протиепідемічних заходів на рівні громади	6	2	-	2	2
<i>Тема 2.</i> Організація профілактичних та протиепідемічних заходів на рівні закладу громадського харчування	4	-	2	2	-
<i>Тема 3.</i> Організація профілактичних та протиепідемічних заходів у громадському транспорті	4	-	2	2	-
<i>Тема 4.</i> Організація профілактичних та протиепідемічних заходів у закладі охорони здоров'я	6	-	2	2	2
<i>Тема 5.</i> Організація профілактичних та протиепідемічних заходів на промисловому підприємстві	4	-	2	2	-
<i>Тема 6.</i> Особливості організації профілактичних та протиепідемічних заходів при проведенні заходів із великою кількістю учасників	4	-	2	-	2
<i>Модульний контроль</i>	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	30	2	10	12	6
<b>Усього за модулем кредитів</b>	1				
<b>Екзамен</b>	6	-	-	6	-
<b>Науково-дослідна робота</b> <b>Підготовка магістерської кваліфікаційної роботи</b> <b>Захист наукової дипломної магістерської роботи</b>	900	-	-	200	700
<b>Усього за програмою</b>	3600	462	512	1318	1308 (36,3%)
<b>Кредитів за програмою</b>	120				

## Освітньо-професійна програма

**Галузь знань**  
**Спеціальність**  
**Рівень освіти**  
**Спеціалізація**

**22 – Охорона здоров'я**  
**229 – Громадське здоров'я**  
**Другий (магістерський)**  
**«Організація і управління громадського здоров'я»**

### 1. Опис навчальної дисципліни

Освітньо-наукова програма підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 229 «Громадське здоров'я» розроблена згідно з вимогами Закону України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. № 1556–VII.

Освітньо-наукова програма магістратури за фахом «Громадське здоров'я» складається із 5 обов'язкових модулів і 5 модулів, один з яких магістр обирає самостійно.

Освітньо-наукова програма підготовки магістрів розрахована на 3600 годин (120 кредитів ЄКТС).

Лекційний курс становить 462 навчальні години. На проведення семінарів виділено 512 навчальних годин,

практичних занять – 1318 навчальних годин, а на самостійну роботу – 1308 (36,3%) навчальних годин. Самостійна робота з підготовки магістерської кваліфікаційної роботи становить 700 годин.

### 2. Характеристика абітурієнтів

До оволодіння програмою магістратури допускаються абітурієнти, які мають освіту бакалавра медсестринства, психолога, соціолога, журналіста, юриста, економіста. Також абітурієнтами можуть бути особи, які мають вищу освіту за рівнем підготовки «спеціаліст» як за напрямком підготовки «Охорона здоров'я», так і за іншими напрямками. Порядок прийому до вищих навчальних закладів визначає МОН України.

### 3. Мета та завдання навчальної дисципліни

Метою освітньо-наукової програми підготовки магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я» є підготовка фахівців у даній сфері до самостійної практичної та наукової і педагогічної діяльності відповідно до визначених компетенцій.

Професійно-наукова програма передбачає формування здатності застосовувати набуті знання, уміння та навички з дисциплін загальної та професійної підготовки для вирішення типових задач діяльності фахівця на відповідній посаді, включаючи проведення науково-практичних досліджень у сфері громадського здоров'я, проведення епідеміологічного нагляду за соціально значимими інфекційними та неінфекційними хворобами, станом психічного здоров'я населення, навколишнього середовища; визначення екологічних, соціально-економічних та медичних детермінант здоров'я; організація і проведення профілактичних та протиепідемічних заходів; формування у населення здорового способу життя та відповідального ставлення до власного здоров'я; міжсекторальна взаємодія в інтересах здоров'я населення.

### 4. Компетенції, якими мають оволодіти магістри за період навчання

#### 4.1. Загальні компетенції (КЗ)

КЗ 1. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

КЗ 2. Здатність застосовувати знання в практичних ситуаціях.

КЗ 3. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

КЗ 4. Здатність та готовність діяти в нестандартних ситуаціях, нести соціальну та етичну відповідальність за прийняті рішення.

КЗ 5. Здатність та готовність до саморозвитку, самореалізації, використання творчого потенціалу.

КЗ 6. Здатність та готовність до використання інформаційних технологій.

КЗ 7. Здатність та готовність до роботи в команді, вміння діяти в рамках узгоджених цілей та завдань, здатність брати на себе відповідальність і лідерство в плануванні та здійсненні професійної діяльності, толерантно сприймаючи соціальні, етнічні, культурні, конфесійні відмінності.

КЗ 8. Знання та розуміння предметної області і розуміння професії.

КЗ 9. Здатність спілкуватися рідною мовою як усно, так і письмово, здатність спілкуватися іншою мовою.

КЗ 10. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.

#### 4.2. Фахові компетенції (КФ)

КФ 1. Здатність використовувати у професійній діяльності знання нормативно-правових, законодавчих актів України та рекомендацій міжнародних організацій.

КФ 2. Здатність до оцінки та прогнозування стану здоров'я населення.

КФ 3. Здатність та готовність до визначення пріоритетних і стратегічних напрямків розвитку громадського здоров'я.

КФ 4. Здатність та готовність до управління закладом громадського здоров'я.

КФ 5. Здатність та готовність до визначення соціально-економічних, екологічних та медичних детермінант здоров'я населення і розробки та проведення заходів щодо зниження їх негативного впливу.

КФ 6. Здатність та готовність до прийняття управлінських рішень із питань розвитку громадського здоров'я.

КФ 7. Здатність та готовність до застосування скринінгових програм раннього виявлення хвороб.

КФ 8. Здатність та готовність до здійснення дій і надання послуг громадського здоров'я з укріплення здоров'я всього населення або для груп із підвищеним ризиком негативних наслідків для здоров'я.

КФ 9. Здатність та готовність до впровадження заходів із профілактики розладів психіки та поведінки, самогубств.

КФ 10. Здатність та готовність до впровадження заходів із профілактики СНІДу, туберкульозу, ІПСШ, вірусних гепатитів, проведення роботи щодо зниження стигми та дискримінації ЛЖВ

КФ 11. Здатність та готовність до впровадження заходів із профілактики негативного впливу факторів зовнішнього середовища на здоров'я людей

КФ 12. Здатність та готовність до впровадження заходів із профілактики негативного впливу факторів виробничого середовища на здоров'я людей.

КФ 13. Здатність та готовність до вивчення якості життя населення.

КФ 14. Здатність та готовність до управління якістю життя в системі громадського здоров'я.

КФ 15. Здатність та готовність до управління персоналом і закладами громадського здоров'я.

КФ 16. Здатність розробляти, впроваджувати та застосовувати підходи менеджменту у професійній діяльності закладів громадського здоров'я.

КФ 17. Здатність та готовність до здійснення епідеміологічного нагляду за інфекційними, неінфекційними хворобами, розладами психіки та поведінки, гігієною навколишнього середовища та гігієни праці.

КФ 18. Здатність та готовність до організації та проведення наукових досліджень у відповідності до спеціалізації, включаючи вибір мети, формулювання завдань, планування дослідження, підбір адекватних методів, збір, групування, обробку, аналіз отриманих даних та публічне їх представлення з урахуванням вимог збереження конфіденційності даних про учасників та інформаційної безпеки.

КФ 19. Здатність та готовність до організації та проведення прикладних і практичних проектів та інших заходів із вивчення та моделювання соціальних, економічних, екологічних, епідеміологічних та інших умов, які впливають на здоров'я та якість життя населення.

КФ 20. Здатність і готовність до планування, організації та здійсненню заходів, у тому числі міжсекторального характеру, щодо забезпечення охорони громадського здоров'я населення.

КФ 21. Здатність та готовність до просвітницької діяльності: публічні лекції, доповіді, просвітницька робота з групами ризику тощо.

КФ 22. Здатність та готовність до підготовки і використання наукової, науково-виробничої, проектної,

організаційно-управлінської та законодавчо-нормативної документації.

КФ 23. Готовність до комунікацій для рішення задач із професійної діяльності, у тому числі міжсекторальних і з міжнародними партнерами.

КФ 24. Здатність та готовність до організації публічних заходів для рішення задач професійної діяльності, у тому числі міжсекторальних і з міжнародними партнерами.

### 5. Структура навчальної дисципліни

Аудиторні години				Самостійна робота	Вид контролю
усього	лекції	семінари	практичні		
2550	510	510	1020	510	Усне опитування. Рішення ситуаційних задач. Модульний тестовий контроль. Комп'ютерний тестовий іспит
Усього кредитів ЄКТС					85

Кредитів	Виробничо-навчальна практика та науково-дослідна робота		Вид контролю
	5	Виробничо-навчальна практика	
	30	Науково-дослідна робота	Захист результатів виробничо-навчальної практики Публічний захист наукової дипломної магістерської роботи

### 6. Методи навчання

Проведення лекційних занять з використанням мультимедійного проєктору.

Проведення занять з використанням дистанційного методу за допомогою системи Moodle.

Проведення семінарських занять за визначеними темами.

Проведення практичних занять за визначеними темами.

Підготовка аналітичних оглядів наукової літератури за визначеними темами.

Підготовка рефератів за визначеними темами.

Виробничо-навчальна практика.

Самостійне виконання науково-дослідної роботи.  
Написання наукової дипломної магістерської роботи.

### 7. Методи контролю знань

Усне опитування.  
Рішення ситуаційних задач.  
Модульний тестовий контроль.  
Комп'ютерний тестовий іспит.  
Захист результатів виробничо-навчальної практики.  
Публічний захист наукової дипломної магістерської роботи.

## Навчальний план освітньо-професійної програми магістратури за спеціальністю «Громадське здоров'я»

### Спеціалізація «Організація і управління громадського здоров'я»

Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семінари	Практичні заняття	Самостійна робота
<b>Модуль 1. ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я. ВСТУП</b>					
Тема 1. Вступ до громадського здоров'я: основні поняття, соціальна обумовленість громадського здоров'я, фактори, що його формують	4	4	-	-	-
Тема 2. Історія розвитку громадського здоров'я	2	2	-	-	-

Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семинари	Практичні заняття	Самостійна робота
Тема 3. Громадське здоров'я як наука та предмет викладання	8	4	4	-	-
Тема 4. Основні терміни та визначення	4	2	2	-	-
Тема 5. ВООЗ про розвиток системи громадського здоров'я. Основні принципи	4	2	-	-	2
Тема 6. Медико-соціальні аспекти демографії	4	2	2	-	-
Тема 7. Медико-соціальні проблеми дитинства	4	2	2	-	-
Тема 8. Медико-соціальні проблеми здоров'я жінок	4	2	2	-	-
Тема 9. Основні оперативні функції громадського здоров'я. Характеристика	6	4	2	-	-
Тема 10. Планування політики громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях	10	4	4	2	-
Тема 11. Всебічні міжсекторальні стратегії громадського здоров'я дії на соціальні, економічні, екологічні, поведінкові детермінанти здоров'я	16	6	2	4	4
Тема 12. Управління та лідерство в галузі громадського здоров'я	18	6	8	4	-
Тема 13. Розуміння політичного процесу у сфері охорони громадського здоров'я	4	2	2	-	-
Тема 14. Роль політики в галузі громадського здоров'я в інфраструктурі системи охорони здоров'я	6	4	2	-	-
Тема 15. Процес планування та реалізації політики в галузі громадського здоров'я	18	4	-	4	10
Модульний контроль	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	<b>114</b>	<b>50</b>	<b>32</b>	<b>16</b>	<b>16</b>
<b>Усього за модулем кредитів</b>				<b>3,8</b>	
<b>Модуль 2. БІОСТАТИСТИКА</b>					
Тема 1. Загальні уявлення про біостатистику. Принципи. Методи. Застосування в системі громадського здоров'я	12	2	6	4	-
Тема 2. Застосування понять і положень системного підходу та системного аналізу	14	4	4	4	2
Тема 3. Характеристика методів біостатистики та можливості їх застосування в галузі громадського здоров'я	18	2	4	6	6
Тема 4. Математико-статистична обробка та аналіз даних у сфері громадського здоров'я: варіаційні ряди, дескриптивна (описова) статистика, кореляційний аналіз, динамічні ряди, однофакторний дисперсний аналіз	36	4	4	20	8
Тема 5. Багатофакторні методи аналізу в галузі громадського здоров'я	24	4	2	18	-
Тема 6. Моделювання процесів та систем у галузі громадського здоров'я	30	2	6	16	6
Тема 7. Роль і місце кластерного аналізу в дослідженнях громадського здоров'я	20	2	2	10	6
Тема 8. Основи доказової медицини та їх	26	6	4	18	10

Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семинари	Практичні заняття	Самостійна робота
застосування в галузі громадського здоров'я					
<i>Тема 9. Моніторинг і оцінка, якість даних, використання даних у галузі громадського здоров'я</i>	16	6	4	8	-
<i>Модульний контроль</i>	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	212	32	36	106	38
<b>Усього за модулем кредитів</b>	7,1				
<b>Модуль 3. ІНФОРМАТИЗАЦІЯ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я</b>					
<i>Тема 1. Задачі інформатизації громадського здоров'я</i>	6	4	2	-	-
<i>Тема 2. Основні поняття медичної інформатики</i>	10	4	4	2	-
<i>Тема 3. Інформаційні системи громадського здоров'я</i>	14	6	2	4	2
<i>Тема 4. Забезпечення інформаційної безпеки</i>	10	2	-	4	4
<i>Тема 5. Основні поняття комп'ютерних методів обробки медичних статистичних даних. Математичні методи обробки даних. Пакети програм для обробки даних</i>	20	4	2	10	4
<i>Тема 6. Текстовий процесор MS Word</i>	10	-	-	6	4
<i>Тема 7. Табличний процесор MS Excel</i>	12	-	-	8	4
<i>Тема 8. Система управління базами даних MS Access</i>	10	-	-	6	4
<i>Тема 9. Презентаційна графіка MS PowerPoint</i>	10	-	-	4	6
<i>Тема 10. Комп'ютерні методи статистичної обробки медико-біологічних даних</i>	28	4	-	14	10
<i>Тема 11. Спеціалізований статистичний пакет Statistica</i>	34	-	-	16	18
<i>Модульний контроль</i>	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	152	10	10	76	56
<b>Усього за модулем кредитів</b>	5,1				
<b>Модуль 4. ЕПІДНАГЛЯД ТА ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я І БЛАГОПОЛУЧЧЯ НАСЕЛЕННЯ</b>					
<i>Тема 1. Загальні питання епідеміології. Епідеміологія як наука. Місце епідеміології в системі громадського здоров'я. Епідемічний процес та його структура. Методи епідеміологічної діагностики. Епідеміологічний підхід до вивчення хвороб</i>	16	4	4	4	4
<i>Тема 2. Епіднагляд в області демографічної статистики</i>	8	2	2	4	-
<i>Тема 3. Епіднагляд за інфекційними хворобами. Загальні питання епідеміології інфекційних хвороб. Епідеміологія інфекційних хвороб з різними механізмами передачі</i>	14	4	2	4	4
<i>Тема 4. Загальні принципи організації профілактичних та протиепідемічних заходів</i>	20	4	4	8	4
<i>Тема 5. Епіднагляд за неінфекційними хворобами</i>	22	4	4	10	4
<i>Тема 6. Епіднагляд за станом психічного здоров'я</i>	14	4	2	4	4
<i>Тема 7. Епіднагляд за здоров'ям матері</i>	12	2	2	4	4

Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семинари	Практичні заняття	Самостійна робота
та дитини					
Тема 8. Епіднагляд в області гігієни навколишнього середовища	10	4	2	4	-
Тема 9. Епіднагляд в області гігієни праці	10	4	-	6	-
Тема 10. Епіднагляд за травматизмом та насильством	8	2	-	6	-
Тема 11. Епіднагляд за стійкістю до антибіотиків	8	2	2	4	-
Тема 12. Методологія проведення аналізу причин соціальної нерівності по відношенню до здоров'я та незадовільного доступу до медичної допомоги та соціальної підтримки	12	4	2	6	-
Тема 13. Методологія розробки втручань, скерованих на соціальні детермінанти здоров'я. Міжсекторальне партнерство для більш ефективних дій з укріплення здоров'я	8	2	2	4	-
Модульний контроль	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	<b>164</b>	<b>42</b>	<b>28</b>	<b>70</b>	<b>24</b>
<b>Усього за модулем кредитів</b>	<b>5,5</b>				
<b>Модуль 5. ДІЛОВА АНГЛІЙСЬКА МОВА</b>					
Тема 1. Health care in the USA. Переклад та обговорення основної інформації тексту. Діалог в парах, а потім обговорення в групі якостей, необхідних для спеціальності «Громадське здоров'я». Підготовка твору «Моя майбутня професія»	14	-	-	4	10
Тема 2. Підготовка ділових документів	26	-	-	20	6
Тема 3. Ділова переписка	28	-	-	20	8
Тема 4. Ведення ділових переговорів	38	-	-	30	8
Модульний контроль	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	<b>108</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>76</b>	<b>32</b>
<b>Усього за модулем кредитів</b>	<b>3,6</b>				
<b>Модуль 6. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНОГО НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ</b>					
Тема 1. Підготовчий етап дослідження. Аналітичний огляд літератури. Вибір мети та теми дослідження, формування задач. Розробка програми, вибір об'єкту та предмету, бази дослідження. Вибір одиниці та обсяг вибірки дослідження. Методи дослідження	20	4	2	10	4
Тема 2. Порядок складання анкет. Структура анкет. Види питань. Види таблиць. Правила заповнення таблиць. Збір інформації. Перевірка отриманих результатів	20	4	4	8	4
Тема 3. Обробка отриманих результатів. Статистичне групування отриманих даних. Статистичні таблиці. Обробка даних із використанням сучасних математичних та статистичних методів та інформаційних засобів	22	4	2	10	6
Тема 4. Аналіз отриманих результатів. Літературне та графічне оформлення результатів статистичного та соціологічного	22	4	2	8	8

Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семінари	Практичні заняття	Самостійна робота
дослідження. Впровадження результатів дослідження в практику громадського здоров'я та оцінка ефективності					
<i>Тема 5. Правила написання наукової статті</i>	18		4	4	10
<i>Тема 6. Правила оформлення презентації за результатами проведеного дослідження</i>	12	2	-	4	6
<i>Модульний контроль</i>	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	116	18	14	46	38
<b>Усього за модулем кредитів</b>	3,9				
<b>Модуль 7. ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ</b>					
<i>Тема 1. Охорона здоров'я: основні поняття і принципи. Вимоги до систем охорони здоров'я. Правові основи охорони здоров'я в Україні</i>	8	4	4	-	-
<i>Тема 2. Первинна медико-санітарна допомога. Зв'язок ПМСД та системи громадського здоров'я</i>	22	6	4	8	4
<i>Тема 3. Вторинна медична допомога</i>	6	4	2	-	-
<i>Тема 4. Третинна медична допомога</i>	4	2	2	-	-
<i>Тема 5. Екстрена медична допомога</i>	4	2	2	-	-
<i>Тема 6. Організація санаторно-курортної допомоги</i>	2	-	2	-	-
<i>Тема 7. Організація стоматологічної допомоги</i>	2	-	2	-	-
<i>Тема 8. Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні</i>	12	4	4	4	-
<i>Тема 9. Організація охорони здоров'я за кордоном. Всесвітня організація охорони здоров'я</i>	4	2	4	-	-
<i>Модульний контроль</i>	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	68	24	26	14	4
<b>Усього за модулем кредитів</b>	2,3				
<b>Модуль 8. МЕНЕДЖМЕНТ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я</b>					
<i>Тема 1. Основи менеджменту в охороні громадського здоров'я</i>	36	4	8	24	-
<i>Тема 2. Технологічні та функціональні аспекти процесу управління</i>	48	6	12	30	-
<i>Тема 3. Соціально-психологічні аспекти управління</i>	34	6	10	18	-
<i>Тема 4. Правові основи менеджменту охорони громадського здоров'я</i>	30	4	8	18	-
<i>Тема 5. Управління персоналом</i>	40	8	14	18	-
<i>Тема 6. Організація і управління системою громадського здоров'я</i>	28	4	8	16	-
<i>Тема 7. Організація та управління медичною допомогою</i>	30	4	8	18	-
<i>Тема 8. Економічні основи управління системою громадського здоров'я</i>	36	6	10	20	-
<i>Тема 9. Міжсекторальний підхід у вирішенні проблем громадського здоров'я</i>	34	4	10	20	-
<i>Тема 10. Соціальна медицина як основа</i>	28	4	8	16	-



Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семінари	Практичні заняття	Самостійна робота
менеджменту в охороні здоров'я					
<i>Модульний контроль</i>	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	348	50	98	200	-
<b>Усього за модулем кредитів</b>	11,6				
<b>Модуль 9. ЯКІСТЬ ЖИТТЯ. УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ЖИТТЯ</b>					
<i>Тема 1. Концептуальні та методологічні основи дослідження якості життя</i>	6	2	4	-	-
<i>Тема 2. Методологічні стандарти дослідження якості життя</i>	12	2	2	2	6
<i>Тема 3. Популяційні дослідження якості життя: значення та можливості</i>	10	2	-	4	4
<i>Тема 4. Особливості дослідження якості життя у дітей</i>	8	2	-	4	2
<i>Тема 5. Загальні принципи та методи аналізу даних дослідження якості життя населення</i>	14	4	-	4	6
<i>Тема 6. Паліативна медицина і якість життя</i>	6	2	-	4	-
<i>Тема 7. Методи дослідження якості життя при проведенні фармако-економічного аналізу</i>	10	2	-	4	4
<i>Тема 8. Методи управління якістю життя в системі громадського здоров'я</i>	14	2	4	4	4
<i>Модульний контроль</i>	2		-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	82	18	10	28	26
<b>Усього за модулем кредитів</b>	2,7				
<i>Залік за модулями 1–9</i>	6 годин семінарських занять				
<b>Модуль 10. МІКРОБІОЛОГІЯ, ВІРУСОЛОГІЯ, ПАРАЗИТОЛОГІЯ</b>					
<i>Тема 1. Загальна мікробіологія: історія становлення, мета, задачі, значення для громадського здоров'я. Принципи класифікації мікроорганізмів. Методи дослідження. Асептика, антисептика, дезінфекція, стерилізація</i>	18	6	2	6	4
<i>Тема 2. Вчення про інфекції: характеристика інфекційного процесу, патогенність та вірулентність бактерій, контроль факторів патогенності та токсичності. Шляхи та механізми інфікування людини збудниками різної етіології</i>	20	4	4	6	6
<i>Тема 3. Вчення про імунітет. Імунна система. Форми імунітету. Фактори специфічної та неспецифічної резистентності організму людини. Імунопрофілактика та імунотерапія. Принципи ПЛР діагностики</i>	16	4	4	4	4
<i>Тема 4. Медична бактеріологія: характеристика збудників. Мікробіологічні аспекти біотероризму та техногенних катастроф. Внутрішньолікарняні інфекції</i>	22	4	4	8	6
<i>Тема 5. Медична вірусологія: збудники СНІДу та гепатитів. Природні вогнища трансмісивних інфекцій</i>	16	4	2	6	4
<i>Тема 6. Медична паразитологія: малярія, лямбліоз, трихомонадіоз, токсоплазмоз</i>	18	4	4	6	4

Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семінари	Практичні заняття	Самостійна робота
<i>Тема 7. Санітарна мікробіологія. Санітарно-мікробіологічні дослідження ґрунту, повітря, води, продуктів харчування. Санітарно-мікробіологічний контроль у закладах охорони здоров'я</i>	20	4	4	8	4
<i>Модульний контроль</i>	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	<b>132</b>	<b>30</b>	<b>24</b>	<b>46</b>	<b>32</b>
<b>Усього за модулем кредитів</b>	<b>4,4</b>				
<b>Модуль 11. ЕКОЛОГІЯ ЛЮДИНИ. ТОКСИКОЛОГІЯ, ФІЗІОЛОГІЯ ТА БІОХІМІЯ СТРЕСОВИХ ФАКТОРІВ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА</b>					
<i>Тема 1. Навколишнє середовище та його складові. Розвиток наукових досліджень в області екології людини. Методи дослідження в області екології людини</i>	20	4	4	6	6
<i>Тема 2. Зовнішнє середовище та здоров'я людей, вплив на спадковість</i>	12	2	2	4	4
<i>Тема 3. Вплив геофізичних та геохімічних факторів на здоров'я людей</i>	6	2	-	4	-
<i>Тема 4. Вплив біологічних факторів на здоров'я людей</i>	14	4	2	4	4
<i>Тема 5. Соціально-економічні детермінанти здоров'я</i>	18	2	4	4	8
<i>Тема 6. Вплив якості води, повітря та ґрунту на здоров'я людей</i>	18	2	4	6	6
<i>Тема 7. Радіаційне та шумове забруднення навколишнього середовища і здоров'я людей</i>	16	2	2	6	6
<i>Тема 8. Загальне уявлення про стрес та стресорах. Механізми захисту людей від дій стресу</i>	14	2	2	4	6
<i>Тема 9. Географічні аспекти адаптації людини. Адаптивні типи людей</i>	16	2	4	6	4
<i>Тема 10. Захист життєвого середовища людей – об'єкт міжнародного співробітництва</i>	6	2	4	-	-
<i>Тема 11. Токсикологія. Основні поняття, напрямки, методи дослідження. Значення для системи громадського здоров'я</i>	18	4	4	6	4
<i>Модульний контроль</i>	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	<b>156</b>	<b>28</b>	<b>32</b>	<b>48</b>	<b>48</b>
<b>Усього за модулем кредитів</b>	<b>5,2</b>				
<b>Модуль 12. ПРОФІЛАКТИКА. ВАЛЕОЛОГІЯ</b>					
<i>Тема 1. Поняття «профілактика». Види профілактики: первинна, вторинна, третинна. Санітарно-гігієнічне виховання як складова частина медичної профілактики</i>	10	2	4	4	-
<i>Тема 2. Політика і стратегія ВООЗ до профілактики. Нормативно-правові та організаційні основи профілактики в Україні</i>	12	6	-	2	6
<i>Тема 3. Профілактика в системі громадського здоров'я. Міжсекторальне співробітництво. Цільові профілактичні програми</i>	12	4	4	4	-
<i>Тема 4. Валеологія як наука про здоров'я. Фактори, які визначають здоров'я людини</i>	20	4	4	6	6

Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семінари	Практичні заняття	Самостійна робота
Тема 5. Формування у населення здорового способу життя як основа профілактики	20	4	2	8	6
Тема 6. Формування у населення відповідального ставлення до власного здоров'я	8	2	2	4	-
Тема 7. Профілактика інфекційних захворювань. Профілактика СНІДу, туберкульозу, ППСШ, вірусних гепатитів	18	4	4	6	4
Тема 8. Профілактика хронічних неінфекційних хвороб: хвороби системи кровообігу, онкологічних хвороб, цукрового діабету, обструктивних хвороб органів дихання тощо	22	4	4	8	6
Тема 9. Профілактика розладів психіки та поведінки, самогубств	14	4	2	6	2
Тема 10. Особливості організації профілактичних та оздоровчих заходів для дітей в умовах загальноосвітніх навчальних закладів	12	2	4	4	2
Тема 11. Скринінгові програми раннього виявлення хвороб	22	2	4	12	4
Тема 12. Дії та послуги громадського здоров'я з укріплення здоров'я всього населення або для груп з підвищеним ризиком негативних наслідків для здоров'я	22	6	4	8	4
Модульний контроль	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	<b>196</b>	<b>44</b>	<b>38</b>	<b>74</b>	<b>40</b>
<b>Усього за модулем кредитів</b>	<b>6,5</b>				
<b>Модуль 13. СОЦІАЛЬНО ЗНАЧИМІ ТА ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ</b>					
Тема 1. Еволюція поглядів на інфекційний процес	8	4	4	-	-
Тема 2. Роль інфекційних хвороб у сучасному суспільстві. Біологічна зброя	14	4	2	4	4
Тема 3. Основні поняття про соціально значимі інфекційні хвороби	8	2	2	4	-
Тема 4. Організація медичної допомоги пацієнтам із соціально значимими інфекційними хворобами	16	4	4	4	4
Тема 5. Маршрутизація ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Подолання стигми та дискримінації ЛЖВ	12	4	2	6	-
Тема 6. Організація медичної допомоги пацієнтам, хворим на туберкульоз	14	4	2	4	4
Тема 7. Особливо небезпечні інфекційні хвороби: сучасні уявлення, організація медичної допомоги	12	4	2	6	-
Тема 8. Міжнародні медико-соціальні правила. Міжнародна конвенція про карантинні хвороби	10	4	-	4	2
Тема 9. Основні поняття біобезпеки та біотероризму	14	4	2	4	4
Модульний контроль	2	-	2	-	-
<b>Усього за модулем</b>	<b>110</b>	<b>34</b>	<b>22</b>	<b>36</b>	<b>18</b>
<b>Усього за модулем кредитів</b>	<b>3,7</b>				

Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семинари	Практичні заняття	Самостійна робота
<b>Модуль 14. СОЦІАЛЬНО ЗНАЧИМИ ХРОНІЧНИ НЕІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ</b>					
Тема 1. Основні поняття про соціально значимі неінфекційні хвороби	6	2	4	-	-
Тема 2. Організація медичної допомоги пацієнтам з соціально значимими неінфекційними хворобами	16	4	4	6	2
Тема 3. Хвороби системи кровообігу	18	4	4	4	6
Тема 4. Онкологічні хвороби	12	2	2	4	4
Тема 5. Цукровий діабет	12	2	4	4	2
Тема 6. Порушення психіки та поведінки	14	2	4	4	4
Тема 7. Хронічні обструктивні хвороби органів дихання	12	2	2	4	4
Тема 8. Жіноче та чоловіче безпліддя	6	2	-	4	-
Модульний контроль	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	<b>98</b>	<b>20</b>	<b>24</b>	<b>32</b>	<b>22</b>
<b>Усього за модулем кредитів</b>	<b>3,3</b>				
<b>Модуль 15. КОМУНІКАЦІЇ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я</b>					
Тема 1. Сучасні інформаційно-комунікаційні технології	12	4	4	-	4
Тема 2. Особливості комунікацій з особами, що приймають рішення, населенням, роботодавцями; дітьми та підлітками	8	2	2	4	-
Тема 3. Порядок підготовки та проведення комунікаційних програм	18	4	2	6	6
Тема 4. Методика визначення ефективності комунікаційних програм	8	2	2	4	-
Тема 5. Створення та підтримка сайтів громадського здоров'я	16	2	-	4	10
Тема 6. Форми і методи масової комунікації	16	4	4	4	4
Тема 7. Цільові групи комунікативного впливу.	8	4	-	4	-
Тема 8. Комунікації у формуванні у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я	8	2	2	4	-
Тема 9. Підготовка інформації для населення за заданою темою	14	-	-	6	8
Модульний контроль	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	<b>110</b>	<b>24</b>	<b>16</b>	<b>38</b>	<b>32</b>
<b>Усього за модулем кредитів</b>	<b>3,7</b>				
<b>Модуль 16. ЕТИЧНІ НОРМИ В ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'І</b>					
Тема 1. Теоретичні основи біомедичної етики. Основні етичні теорії. Принципи і правила біомедичної етики	12	4	2	4	2
Тема 2. Життя як цінність. Відношення до смерті та помиранню як моральна проблема	10	2	4	-	4
Тема 3. Моральні аспекти втручання в репродукцію людини	8	2	2	4	-
Тема 4. Моральні проблеми трансплантації органів та тканин	8	2	2	4	-
Тема 5. Етика в психіатрії	8	2	2	2	2
Тема 6. Етика в охороні здоров'я.	14	4	2	4	4

Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семінари	Практичні заняття	Самостійна робота
Справедливість в охороні здоров'я					
Тема 7. Етичні документи та кодекси	10	2	2	2	4
Написання реферату на задану тему	12	-	-	2	10
Модульний контроль	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	<b>86</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>28</b>
<b>Усього за модулем кредитів</b>	<b>2,7</b>				
<b>Модуль 17. ПСИХОЛОГІЯ ПРАЦІ</b>					
Тема 1. Основні проблеми психології праці. Психологія професійного самовизначення	10	2	4	4	-
Тема 2. Розвиток людини в трудовій діяльності	10	2	4	4	-
Тема 3. Мотивація професійної діяльності	12	2	2	4	4
Тема 4. Психологічні особливості праці. Особливості праці в умовах організації	16	2	4	6	4
Тема 5. Стреси та конфлікти в професійній діяльності. Профілактика	18	4	4	6	4
Тема 6. Основи інженерної психології	12	4	4	4	-
Модульний контроль	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	<b>88</b>	<b>16</b>	<b>22</b>	<b>30</b>	<b>12</b>
<b>Усього за модулем кредитів</b>	<b>2,7</b>				
<b>Модуль 18. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ЗАХОДІВ</b>					
Тема 1. Організація профілактичних та протиепідемічних заходів на рівні громади	12	2	-	6	4
Тема 2. Організація профілактичних та протиепідемічних заходів на рівні закладу громадського харчування	6	2	-	4	-
Тема 3. Організація профілактичних та протиепідемічних заходів у громадському транспорті	8	2	-	4	2
Тема 4. Організація профілактичних та протиепідемічних заходів у закладі охорони здоров'я	14	2	4	4	4
Тема 5. Організація профілактичних та протиепідемічних заходів на промисловому підприємстві	14	2	4	4	4
Тема 6. Особливості організації профілактичних та протиепідемічних заходів при проведенні заходів із великою кількістю учасників	18	4	4	4	6
Модульний контроль	2	-	-	2	-
<b>Усього за модулем</b>	<b>74</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>28</b>	<b>20</b>
<b>Усього за модулем кредитів</b>	<b>2,5</b>				
<b>Модуль 19. ЕКОНОМІКА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я</b>					
Тема 1. Економіка громадського здоров'я в умовах ринкових відношень	10	4	2	-	4
Тема 2. Наукові основи прогнозування та планування в системі громадського здоров'я	10	4	2	4	-
Тема 3. Фінансування системи громадського здоров'я	8	4	-	4	-
Тема 4. Маркетинг у системі громадського здоров'я	20	6	4	4	6

Назва курсу, розділу, тем	Усього	Лекції	Семінари	Практичні заняття	Самостійна робота
Тема 5. Наукові основи економічного управління в системі громадського здоров'я	16	4	4	4	4
Тема 6. Підприємницька діяльність у системі громадського здоров'я	12	4	-	4	4
Тема 7. Методологічні основи дослідження тягаря хвороб. Значення результатів для системи громадського здоров'я	32	12	4	10	6
Модульний контроль	2	-	-	2	
<b>Усього за модулем</b>	<b>124</b>	<b>38</b>	<b>30</b>	<b>32</b>	<b>24</b>
<i>Усього за модулем кредитів</i>			4,1		
<b>Залік за модулями 10–19</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Екзамен</b>	<b>8</b>	<b>-</b>	<b>8</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Усього за програмою</b>	<b>2550</b>	<b>510</b>	<b>510</b>	<b>1020</b>	<b>510</b>
<b>Кредитів за програмою</b>			85		

## Виробничо-навчальна практика та науково-дослідна робота

Виробничо-навчальна практика та науково-дослідна робота проводяться відповідно до навчального плану магістратури за спеціальністю «Громадське здоров'я» і є обов'язковими і являють собою вид навчальних занять, безпосередньо орієнтованих на професійно-наукову підготовку студентів. Виробничо-навчальна практика та науково-дослідна робота закріплюють знання та вміння, які набуті під час освоєння теоретичних дисциплін і сприяють відпрацюванню студентами практичних навичок і комплексному формуванню в них загальних та професійних компетенцій.

У рамках виконання навчального плану магістратури за спеціальністю «Громадське здоров'я» передбачено проходження студентами виробничо-

навчальної практики та виконання науково-дослідної роботи.

Базами проведення практики є заклади охорони здоров'я, заклади громадського здоров'я, які мають необхідний кадровий та науково-технічний потенціал, основна діяльність яких має об'єкт і види професійної діяльності випускників за напрямком «Громадське здоров'я».

У рамках виконання навчального плану магістратури за спеціальністю «Громадське здоров'я» також передбачена науково-дослідна робота. Підготовка та захист наукової дипломної магістерської роботи.

Базами науково-дослідної роботи є кафедри, науково-дослідні установи за даним напрямом підготовки та установи громадського здоров'я з необхідними ресурсами для проведення дослідження.

Назва	Термін	Кредити	Зміст
<b>Виробничо-навчальна практика</b>	1 місяць	5	<p><b>Мета практики.</b> Придбання досвіду та навичок колективної та самостійної професійної діяльності у сфері громадського здоров'я, включаючи оцінку та моніторинг стану здоров'я населення, проведення наукових досліджень, скерованих на виявлення факторів, які визначають громадське здоров'я, розробку науково обґрунтованих заходів зі збереження та укріплення здоров'я населення, реалізації їх на практиці та оцінки їх ефективності.</p> <p>У результаті проходження практики особа, яка навчається, має здобути такі практичні навички та вміння:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– самостійного вибору та обґрунтування теми, мети та завдань дослідження, вибору та обґрунтування методу та обсягу, які адекватні поставленим задачам;</li> <li>– розробки практичних проектів з актуальних проблем громадського здоров'я;</li> <li>– засвоєння нових теорій, моделей, методів дослідження, розробки нових методичних підходів та технологій;</li> <li>– організації та участі у проведенні оцінки стану здоров'я населення, епідеміологічної ситуації, зовнішнього</li> </ul>

			<p>середовища;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– планування та проведення заходів з охорони здоров'я та навколишнього середовища, поліпшення здоров'я населення, організації менеджменту у сфері громадського здоров'я;</li> <li>– збору та аналізу інформації з проблем громадського здоров'я з використанням сучасних методів автоматизованого збору та обробки інформації;</li> <li>– обробки та аналізу отриманих даних за допомогою сучасних інформаційних технологій;</li> <li>– підготовки та оформлення науково-технічних проєктів і звітів, нормативних та методичних документів.</li> </ul>
<p><b>Науково-дослідна робота. Підготовка та захист наукової дипломної магістерської роботи</b></p>	6 місяців	30	<p><b>Мета НДР.</b> Розширення набутих та отримання нових знань, перевірка наукових гіпотез, встановлення закономірностей, які є в природі, суспільстві, наукових узагальнень, наукове обґрунтування проєктів.</p> <p>Студент повинен знати:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– основні напрямки та проблеми наукових досліджень із громадського здоров'я;</li> <li>– структуру науково-дослідних, лікувально-профілактичних закладів і закладів громадського здоров'я;</li> <li>– організацію роботи кафедральних та наукових підрозділів;</li> <li>– правила техніки безпеки роботи з комп'ютерною технікою;</li> <li>– правила збору первинної інформації;</li> <li>– правила обробки та оформлення результатів наукових досліджень.</li> </ul> <p>Студент повинен вміти:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– працювати з науковою літературою за вибраною проблемою;</li> <li>– ставити задачі, підбирати адекватні методи дослідження та визначати обсяг вибіркової сукупності дослідження;</li> <li>– аналізувати отримані дані наукового дослідження;</li> <li>– вносити корективи в дизайн дослідження;</li> <li>– формулювати висновки та практичні рекомендації за результатами наукового дослідження;</li> <li>– формулювати основні положення наукових кваліфікаційних робіт: актуальність, мета, завдання, об'єкт, предмет, методи дослідження, новизна, основні положення, що виносяться на захист, теоретичну та практичну значимість роботи;</li> </ul> <p>Студент повинен володіти:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– навичками пошуку та узагальнення джерел наукової літератури;</li> <li>– технологією планування та виконання науково-дослідної роботи на різних етапах.</li> </ul>
<b>Усього</b>	<b>7 місяців</b>	<b>35</b>	

Г.О. Слабкий<sup>1</sup>, В.В. Шафранський<sup>2</sup>, І.С. Миронюк<sup>1</sup>, Л.О. Качала<sup>1</sup>

## Пропозиції до запровадження наукової спеціальності «Громадське здоров'я»

<sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила 10 основних оперативних функцій громадського здоров'я [1]. Однією з них є «Сприяння розвитку досліджень у сфері охорони здоров'я для наукового обґрунтування політики і практики». У рамках даної функції громадського здоров'я ВООЗ вказує, що наукові дослідження мають найважливіше значення для обґрунтування політики та принципів надання послуг. Наукові дослідження можуть здійснюватися у форматах описових, аналітичних та експериментальних робіт. Ця оперативна функція включає:

- дослідження з метою збільшення бази знань для реалізації науково обґрунтованої політики на всіх рівнях;
- розробку нових методів досліджень, інноваційних технологій і рішень у сфері охорони здоров'я;
- налагодження партнерства з дослідницькими центрами та академічними установами з метою проведення своєчасних досліджень для прийняття рішень на всіх рівнях громадського здоров'я.

При розробці напрямків наукових досліджень за спеціальністю «Громадське здоров'я» нами за основу взяті основні оперативні функції громадського здоров'я як основні напрямки діяльності системи громадського здоров'я. При цьому враховано, що громадське здоров'я як самостійна наука вивчає вплив соціальних умов і чинників навколишнього середовища на здоров'я населення для розробки профілактичних заходів з метою збереження та зміцнення здоров'я населення. Громадське здоров'я займається вивченням кола медичних, соціологічних, економічних, управлінських, філософських негараздів у конкретних історичних умовах. На відміну від різних клінічних дисциплін, громадське здоров'я вивчає стан здоров'я не окремих індивідів, а людських колективів, соціальних груп і суспільства загалом у зв'язку з умовами їхнього життя.

Об'єктами досліджень наукової спеціальності мають бути: рівень громадського здоров'я та вплив на нього соціально-економічних, екологічних, біологічних, психологічних, медичних, клімато-географічних, суспільно-політичних детермінант; нормативно-правова база, організаційні форми, методи, принципи, види надання послуг громадського здоров'я різним категоріям та групам населення, їх рівень, якість та ефективність; міжсекторальний підхід в організації діяльності системи громадського здоров'я та її складових; фінансово-економічна діяльність системи та закладів охорони громадського здоров'я; міжнародний і вітчизняний досвід діяльності систем громадського здоров'я та надання відповідних послуг.

Підготовка наукових кадрів для системи громадського здоров'я має здійснюватися згідно із Законом України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. № 1556-VII [2].

На першому етапі має бути розроблений та затверджений паспорт наукової спеціальності «Громадське здоров'я». При цьому повинні бути визначені відмінності в напрямках наукових досліджень між «Соціальною медициною» та «Громадським здоров'ям».

Провідними напрямками наукових досліджень за спеціальністю «Громадське здоров'я» мають стати:

- вивчення закономірностей змін показників громадського здоров'я у часі та на певних адміністративних територіях серед різних категорій населення з визначенням впливу на нього соціально-економічних, екологічних, біологічних, психологічних, медичних, клімато-географічних, суспільно-політичних детермінант із метою обґрунтування суспільних заходів щодо зменшення або попередження їх несприятливого впливу;
- вивчення індексу здоров'я населення, глобального тягаря хвороб та обґрунтування цільових профілактичних програм і програм відновного лікування в системі громадського здоров'я;
- вивчення причин смертності населення в працездатному віці та смертності дітей, з метою обґрунтування та визначення завдань системи громадського здоров'я з їх зниження та формування відповідної політики;
- прогнозування медико-демографічної ситуації в країні та окремих регіонах із визначенням тенденцій, причин та моделювання можливих варіантів поліпшення;
- наукове обґрунтування і розробка інтегральних показників та індексів оцінки громадського здоров'я населення;
- наукове обґрунтування та розробка політики, програм та заходів у сфері громадського здоров'я на державному та регіональних рівнях;
- наукове обґрунтування та розробка механізмів, за допомогою яких здійснюється формування пріоритетів, планування заходів щодо реалізації політики і прийняття рішень у сфері громадського здоров'я;
- наукове обґрунтування якісно нових та оптимізація існуючих організаційних форм, видів та методів діяльності органів, закладів та установ охорони громадського здоров'я на сучасному етапі розвитку суспільства;



– наукове обґрунтування організаційних структур, нормативів, критеріїв оцінки та стандартів якості послуг у сфері громадського здоров'я.

Специфічними методами досліджень громадського здоров'я є: епідеміологічний, статистичний, бібліосемантичний, соціологічний, експериментальний, економічний, медико-географічний, соціально-психологічний, прогнозування, експертних оцінок, структурно-логічного аналізу, моделювання. Методичною основою досліджень визначено методи системного підходу та системного аналізу [3].

Науково-практичними результатами досліджень громадського здоров'я є обґрунтування пріоритетних напрямів збереження та зміцнення здоров'я населення, подолання нерівності в показниках здоров'я, зниження негативного впливу на здоров'я соціально-економічних, екологічних, біологічних, психологічних, медичних, клімато-географічних, суспільно-політичних детермінант, розвитку системи громадського здоров'я та її складових, механізмів залучення до збереження здоров'я населення інших секторів державного та приватного сектору за всіма рівнями управління.

Першим ступенем підготовки науковців за спеціальністю «Громадське здоров'я» має стати магістратура за освітньо-науковою програмою. Підготовка в магістратурі повинна здійснюватися в медичних університетах та вищих навчальних закладах III–IV рівнів акредитації, які мають медичні факультети.

Другим ступенем підготовки науковців є підготовка кандидатів наук (докторів філософії) в аспірантурі. При цьому необхідно на галузевому рівні визначитися з державним замовленням на кількість місць в аспірантурі в розрізі вищих навчальних закладів

та науково-дослідних інститутів. Має бути передбачена можливість навчання в аспірантурі за вказаною спеціальністю за кошти юридичних або фізичних осіб.

Вищим рівнем підготовки наукових кадрів є докторантура. Підготовка в докторантурі має здійснюватися як за державним замовленням (відповідно до створених кафедр громадського здоров'я у вищих навчальних закладах), так і за кошти юридичних або фізичних осіб.

Право на підготовку наукових кадрів за спеціальністю «Громадське здоров'я» можуть отримати вищі навчальні заклади III–IV рівнів акредитації, в яких працюють доктори медичних наук, предметом наукових досліджень є складові громадського здоров'я, і вони мають опубліковані наукові роботи відповідного напрямку.

Галуззю науки, з якої присуджуються наукові ступені, є охорона здоров'я.

За нашою участю розроблено проект паспорта наукової спеціальності «Громадське здоров'я».

Дані проекти програм і навчальних планів створені з урахуванням досвіду країн світу з підготовки фахівців для сфери громадського здоров'я та основних оперативних функцій громадського здоров'я, які затверджені ВООЗ (2012).

Даний проект виносяться на обговорення науковців причетних до проблеми громадського здоров'я та міжнародних експертів з тим, щоб доопрацьований з урахуванням зауважень зацікавлених осіб документ можна було представити до затвердження та використання в країні при підготовці наукових кадрів у сфері громадського здоров'я.

## Література

1. *Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения.* – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). – 52 с.
2. *Про вищу освіту* : Закон України від 01.07.2014 р. № 1556–VII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>. – Назва з екрана.
3. *Режим доступу* : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20161006\\_b.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161006_b.html).

## Паспорт спеціальності «Громадське здоров'я»

### 1. Формула спеціальності

Громадське здоров'я – це наука, яка вивчає вплив на громадське здоров'я соціально-економічних, екологічних, біологічних, психологічних, медичних, клімато-географічних, суспільно-політичних детермінант і обґрунтовує механізми збереження та зміцнення здоров'я населення, зменшення нерівності щодо здоров'я різних категорій населення з використанням механізмів міжсекторального підходу.

Об'єктами досліджень наукової спеціальності є: рівень громадського здоров'я та вплив на нього соціально-економічних, екологічних, біологічних, психологічних, медичних, клімато-географічних, суспільно-політичних детермінант; нормативно-правова база, організаційні форми, методи, принципи, види надання послуг громадського здоров'я різним категоріям та групам населення, їх рівень, якість та ефективність; міжсекторальний підхід в організації діяльності системи громадського здоров'я та її складових; фінансово-економічна діяльність системи та закладів охорони громадського здоров'я; міжнародний і вітчизняний досвід діяльності систем громадського здоров'я та надання відповідних послуг.

Специфічними методами досліджень громадського здоров'я являються: епідеміологічний, медико-статистичний, бібліосемантичний, соціологічний, експериментальний, економічний, медико-географічний, соціально-психологічний, прогнозування, експертних оцінок, структурно-логічного аналізу, моделювання, методи біостатистики. Методичною основою досліджень є системний підхід та системний аналіз.

Науково-практичними результатами досліджень громадського здоров'я є обґрунтування пріоритетних напрямів збереження та зміцнення здоров'я населення; подолання нерівності в показниках здоров'я, зниження негативного впливу на здоров'я соціально-економічних, екологічних, біологічних, психологічних, медичних, клімато-географічних, суспільно-політичних детермінант, розвитку системи громадського здоров'я та її складових, механізмів залучення до збереження здоров'я населення інших секторів державного та приватного сектору за всіма рівнями управління.

### 2. Напрямки досліджень

2.1. Вивчення закономірностей змін показників громадського здоров'я у часі та на певних адміністративних територіях серед різних категорій

населення з визначенням впливу на нього соціально-економічних, екологічних, біологічних, психологічних, медичних, клімато-географічних, суспільно-політичних детермінант з метою обґрунтування суспільних заходів щодо зменшення або попередження їх несприятливого впливу.

2.2. Вивчення індексу здоров'я населення, глобального тягаря хвороб та обґрунтування цільових профілактичних програм і програм відновного лікування в системі громадського здоров'я.

2.3. Вивчення причин смертності населення в працездатному віці та смертності дітей, з метою обґрунтування та визначення завдань системи громадського здоров'я з їх зниження та формування відповідної політики.

2.4. Прогнозування медико-демографічної ситуації в країні та окремих регіонах із визначенням тенденцій, причин та моделювання можливих варіантів поліпшення.

2.5. Наукове обґрунтування і розробка інтегральних показників та індексів оцінки громадського здоров'я населення.

2.6. Наукове обґрунтування та розробка політики, програм і заходів у сфері громадського здоров'я на державному та регіональних рівнях.

2.7. Дослідження економічних механізмів у сфері громадського здоров'я.

2.8. Наукове обґрунтування та розробка механізмів формування пріоритетів, планування заходів щодо реалізації політики і прийняття рішень у сфері громадського здоров'я.

2.9. Наукове обґрунтування якісно нових та оптимізація існуючих організаційних форм, видів та методів діяльності органів, закладів та установ охорони громадського здоров'я на сучасному етапі розвитку суспільства.

2.10. Наукове обґрунтування організаційних структур, нормативів, критеріїв оцінки та стандартів якості послуг у сфері громадського здоров'я.

2.11. Наукове обґрунтування механізмів міжсекторального підходу до збереження та зміцнення здоров'я населення, подолання нерівності в питаннях здоров'я.

3. Галузь науки, з якої присуджуються наукові ступені: охорона здоров'я.

УДК 312.6:617.7-053.2-036(477-37)

Ю.В. Барінов

## Регіональні особливості захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату в дітей різного віку

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

**Мета** – провести вивчення динаміки та змін структури захворюваності за класом хвороб ока та придаткового апарату у дітей різного віку в Україні.

**Матеріали та методи.** Первинними матеріалами для проведення дослідження стали дані офіційної статистичної звітності МОЗ України (форма 12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу», затверджена наказом МОЗ України від 10.07.2007 р. №378).

Період дослідження склав 2005–2014 рр. Захворюваність вивчали за кількістю випадків встановлення вперше діагнозу хвороб ока та придаткового апарату в поточному році в розрахунку на 1000 дітей відповідного віку. Різницю між показниками вважали достовірною при  $p < 0,05$ .

**Результати.** За період 2005–2014 рр. захворюваність за класом хвороб ока та придаткового апарату у дітей віком 0–17 років мала тенденції до зростання, незважаючи на те, що в 2014 р. через відсутність даних з АР Крим та м. Севастополя значення захворюваності залишилося на рівні 43,46 на 1000 населення. У віковій групі дітей 0–6 років відбулося поступове зростання абсолютної кількості первинних звернень з приводу офтальмологічної патології при зменшенні показника первинної захворюваності в розрахунку на 1000 дітей 0–6 років. Тенденції до зниження захворюваності на хвороби ока та придаткового апарату за обраний період дослідження простежувалися і в віковій групі дітей до 1-го року.

Половину ( $45,69 \pm 0,03\%$ ) вперше встановлених діагнозів хвороб ока та придаткового апарату у дітей складають кон'юнктивіти, ще  $14,43 \pm 0,02\%$  – склала міопія різного ступеню, катаракта –  $0,77 \pm 0,01\%$ , косоокість –  $2,24 \pm 0,01\%$ ; атрофія зорового нерва –  $0,45 \pm 0,01\%$ , глаукома –  $0,04 \pm 0,01\%$ .

**Висновки.** Встановлено, що в 2014 р. захворюваність за класом хвороб ока та придаткового апарату найвищою була в Харківській, Рівненській, Івано-Франківській, Вінницькій, Київській областях. Захворюваність за цим же класом хвороб серед дітей до року мала вищі значення, складаючи 51,76 випадків вперше встановленого діагнозу хвороб ока та придаткового апарату на 1000 дітей віком до одного року, найвищими її значення були в Херсонській, Івано-Франківській, Харківській та Рівненській областях. За період дослідження структура захворюваності за класом хвороб ока та придаткового апарату у дітей 0–17 років залишилася незмінною: кон'юнктивіти; міопія; катаракта, косоокість, атрофія зорового нерва, глаукома. Причини формування регіональних особливостей та подальші тенденції формування частоти та структури хвороб ока та придаткового апарату у різних вікових групах дітей, і особливо раннього віку, потребують додаткового вивчення.

**Ключові слова:** клас хвороб ока та придаткового апарату, захворюваність дітей різного віку, динаміка та регіональні особливості.

### Вступ

У 2004 р. Україна приєдналася до виконання міжнародної глобальної програми «VISION–2020: Право на зір», яка має на меті ліквідацію попереджуваної сліпоти й слабобачення у світі [4–6].

За даними ВООЗ поширеність дитячої сліпоти становить від 0,3 – у розвинених країнах, до 1,5 на 1000 дітей – у країнах, що розвиваються з низьким рівнем життя населення. Попередження настання слабобачення, сліпоти має надзвичайно важливе значення через вплив якості зорових функцій, які формуються в дитячому віці, на прогноз працездатності і соціальної адаптації в майбутньому (за кордоном є спеціальний термін «кількість майбутніх сліпих років»).

Основні причини зниження зору в дитячому віці змінюються. В основному попереджувана сліпота та

слабобачення пов'язані з аномаліями рефракції, вродженою катарактою, ретинопатією недоношених, глаукомою, кератомаліцією, кератитами та рубцюванням рогівки внаслідок інфекційних процесів. За даними ВООЗ в країнах, що розвиваються, серед її причин зростають катаракта, аномалії рефракції; в країнах з середнім достатком зростає частка ретинопатій недоношених, у розвинених країнах левову частку порушень зору в дитячому віці складають аномалії рефракції, амбліопія, косоокість [1, 3, 7].

Часто патологія очей зумовлена спадковістю, за даними окремих публікацій до 90,0% всіх причин зниження зору у дітей є спадково обумовленими [2].

Вивчення динаміки регіональних особливостей захворюваності на офтальмологічну патологію може стати інформаційним підґрунтям для обґрунтування ефективних підходів та стратегії попередження розвитку

слабкзорості у ранньому дитячому віці, обмеження життєдіяльності та соціалізації в суспільстві з її причини.

**Мета роботи** – проведення вивчення динаміки частоти та змін структури захворюваності за класом хвороб ока та придаткового апарату у дітей різного віку в Україні.

### Матеріали та методи

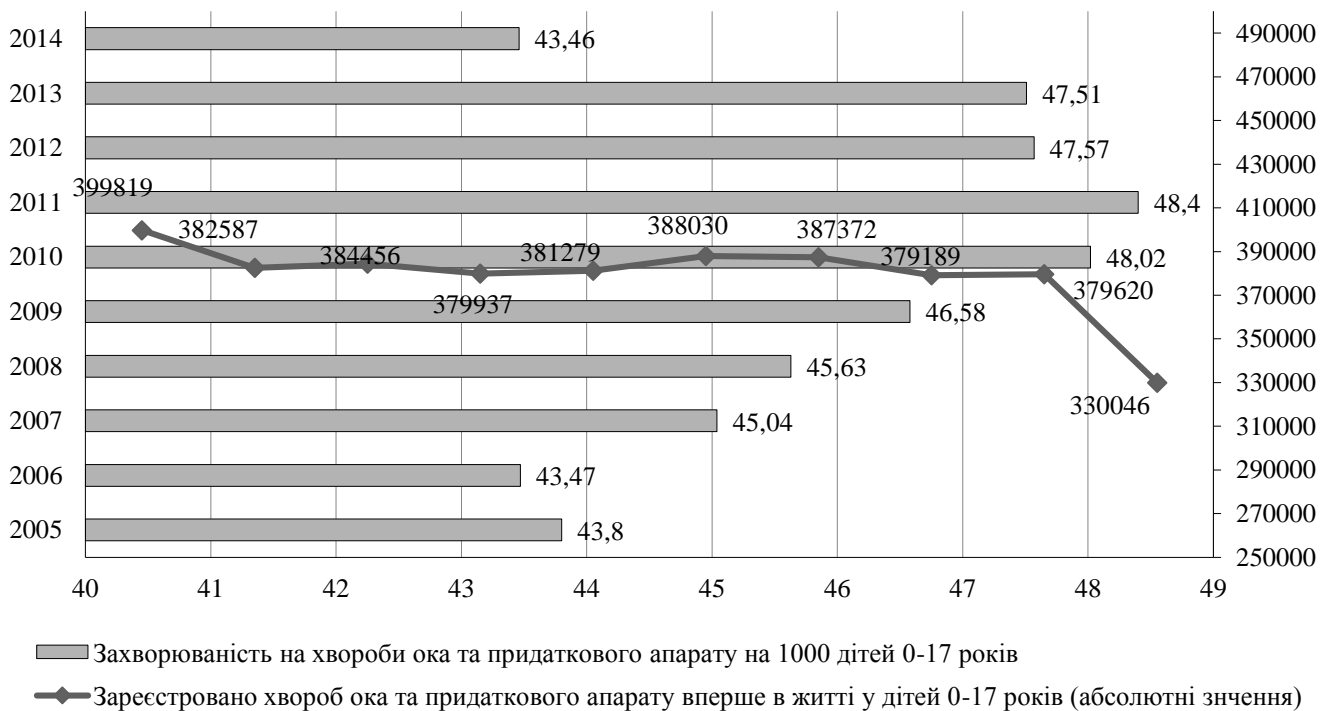
Первинними матеріалами для проведення дослідження стали дані офіційної статистичної звітності МОЗ України (форма 12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу», затверджена наказом МОЗ України від 10.07.2007 р. № 378).

Період дослідження склав 2005–2014 рр. Захворюваність вивчали за кількістю випадків встановлення вперше діагнозу хвороб ока та придаткового апарату в поточному році в розрахунку на 1000 дітей відповідного віку. Різницю між показниками вважали достовірною при  $p < 0,05$ .

### Результати дослідження та їх обговорення

За результатами проведеного аналізу з'ясовано, що за період 2005–2014 рр. захворюваність за класом хвороб ока та придаткового апарату у дітей віком 0–17 років, відмічено тенденцію до її зростання, незважаючи на те, що в 2014 р. через відсутність даних з АР Крим та м. Севастополя значення захворюваності залишилося на рівні 43,46 на 1000 населення, при суттєвому зменшенні абсолютного числа захворювань на офтальмологічну патологію, зареєстрованих вперше у дітей (рис. 1).

Майже половину ( $45,69 \pm 0,03\%$ ) вперше встановлених діагнозів хвороб ока та придаткового апарату складають кон'юнктивіти та інші захворювання кон'юнктиви, які мають позитивний прогноз лікування. Ще  $14,43 \pm 0,02\%$  – це міопія різного ступеню. Катаракта в дитячому віці складає  $0,77 \pm 0,01\%$  і є в переважній більшості випадків вродженою. На косоокість ( $2,24 \pm 0,01\%$ ); атрофію зорового нерва ( $0,45 \pm 0,01\%$ ) та глаукому ( $0,04 \pm 0,01\%$ ) припадає набагато менший відсоток.

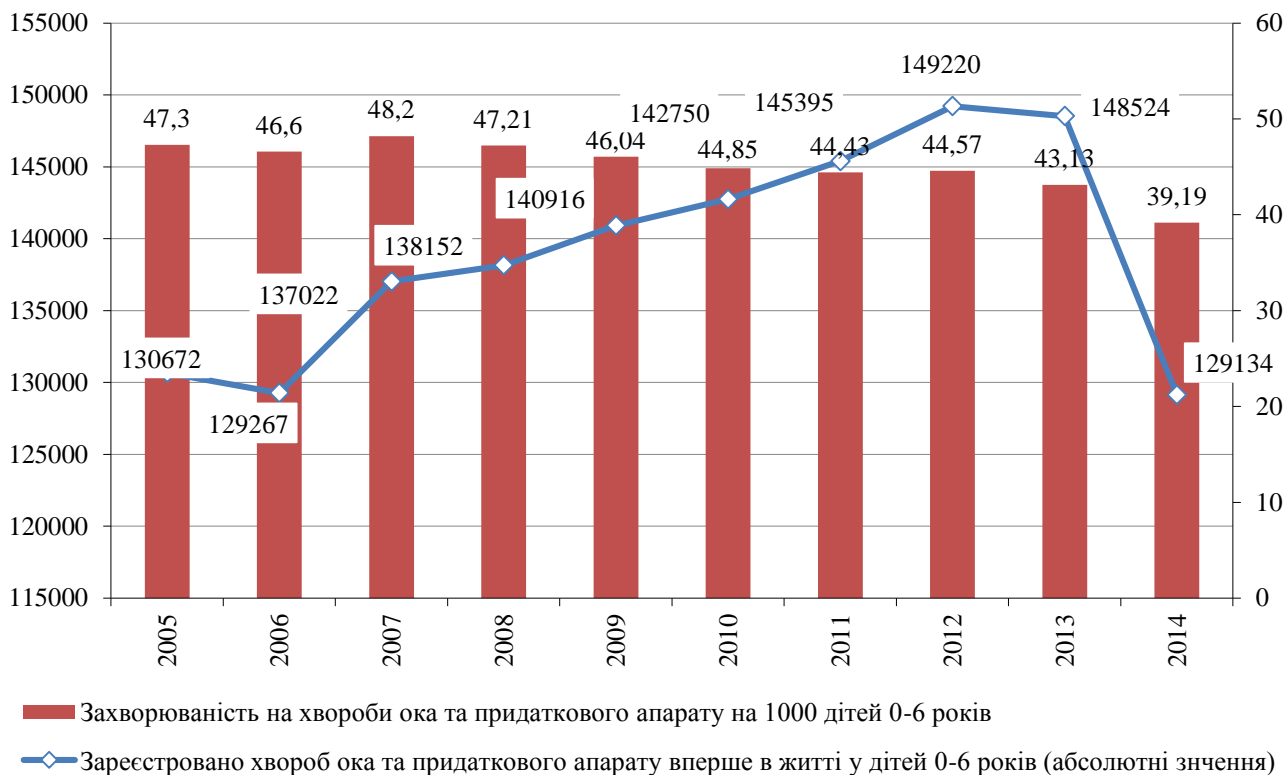


**Рис. 1.** Динаміка захворюваності за класом хвороб ока та придаткового апарату на 1000 дітей 0–17 років порівняно з абсолютною кількістю захворювань на офтальмологічну патологію, зареєстрованих вперше у дітей

При середньому значенні захворюваності за класом хвороб ока та придаткового апарату в 2014 р. 43,46 на 1000 дітей віком 0–17 років, найвищою вона виявлена в Харківській (68,65); Рівненській (63,44); Івано-Франківській (53,77); Вінницькій (52,48) та Київській (51,66) областях, при найнижчому значенні крім Луганської (11,98), Донецької (15,46), в Полтавській (36,84), Чернігівській (36,99) та Сумській (38,0) областях.

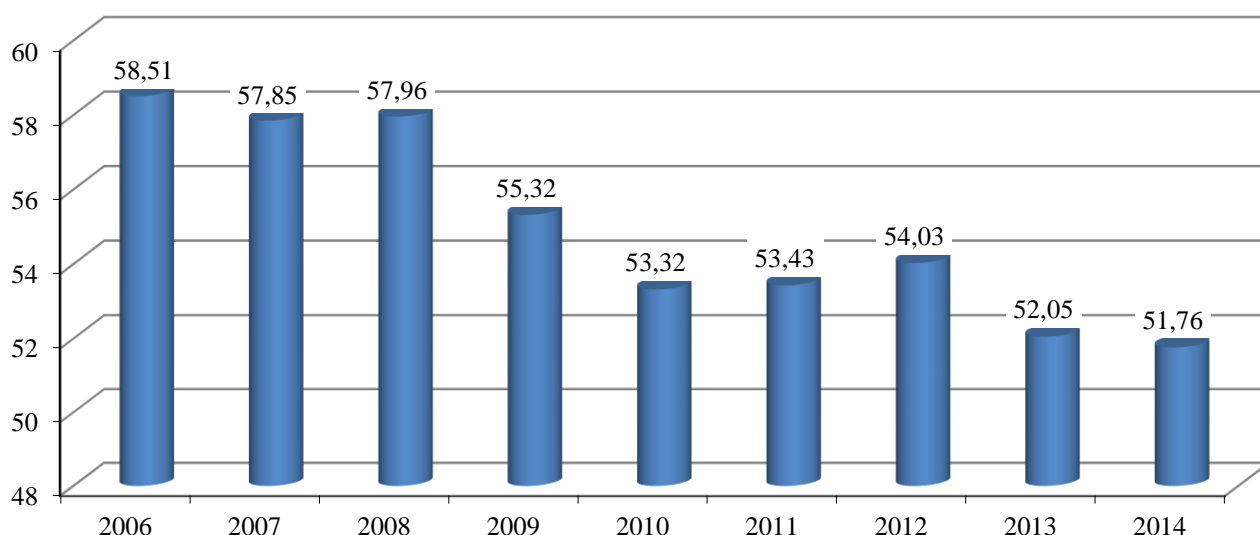
Різниця між крайніми значеннями склала у 1,86 разу ( $p < 0,001$ ).

У віковій групі дітей 0–6 років відбувається поступове зростання абсолютної кількості первинних звернень з приводу офтальмологічної патології (значення показника в 2014 р. без м. Севастополь та АР Крим) при зменшенні показника первинної захворюваності в розрахунку на 1000 дітей 0–6 років (рис. 2).



**Рис. 2.** Динаміка захворюваності за класом хвороб ока та придаткового апарату на 1000 дітей 0–6 років порівняно з абсолютною кількістю захворювань на офтальмологічну патологію, зареєстрованих вперше у дітей

Тенденції до зниження захворюваності на дослідження простежувалися і в віковій групі дітей хвороби ока та придаткового апарату за обраний період до 1-го року (рис. 3).



**Рис. 3.** Динаміка захворюваності за класом хвороб ока та придаткового апарату на 1000 дітей до 1 року

Захворюваність на хвороби ока та придаткового апарату серед дітей до одного року має регіональні особливості. Так, за підсумками 2014 р. в Україні вона склала 51,76 на 1000 дітей до 1-го року, найвище значення цього показника спостерігалось в Херсонській

(72,96), Івано-Франківській (71,28), Харківській (68,33), Рівненській (66,48) областях. Найнижчі – в Чернігівській (24,39), Черкаській (30,2), Закарпатській (36,97) та Дніпропетровській (37,95) областях. Різниця між крайніми значеннями склала в 2,99 разу ( $p < 0,001$ ).

### Висновки

Встановлено, що захворюваність за класом хвороб ока та придаткового апарату в Україні в 2014 р. становила 43,46 на 1000 дітей 0–17 років із найвищими її значеннями в Харківській, Рівненській, Івано-Франківській, Вінницькій, Київській областях. Захворюваність за цим же класом хвороб серед дітей до року має вищі значення, складаючи 51,76 випадку вперше встановленого діагнозу хвороб ока та придаткового апарату на 1000 дітей віком до одного року та має регіональні особливості з найвищими значеннями показника в Херсонській, Івано-Франківській,

Харківській та Рівненській областях. За період дослідження структуру захворюваності за класом хвороб ока та придаткового апарату у дітей 0–17 років формували: кон'юнктивіти (45,69±0,03%); міопія різного ступеню (14,43±0,02%); катаракта (0,77±0,01%); косоокість (2,24±0,01%); атрофія зорового нерва (0,45±0,01%); глаукома (0,04±0,01%).

Причини формування регіональних особливостей та подальші тенденції формування частоти та структури хвороб ока та придаткового апарату у різних вікових групах дітей, і особливо раннього віку, **потребують додаткового вивчення.**

### Література

1. *Адельшина Н. А.* Ребенок как пациент офтальмологической практики: интерпретация социальной роли : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.05 / Надия Анверовна Адельшина ; Волгоградский гос. мед. ун-т. – Волгоград, 2011. – 25 с.
2. *Врожденно-наследственная патология органа зрения и пути совершенствования службы охраны зрения детей в республике Дагестан / А.-Г. Д. Алиев, И. Г. Эфендиева, Ш. М. Гасанова [и др.] // Российская педиатрическая офтальмология. – 2010. – № 3. – С. 4–5.*
3. *Избранные лекции по детской офтальмологии / под ред. В. В. Нероева. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 179 с.*
4. *Івахно О. П.* Наукове обґрунтування профілактичних заходів збереження та зміцнення здоров'я дітей у сучасній системі дошкільної освіти : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.01 / Олександра Петрівна Івахно ; Ін-т гігієни та мед. екології ім. О.М. Марзєєва АМН України. – Київ, 2009. – 39 с.
5. *Медведовська Н. В.* Регіональні особливості захворюваності населення України на офтальмологічну патологію, її динаміка / Н. В. Медведовська // Сімейна медицина. – 2013. – № 3. – С. 107–108.
6. *Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010–2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава". – Київ : МОЗ України, 2011. – 104 с.*
7. *Нагаева Т. И.* Нарушения зрения у дошкольников / Т. И. Нагаева. – Ростов на Дону : Феникс, 2008. – 92 с.

*Дата надходження рукопису до редакції: 03.04.2017 р.*

### Региональные особенности заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата у детей разного возраста

*Ю.В. Баринов*

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

**Цель** – провести изучение динамики и изменений структуры заболеваемости по классу болезней глаза и придаточного аппарата среди детей разного возраста в Украине.

**Материалы и методы.** Первичными материалами для проведения исследования стали данные официальной статистической отчетности МЗ Украины (форма 12 «Отчет о заболеваниях, зарегистрированных у больных, которые проживают в районе обслуживания лечебно-профилактического учреждения», утверждена приказом МЗ Украины от 10.07.2007г. №378).

Период исследования составил 2005–2014 гг. Заболеваемость изучали по количеству случаев установления впервые диагноза болезней глаза и придаточного аппарата в текущем году в расчете на 1000 детей соответственного возраста. Разницу между показателями считали достоверной при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** За период 2005–2014 гг. заболеваемость по классу болезней глаза и придаточного аппарата у детей в возрасте 0–17 лет имела тенденции к возрастанию, несмотря на то, что в 2014 г. из-за отсутствия данных из АР Крым и г. Севастополя значения заболеваемости остались на уровне 43,46 на 1000 населения. В возрастной группе детей 0–6 лет произошло постепенное возрастание абсолютного количества первичных обращений по поводу офтальмологической патологии при уменьшении показателя первичной заболеваемости в расчете на 1000 детей 0–6 лет. Тенденции к снижению заболеваемости болезнями глаза и его придаточного

аппарата за избранный период исследования прослеживались и в возрастной группе детей до 1-го года.

Половину ( $45,69 \pm 0,03\%$ ) впервые установленных диагнозов болезней глаза и его придаточного аппарата у детей составляют конъюнктивиты, еще  $14,43 \pm 0,02\%$  – составила миопия разной степени, катаракта –  $0,77 \pm 0,01\%$ , косоглазие –  $2,24 \pm 0,01\%$ ; атрофия зрительного нерва –  $0,45 \pm 0,01\%$ , глаукома –  $0,04 \pm 0,01\%$ .

**Выводы.** Установлено, что в 2014 г. заболеваемость по классу болезней глаза и придаточного аппарата самой высокой была в Харьковской, Ровенской, Ивано-Франковской, Винницкой, Киевской областях. Заболеваемость по этому же классу болезней среди детей до года имела значения выше, составляя 51,76 случаев впервые установленного диагноза болезней глаза и его придаточного аппарата на 1000 детей в возрасте до одного года, самыми высокими ее значения были в Херсонской, Ивано-Франковской, Харьковской и Ровенской областях. За период исследования структура заболеваемости по классу болезней глаза и его придаточного аппарата у детей 0–17 лет осталась неизменной: конъюнктивиты; миопия; катаракта, косоглазие, атрофия зрительного нерва, глаукома. Причины формирования региональных особенностей и дальнейшие тенденции формирования частоты и структуры болезней глаза и его придаточного аппарата в разных возрастных группах детей, и особенно раннего возраста, требуют дополнительного изучения.

**Ключевые слова:** класс болезней глаза и придаточного аппарата, заболеваемость детей разного возраста, динамика и региональные особенности.

### Regional features incidence of an eye and its additional device diseases among children of different age

*Yu. V. Barinov*  
Shupik National Medical Academy  
of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Studying of dynamics and changes of structure of incidence on a class of diseases of an eye and the additional device among children of different age in Ukraine became a **research objective**.

**Materials and methods.** Data of the official statistical reporting of MHC of Ukraine became primary materials for carrying out a research (the form 12 “The report on the

diseases registered at patients who live in the area of service of treatment and prevention facility” is approved by the order MHC of Ukraine of 10.07.2007 No. 378).

The period of a research has made 2005–2014. Incidence was studied in quantity of cases of establishment for the first time of the diagnosis of diseases of an eye and the additional device in the current year counting on 1000 children of corresponding age. The difference between indicators was considered reliable at  $p < 0.05$ .

**Results.** During 2005–2014 incidence on a class of diseases of an eye and the additional device at children at the age of 0 – tended 17 years to increase in spite of the fact that in 2014 due to the lack of data from the Autonomous Republic of Crimea and Sevastopol values of incidence remained at the level of 43.46 on 1000 population. In age group of children 0–6 years there was a gradual increase of absolute number of primary addresses concerning ophthalmologic pathology at reduction of an indicator of primary incidence counting on 1000 children 0–6 years. Tendencies to decrease in incidence of diseases of an eye and its additional device for the chosen period of a research were traced also in age group of children up to 1st year.

A half ( $45,69 \pm 0,03\%$ ) for the first time the established diagnoses of diseases of an eye and its additional device at children is made by conjunctivitis,  $14,43 \pm 0,02\%$  – the miopiya of different degree, a cataract –  $0,77 \pm 0,01\%$ , squint –  $2,24 \pm 0,01\%$ ; atrophy of an optic nerve –  $0,45 \pm 0,01\%$ , glaucoma –  $0,04 \pm 0,01\%$ .

**Conclusions.** It is set that in 2014 incidence on a class of diseases of an eye and the additional device of the highest was in the Kharkiv, Rivne, Ivano-Frankivsk, Vinnytsia, Kiev regions. Incidence on the same class of diseases among children about one year had values above, making 51.76 cases for the first time of the set diagnosis of diseases of an eye and its additional device on 1000 children aged up to one year, its values were the highest in the Kherson, Ivano-Frankivsk, Kharkiv and Rivne regions. During a research the structure of incidence on a class of diseases of an eye and its additional device remained invariable with children of 0–17 years: conjunctivitis; miopiya; cataract, squint, atrophy of an optic nerve, glaucoma. The reasons of formation of regional features and further tendencies of formation of frequency and structure of diseases of an eye and its additional device in different age groups of children, and especially early age, require an additional study.

**Key words:** class of diseases of an eye and additional device, incidence of children of a different age, speaker and regional features.

### Відомості про автора

**Барінов Юрій Вікторович** – к.мед.н., доцент кафедри офтальмології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

УДК 614.23:378:616.98-008-084(477)

О.І. Висоцька

## Сучасні аспекти післядипломної підготовки медичних кадрів первинної медичної допомоги та громадського здоров'я з питань протидії розповсюдженню ВІЛ/СНІДу в Україні

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, навчально-науковий центр –  
Український тренінговий центр сімейної медицини, м. Київ, Україна

**Мета** – з'ясувати особливості завдань післядипломної підготовки медичних кадрів первинної медичної допомоги та громадського здоров'я щодо забезпечення їх ефективної взаємодії, насамперед з питань протидії розповсюдження ВІЛ/СНІДу у новостворюваній системі громадського здоров'я в Україні.

**Матеріали:** дані нормативно-правових документів, літературних джерел, міжнародний досвід з підготовки та підвищення кваліфікації кадрів первинної медичної допомоги та громадського здоров'я.

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

**Результати.** Інфекції з гемоконтактним механізмом передачі, насамперед ВІЛ-інфекція, вірусні гепатити В та С залишаються однією з найбільш актуальних проблем охорони здоров'я в нашій країні. Для формування нової моделі системи громадського здоров'я гостро постає питання забезпечення потенційної потреби у відповідних спеціалістах з комплексними знаннями і досвідом, у тому числі у сфері забезпечення сталого надання інтегрованих послуг з протидії ВІЛ/СНІДу. Сучасні виклики до медичного забезпечення та охорони громадського здоров'я вимагають і сучасних підходів до їх вирішення. Необхідне впровадження інтегрованих систем медичного обслуговування на базі закладів охорони здоров'я, які повинні надавати первинну медичну допомогу в тісній ефективній взаємодії із службами системи громадського здоров'я.

**Висновки.** Доцільно вивчати та активно інтегрувати міжнародний досвід для розробки та проведення різних форм навчальних курсів, використовуючи ефективні інноваційні методології.

**Ключові слова:** медична освіта, первинна медична допомога, ВІЛ/СНІД, громадське здоров'я.

### Вступ

Формування нової моделі системи громадського здоров'я є актуальним питанням для нашої країни, яка повинна бути готовою задовольнити потенційну потребу в відповідних спеціалістах з комплексними знаннями і досвідом, у тому числі в сфері забезпечення сталого надання інтегрованих послуг із протидії ВІЛ/СНІДу. Це обумовлено тим, що інфекції з гемоконтактним механізмом передачі, насамперед ВІЛ-інфекція, вірусні гепатити В та С залишаються однією з найбільш актуальних проблем охорони здоров'я в нашій країні. В той самий час, сучасні виклики до медичного забезпечення вимагають і сучасних підходів до їх вирішення, серед яких впровадження інтегрованих систем медичного обслуговування на базі закладів охорони здоров'я, що повинні надавати первинну медичну допомогу в тісній ефективній взаємодії із службами системи громадського здоров'я.

**Мета роботи** – дослідити поточний стан національної проблеми інфекцій з гемоконтактним механізмом передачі. З'ясувати особливості завдань післядипломної підготовки медичних кадрів первинної медичної допомоги та громадського здоров'я щодо забезпечення їх ефективної взаємодії, насамперед з питань протидії розповсюдження ВІЛ/СНІДу в новостворюваній системі громадського здоров'я в Україні.

### Матеріали та методи

Матеріалами дослідження були дані нормативно-правових документів, літературних джерел, міжнародний досвід з підготовки та підвищення кваліфікації кадрів первинної медичної допомоги та громадського здоров'я. Використано такі методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, контент-аналізу та системного підходу.

### Результати дослідження та їх обговорення

За результатами досліджень Європейського Центру профілактики та контролю захворювань (ECDC) і Європейського регіонального бюро ВООЗ (HIV/AIDS surveillance in Europe 2015), у той час, коли число нових випадків ВІЛ-інфекції знижується в усьому світі, в Європейському регіоні ВООЗ кількість таких випадків збільшилась більш ніж на 75% в порівнянні з 2005 р., залишаючи ВІЛ-інфекцію головною проблемою громадської охорони здоров'я в цьому регіоні, особливо в східній його частині, до якої відноситься і Україна з другою за величиною епідемією ВІЛ-інфекції серед країн Східної Європи та Центральної Азії [1, 18, 23].

В Україні за період 1987–2016 рр. офіційно зареєстровано 297 424 випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 92 897 випадків



захворювання на СНІД та 41 710 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІД. Станом на 01.01.2017 р. під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я служби СНІДу перебувало 132 945 ВІЛ-інфікованих осіб (поширеність ВІЛ-інфекції – 313,3 на 100 тис. населення) та 38 730 хворих на СНІД (поширеність СНІДу – 91,3 на 100 тис. населення) [10]. Слід відмітити, що, починаючи з 2005 р., в нашій країні триває четвертий етап розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, який характеризується зміною домінуючих шляхів передачі ВІЛ, серед яких стійка підтримка епідемії за рахунок статевого шляху передачі і поширення серед загального населення, в тому числі сільських регіонів країни. З'ясовано, що профілактичними програмами охоплені далеко не всі представники уразливих до ВІЛ груп. Важливими показниками є збільшення кількості ВІЛ-інфікованих осіб, виявлених через наявність клінічних показань, зростання захворюваності та смертності від СНІДу та поєднаної патології ВІЛ/ТБ, а також загроза генералізації епідемії в окремих регіонах країни [1].

Як зазначається в інформації Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» про епідситуацію з ВІЛ-інфекції/СНІДу станом на 01.01.2017, в Україні активність епідемічного процесу ВІЛ-інфекції продовжує підтримуватись за рахунок прихованого компоненту. Дуже демонстративним і важливим є факт того, що майже половина оціночної кількості людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), не знає про свій ВІЛ-позитивний статус (за даними медичного обліку). Разом з цим, із загальної кількості ВІЛ-позитивних осіб щорічно близько третини залишаються поза медичним обліком (26,4% – 2016 р.), а четверта-п'ята частина ВІЛ-інфікованих, які перебувають на обліку, залишається поза медичним наглядом з різних причин кожного року. Понад 50% (55,6% – 2016 р.) осіб віком 15 років та старше виявляються вперше на 3 та 4-й клінічних стадіях ВІЛ-інфекції. Основною причиною смерті у померлих від причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, в Україні залишається туберкульоз, який складав у 2016 р. 52% серед осіб, померлих від СНІДу [3].

Для ВІЛ-інфікованих осіб принципового значення набувають також такі захворювання, як вірусні ураження печінки, зокрема хронічні гепатити В та С, які все більшою мірою визначають смертність при ВІЛ-інфекції. В результаті взаємного впливу ВІЛ і ВГС у ко-інфікованих хворих можуть спостерігатися серйозні клінічні наслідки. ВГС-інфекція несприятливо впливає на перебіг ВІЛ-інфекції, прискорюючи зниження рівня CD4 клітин зі зростанням ризику летальності внаслідок розвитку СНІДу [15, 22]. Останні роки відзначається зростання поєднання «потрійної» інфекції у ВІЛ-інфікованих, коли туберкульоз стає тісно асоційованим з ВГС і ВГВ-інфекціями. Це пояснюють як загальними шляхами передачі ВІЛ і гепатитів В і С, так і підвищеною можливістю інфікування ними під час тривалого лікування туберкульозу [17].

За глобальними оцінками, з 34 млн ЛЖВ від 5 до 15% мають хронічний гепатит В. Ко-інфекція ВІЛ глибоко впливає майже на всі аспекти природного

перебігу ВГВ-інфекції, що призводить в тому числі до більш високої частоти хронізації після гострої ВГВ-інфекції, більш високим рівнем реплікації ВГВ і частоти реактивації, зменшенням частки випадків спонтанного вилікування, швидшим прогресуванням до стадії цирозу і гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК) та більш високим рівнем смертності від хвороби печінки і зниженням ефективності лікування в порівнянні з особами без ко-інфекції ВІЛ [9, 19].

У світі налічується 240 млн осіб із хронічним гепатитом В (ХГВ), причому їх число особливо велике в країнах з низьким і середнім рівнем доходів. Щорічно від ХГВ вмирає 650 тис. чоловік. Більшість людей не підозрюють про те, що вони інфіковані НВВ, і у них часто виявляють вже пізні стадії захворювання [9]. Викликає пересторогу загальна кількість хворих на гепатити у світі, яка в 14–15 разів перевищує кількість ВІЛ-інфікованих. Вірусні гепатити у 50–100 разів більш контагіозні, ніж ВІЛ. Тільки від спричиненої ВГС-інфекції печінкової недостатності, цирозу печінки та ГЦК щороку в світі гине близько 700 тис. осіб, при цьому серед них збільшується кількість ВІЛ-інфікованих, в основному молодого віку, та осіб, що внутрішньовенно вживали наркотики [20]. За даними ВООЗ, Україна належить до країн із середньою розповсюдженістю гепатиту С – інфіковано приблизно 3% громадян, що складає близько 1 170 тис. осіб. Однак, за результатами вибіркового моніторингу груп ризику, рівень інфікування вірусом гепатиту С серед деяких з них в Україні значно перевищує середньостатистичні показники і сягає 40–60% [4, 20].

Визнаючи, що на теперішній час Україна продовжує залишатися в статусі країни з одним з найвищих рівнів поширення ВІЛ-інфекції в Європі, Глобальна стратегія прискорення (Fast Track) закликає Уряд України до пошуку новаторських і невідкладних рішень для досягнення амбітних цілей 90–90–90 та покладає додаткову відповідальність за впровадження стратегічних змін і досягнення відчутних результатів у відповідь на епідемію ВІЛ. Слід зазначити, що відповідно до глави 22 Угоди про асоціацію України з ЄС, наша держава взяла на себе зобов'язання розвивати співробітництво в галузі охорони здоров'я, з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання, у тому числі керуючись підходом «охорона здоров'я у всіх політиках держави» [5]. За останні два роки МОЗ України, спільно з міжнародними та національними партнерами, напружував велику кількість проектів стратегій, законів та інших нормативних документів з різних аспектів реформування системи охорони здоров'я, в тому числі щодо протидії розповсюдженню ВІЛ/СНІДу [3].

Особлива актуальність вищезазначених проблемних питань для охорони здоров'я України обумовлює необхідність здійснення комплексних і системних заходів, спрямованих на їх вирішення в сучасних умовах формування нової для нашої країни моделі охорони громадського здоров'я. МОЗ України підкреслює, що в умовах розбудови системи

громадського здоров'я пріоритетними кроками у боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції в країні залишаються забезпечення рівного доступу до консультування і тестування на ВІЛ загального населення та представників груп ризику щодо інфікування ВІЛ, вчасне охоплення ВІЛ-інфікованих осіб послугами догляду та підтримки, антиретровірусним лікуванням, попередження нових випадків інфікування ВІЛ. Розширення обсягів антиретровірусної терапії дозволяє ЛЖВ отримати шанс на якісне та продуктивне життя та розширює можливості попередження подальшої передачі ВІЛ [3].

У контексті формування нової моделі системи громадського здоров'я важливим є схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я України, реалізація якої допоможе створити єдину систему профілактичної медицини з пріоритетним принципом врахування інтересів здоров'я населення в усіх сферах державної політики [6].

Слід особливо відмітити окреслення в Концепції важливості залучення медичних працівників усіх рівнів, насамперед первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, до виконання окремих завдань у сфері громадського здоров'я та розширення їх повноважень щодо надання послуг у сфері громадського здоров'я (від профілактичних до паліативних), а також залучення центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, індивідуальних лікарів загальної практики-сімейних лікарів, медичного персоналу, до здійснення протиепідемічних та профілактичних заходів щодо інфекційних хвороб, проведення індивідуальної та масової профілактики захворювань, аналізу стану здоров'я населення, розроблення рекомендацій щодо профілактики і зниження впливу негативних факторів виникнення захворювань, розслідування поодиноких випадків інфекційних хвороб, проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань профілактики інфекційних хвороб та неінфекційних захворювань, навчання населення з питань здорового способу життя.

Безумовно, що все це обумовлює необхідність створення ефективної системи розвитку трудових ресурсів закладів громадського здоров'я, що передбачає, зокрема, визнання кадрового забезпечення як невід'ємної частини розвитку сфери громадського здоров'я, реформування системи додипломної та післядипломної підготовки працівників системи громадського здоров'я та їх безперервного професійного розвитку, а також навчання на курсах підвищення кваліфікації або дистанційно фахівців, що працюють у сфері громадського здоров'я, а також запровадження у вищих навчальних закладах за базовими спеціальностями програм з науково обґрунтованої професійної діяльності у сфері громадського здоров'я для забезпечення проведення комплексної оцінки і моніторингу стану здоров'я населення, виявлення факторів, що впливають на здоров'я населення, здійснення заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я населення і оцінювання їх ефективності, та проведення навчання з питань громадського здоров'я лікарів усіх спеціальностей та інших працівників системи охорони здоров'я [6].

Поряд з цим, на зростаюче значення ролі первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини в сучасних системах охорони громадського здоров'я, в тому числі з питань протидії розповсюдженню ВІЛ/СНІДу, наголошується в багатьох міжнародних, державних та відомчих документах [4, 11, 12, 16]. Становлення системи громадського здоров'я та первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики – сімейної медицини є пріоритетними напрямками здійснення реформи національної системи охорони здоров'я України. В зв'язку з цим та в контексті здійснення сімейними лікарями координованої, всебічної, постійної медичної допомоги, орієнтованої на інтереси сім'ї та громади, надзвичайно важливим є набуття ними та медичними працівниками, які співпрацюють з ними, знань, вмінь та практичних навичок з питань громадського здоров'я, визначення пріоритетних станів та захворювань з огляду на епідеміологічні показники, визначення ефективних заходів профілактики, попередження ускладнень як для окремих пацієнтів, так і для визначених груп всередині громади, для забезпечення здоров'я якої відповідають сімейні лікарі. Профілактичний контент навчання в системі їх постійного професійного розвитку набуває наразі особливого значення, беручи до уваги факт того, що програми підготовки в інтернатурі потребують суттєвої корекції щодо профілактичної складової з урахуванням кращого світового досвіду, в тому числі з питань протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні [7, 8].

Таким чином, в Україні має бути побудована стійка та дієва система охорони громадського здоров'я, здатна оперативно та адекватно реагувати на виклики сьогодення, зокрема завдяки наявності необхідного кадрового потенціалу, добре підготовленого шляхом запровадження сучасних тренінгових програм на післядипломному рівні медичної освіти, проведення додаткової поглибленої підготовки із зазначеного напрямку протидії розповсюдженню ВІЛ/СНІДу, як у рамках циклів тематичного удосконалення, так і інших форм підвищення кваліфікації, активно інтегруючи та запозичаючи кращий міжнародний досвід в тих країнах, які вже мають міцні та ефективні системи громадського здоров'я та відповідні навчальні заклади і програми.

Відповідно до цього, завдяки реалізації в Україні Проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у діті», в рамках Плану невідкладних заходів Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR), був здійснений міжнародний проект за напрямком «Розробка сертифікованої навчальної програми у галузі охорони громадського здоров'я», який виконується в Україні Deloitte Consulting Overseas Projects LLC., за підтримки МОЗ України. В рамках цього проекту міжнародним колективом у складі викладачів Університету Каліфорнії, Сан-Франциско (США) та Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, за участі міжнародних і українських експертів з напрямку громадського здоров'я, на базі навчально-наукового центру – Українського тренінгового центру сімейної медицини (УТЦСМ) НМУ імені О.О. Богомольця було

розроблено навчальну програму та повний пакет навчально-методичних матеріалів міжнародного навчального курсу в форматі циклу тематичного удосконалення/повторного підвищення кваліфікації викладачів «Сучасні аспекти громадського здоров'я» (тривалість навчання – 1,0 міс., 156 навчальних годин). В основу програми навчального курсу було покладено адаптовані навчальні модулі програми громадського здоров'я Університету Каліфорнії, Сан-Франциско (США), який має одну з найкращих шкіл громадського здоров'я у Сполучених Штатах Америки. В структуру та методологію даного навчального посібника впроваджено сучасні інноваційні технології навчання Університету Каліфорнії, Сан-Франциско, які вже продемонстрували свою ефективність в системі підвищення кваліфікації лікарів та викладачів США.

Після спільного з фахівцями із США та національними експертами пілотного проведення навчального курсу на базі УТЦСМ, наступного поглибленого аналітичного розгляду та відповідного доопрацювання його результатів, було підготовлено відповідний навчальний посібник, рекомендований ДУ «Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України» до видання.

Метою навчального курсу є забезпечення слухачів необхідними знаннями та навичками для вдосконалення їх компетенцій з питань формування підходів до громадського здоров'я, інтегрованої протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні, визначення епідеміологічних показників, розуміння причинно-наслідкових зв'язків, аналізу, використання ефективної комунікації та даних наукових досліджень в практиці медичного забезпечення та охорони громадського здоров'я. Навчальний курс призначений для сучасної системи постійного професійного розвитку лікарів та вдосконалення викладання в ВМНЗ України прикладних аспектів громадського здоров'я, основ епідеміології та біостатистики. Орієнтована навчальна програма на фахівців закладів громадського здоров'я, лікарів первинної медичної допомоги та викладачів ВМНЗ I–IV рівнів акредитації, які беруть участь в підготовці медичних кадрів України за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» та «Громадське здоров'я». Очікується, що основними бенефіціарами курсу стануть працівники новостворюваних центрів громадського здоров'я та закладів охорони здоров'я, насамперед первинної медичної допомоги, які братимуть спільну участь в забезпеченні громадського здоров'я нашої країни.

Матеріал посібника ґрунтується на сучасних знаннях та доказових даних і присвячений актуальним проблемам громадського здоров'я. В першому розділі (Модуль I) посібника розкривається суть основних функцій та ключових послуг системи громадського здоров'я, представлено базові поняття та принципи з відображенням кращого світового досвіду з питань функціонування сучасних систем охорони здоров'я. В другому розділі (Модуль II) посібника роз'яснюються такі базові поняття громадського здоров'я, як епідеміологія та біостатистика. Матеріали цього розділу

охоплюють широке коло питань інфекційної та неінфекційної епідеміології, сучасних напрямків епідеміологічного нагляду та розслідування спалахів інфекційних захворювань, проведення епідеміологічних досліджень, оцінки отриманих даних та статистичного обґрунтування взаємозв'язку між чинниками ризику та наслідками їх впливу на здоров'я населення.

Третій (Модуль III) та четвертий (Модуль IV) розділи посібника присвячено темам моніторингу та оцінки даних інформаційних потоків в системі охорони здоров'я для потреб управління. Розкриваються процеси планування заходів щодо поліпшення здоров'я населення, зокрема впровадження ефективних програм запобігання інфекційним та неінфекційним захворюванням. Викладено узагальнений світовий досвід практичного використання сучасних медичних інформаційних технологій, як дієвих інструментів формування ефективних профілактичних програм, стратегій та державної політики в сфері громадського здоров'я.

Отже, підготовлений у рамках міжнародного проекту на основі навчальних модулів програми громадського здоров'я Університету Каліфорнії, Сан-Франциско (США) навчальний курс «Сучасні аспекти громадського здоров'я» стане в нагоді, перш за все, для забезпечення оперативної підтримки підготовки медичного персоналу новостворюваної галузі громадського здоров'я та закладів первинної медичної допомоги, а також для сприяння розвитку потенціалу навчальних закладів готувати кадри з необхідними навичками сталого надання інтегрованих послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в новій моделі охорони громадського здоров'я на національному та регіональному рівнях в Україні.

Слід підкреслити, що на поточний період лікарями України особливо затребувані короткотривалі навчальні курси, в тому числі цикли тематичного удосконалення, причому в зручній для них формі проведення (наприклад, очна, переривчаста, виїзна, заочна форма), спрямовані на висвітлення окремих актуальних тематик та, по завершенню яких слухачі отримують документ, регламентований чинними нормативно-правовими актами для підтвердження їх кваліфікації. Беручи до уваги те, що сучасні виклики до медичного забезпечення вимагають впровадження сучасних інтегрованих систем медичного обслуговування на базі закладів первинної медичної допомоги (ПМД), які забезпечують всебічну медичну допомогу, орієнтовану на інтереси пацієнта, його сім'ї та громади, в якій він живе [14], УТЦСМ НМУ імені О.О. Богомольця активно впроваджує кращий міжнародний досвід з такого напрямку для вдосконалення підготовки і практики медичних кадрів первинної медичної допомоги України. Виходячи з цього, з міжнародною участю були також підготовлені наступні навчальні курси в форматі циклів тематичного удосконалення/повторного підвищення кваліфікації викладачів із повним навчально-методичним пакетом навчального курсу, їх пілотним проведенням та виданням навчальних посібників таких курсів, в яких різнобічно висвітлюються питання протидії розповсюдження ВІЛ/СНІД на рівні первинної медичної допомоги, а саме:

1. «Сучасні технології організації протидії розповсюдження ВІЛ/СНІДу та наркозалежності: роль первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини» – завдяки проекту міжнародної технічної допомоги «Розбудова клінічного та адміністративного потенціалу системи послуг із профілактики та лікування ВІЛ/СНІД в Україні», який здійснюється в рамках Надзвичайного плану Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІДом (PEPFAR), за підтримки Адміністрації США з ресурсів і служб охорони здоров'я (HRSA), Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC), спільно з Міжнародним центром підготовки та освіти у сфері охорони здоров'я Університету штату Вашингтон (США).

2. «Використання наркотичних, психотропних речовин та їх прекурсорів в практиці сімейної медицини» – в рамках вищевказаного проекту міжнародної технічної допомоги «Розбудова клінічного та адміністративного потенціалу системи послуг з профілактики та лікування ВІЛ/СНІД в Україні» та за підтримки Міжнародного Фонду «Відродження».

Після цього зазначені навчальні цикли проводяться на регулярній основі в м. Києві та різних областях України для підвищення кваліфікації лікарів та викладачів ВМНЗ I–IV рівнів акредитації, які беруть участь у підготовці медичних кадрів за спеціальністю сімейної медицини. Після успішного завершення програм навчання слухачам видається посвідчення встановленого МОЗ України зразку.

Поряд з цим, з метою забезпечення медичних фахівців України знаннями, інструментами та ресурсами для підвищення їх професійної ефективності при діагностичному обстеженні та наданні допомоги пацієнтам, особливо у випадках небезпечних інфекційних хвороб та токсико-біологічних загроз, та відповідно до листа МОЗ України і ініціативи навчального підрозділу Британського медичного журналу (Великобританія) – BMJ Learning, який є визнаним міжнародним лідером в області підвищення кваліфікації медичних працівників, у 2015 р. на базі УТЦСМ було організовано та успішно проведено перший BMJ Learning інтерактивний семінар-тренінг для викладачів, молодих науковців, лікарів-інтернів, клінічних ординаторів та практикуючих лікарів. Після цього група викладачів та молодих науковців НМУ імені О.О. Богомольця була включена до першої групи, яка складає близько 600 учасників з усіх регіонів України, до участі в трирічному міжнародному проекті «Тренінгова ініціатива щодо підтримки клінічного рішення», організованого МОЗ України у співпраці з Агенцією із зменшення ризиків (США) та Британським медичним журналом, орієнтованого в першу чергу на лікарів первинної та вторинної медичної допомоги, викладацький склад ВМНЗ та фахівців громадського здоров'я.

Слід зазначити, що на сьогоднішній день перед ВМНЗ України стоїть дуже актуальне та важливе завдання підготовки фахівців із спеціальності «Громадське здоров'я», введеної до галузі знань «Охорона здоров'я» постановою Кабінету Міністрів України від 1 лютого 2017 р. № 53 «Про внесення змін до

постанови Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266». Розробляючи його, треба мати на увазі новий формат функціонування закладів громадського здоров'я в Україні, який передбачає значно ширші вимоги до професійних знань та навичок їх фахівців, глибокого розуміння причинно-наслідкових зв'язків у розвитку інфекційних та неінфекційних захворювань, забезпечення різних рівнів повноважень, ефективної взаємодії із медичними працівниками закладів охорони здоров'я і, насамперед тими, які надають основну, або первинну медичну допомогу.

В контексті цього доцільно зауважити на гостру необхідність організаційного та ресурсного забезпечення проведення підготовки таких кадрів. Важливим і вкрай необхідним підґрунтям для цього має стати запровадження функціонування різних форм навчальних баз, повноцінних університетських клінік, на яких має реалізовуватись на практиці сучасна стратегія і модель громадського здоров'я та проводитись відповідний навчальний процес, орієнтований на кращі міжнародні стандарти і зразки, із активним застосуванням інноваційних для України навчальних форм та методологій.

Таким чином, беручи до уваги актуальність проблеми існуючої загрози розширення соціально-небезпечних інфекційних захворювань в Україні, надзвичайно важливим питанням постає подальший розвиток інтеграції кращого міжнародного досвіду щодо підготовки та підвищення кваліфікації медичних кадрів на етапі післядипломної медичної освіти, і передусім лікарів загальної практики – сімейної медицини, інших спеціалістів первинної медичної допомоги та новостворюваної системи громадського здоров'я, як пріоритетних напрямків реформування галузі охорони здоров'я України.

## Висновки

Впровадження нової стратегії становлення громадського здоров'я сприятиме змінам в діяльності медичних кадрів закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу. Необхідна розробка механізмів забезпечення ефективної взаємодії з фахівцями, які будуть працювати в новостворюваних центрах громадського здоров'я в Україні.

Гостро постає питання про підготовку і постійне підвищення кваліфікації медичних кадрів закладів громадського здоров'я та первинної медичної допомоги на базі сучасних університетських клінік, а також навчальних центрів, нових центрів громадського здоров'я, асоційованих з ВМНЗ, активно використовуючи вивчення та інтеграцію кращого міжнародного досвіду, ефективних інноваційних методологій для розробки і проведення навчальних курсів.

Необхідна додаткова підготовка медичних кадрів ПМД з питань проведення консультувань щодо змін поведінки пацієнта на більш безпечну для попередження його власного можливого інфікування, так і поширення ВІЛ-інфекції серед населення.

Враховуючи складну епідеміологічну ситуацію щодо ВІЛ-інфекції в Україні, доцільно запроваджувати додаткові навчальні курси підвищення кваліфікації в різних формах очного та заочного/дистанційного навчання для забезпечення оптимізації ведення пацієнтів в закладах первинної медичної допомоги, зокрема проведення консультувань та обстежень на наявність маркерів ВІЛ-інфекції та, у випадках появи небезпечних інфекційних хвороб та токсико-біологічних загроз,

можливості швидкого реагування у тісній взаємодії із фахівцями громадського здоров'я.

**Перспективи досліджень** спрямовані на подальше вивчення порушені в статті питання та пов'язані із розробкою функціонально-організаційної моделі забезпечення ефективної взаємодії служб первинної медичної допомоги та громадського здоров'я.

## Література

1. *ВІЛ-інфекція в Україні* : інформаційний бюлетень. – 2016. – № 45. – 38 с.
2. *Інформація про епідситуацію з ВІЛ-інфекції/СНІДу станом на 01.01.2017* [Електронний ресурс] / Статистичні дані МОЗ України, 2017. – Режим доступу : <http://phc.org.ua/uploads/documents/83da57/582407606b6036307d75611eb87a32e2.pdf>. – Назва з екрану.
3. *Обличчям до виклику: майбутнє реформи сектору ВІЛ та охорони здоров'я в Україні* : Національна конференція, м. Київ, 25–26.05.2016 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.antiaids.org/pub/files/109/49/conference-25-26-may\\_agenda-ukr-final.pdf](http://www.antiaids.org/pub/files/109/49/conference-25-26-may_agenda-ukr-final.pdf). – Назва з екрана.
4. *Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»* : наказ МОЗ України від 16.05.2016 р. № 449 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://phc.org.ua/news/show/nakaz-moz-ukrajini-vid-16052016-449-pro-zatverdzhennya-ta-vprovadzhennya-mediko-tehnologichnih-dokumentiv-zi-standartizaciji-medichnoji-dopomogi-profilaktika-peredachi-vil-vid-materi-do-ditini>. – Назва з екрана.
5. *Про розвиток системи громадського здоров'я в Україні* : матеріали круглого столу, 22.04.2016 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20160423\\_a.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20160423_a.html). – Назва з екрана.
6. *Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я* : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002 [Електронний ресурс] // Урядовий кур'єр. – 2016. – № 245, 27 грудня. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799>. – Назва з екрана.
7. *Профілактична медицина. Епідеміологія, мікробіологія, вірусологія, паразитологія, інфекційні хвороби* // Матеріали третьої національної науково-практичної конференції «За кожне життя разом: прискорення до мети 90–90–90» / ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України». – 2016. – № 3–4 (27), додаток.
8. *Ринда Ф. П.* Профілактична підготовка лікарів-інтернів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» / Ф. П. Ринда, В. В. Шафранський // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – С. 151–161.
9. *Руководство по хроническому гепатиту В: профилактика, помощь и лечение* / Европейское региональное Бюро ВОЗ, Женева, март 2015. – 134 с. – Режим доступа : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/324277/Guidelines-prevention-care-treatment-persons-chronic-hepatitis-B-infection-ru.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/324277/Guidelines-prevention-care-treatment-persons-chronic-hepatitis-B-infection-ru.pdf). – Название с экрана.
10. *Статистичні дані МОЗ України, 2017* [Назва з екрана]. – Режим доступу : [http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/hiv\\_aids/statistics](http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/hiv_aids/statistics). – Назва з екрана.
11. *Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги ко-інфекція (туберкульоз / ВІЛ-інфекція / СНІД) / затверджений наказом МОЗ України від 31.12.2014 № 1039 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ко-інфекції (туберкульоз / ВІЛ-інфекція / СНІД)»* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20141231\\_1039.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20141231_1039.html). – Назва з екрана.
12. *Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям. ВІЛ-інфекція. (Затверджений наказом МОЗ України від 24.02.2015 р. № 92 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям»)»* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20150224\\_0092.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20150224_0092.html). – Назва з екрана.
13. *Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим та дітям «Вірусний гепатит С», затверджений наказом МОЗ України від 02.04.2014 р. № 233* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20140402\\_0233.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140402_0233.html). – Назва з екрана.
14. *15th European Health Forum / WHO Regional Office for Europe (WHO/Europe)* [Electronic resource]. – Gastein, 5 October 2012. – Access mode : <http://www.ehfg.org/intranet/app/webroot/uploads/presentations/files/uploads/b73215d3f813389b8e91586a525207.pdf>. – Title from screen.

15. *Alter M.* Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection / M. Alter // *Journal of Hepatology*. – 2006. – № 44. – P. 6–9.
16. *Chan M.* Director-General of the World Health Organization / Dr. Margaret Chan ; Keynote address at the 2013 / World Congress of the World Organization of Family Doctors. – Prague, Czech Republic, 26 June 2013.
17. *Friedland G. V.* Infectious Disease Comorbidities Adversely Affecting Substance Users With HIV: Hepatitis C and Tuberculosis / G. V. Friedland // *Acquir Immune Defic Syndr*. – 2010. – Vol. 55, Suppl. 1, December 1.
18. *Global AIDS Update* [Electronic resource] / UNAIDS, 2016. – Access mode : [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-update-2016\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf). – Title from screen.
19. *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Guideline* [Electronic resource] / WHO, 2015. – 78 p. – Access mode : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf?ua=1). – Title from screen.
20. *Guidelines for the screening care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection* [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2016. – 138 p. – Access mode : <http://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines-2016/en>. – Title from screen.
21. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2015* [Electronic resource] / ECDC/WHO, 2016. – Access mode : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/324370/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/324370/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf?ua=1). – Title from screen.
22. *Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis* / L. Platt, P. Easterbrook, E. Gower [et al.] // *Lancet Infectious Diseases*. – 2016. – Vol. 16, № 7. – P. 797–808.
23. *UNAIDS 2016* [Electronic resource] / Reference AIDS Data – Access mode : [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-AIDS-data\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-AIDS-data_en.pdf). – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 31.03.2017 р.

**Современные аспекты последипломной подготовки медицинских кадров первичной медицинской помощи и общественного здоровья по вопросам противодействия распространению ВИЧ/СПИДа в Украине**

*О.И. Высоцкая*

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, учебно-научный центр – Украинский тренинговый центр семейной медицины, г. Киев, Украина

**Цель** – выяснить особенности задач последипломной подготовки медицинских кадров первичной медицинской помощи и общественного здоровья по обеспечению их эффективного взаимодействия, прежде всего по вопросам противодействия распространению ВИЧ/СПИДа в создаваемой новой системе общественного здоровья в Украине.

**Материалы:** данные нормативно-правовых документов, литературных источников, международный опыт по подготовке и повышению квалификации кадров первичной медицинской помощи и общественного здоровья.

**Методы:** библиосемантический, структурно-логического анализа, контент-анализа и системного подхода.

**Результаты.** Инфекции с гемоконтактным механизмом передачи, прежде всего ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты В и С остаются одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения в нашей стране. Для формирования новой модели системы общественного здоровья остро стоит вопрос обеспечения потенциальной потребности в соответствующих специалистах с комплексными знаниями и опытом, в том числе в сфере обеспечения устойчивого предоставления интегрированных услуг по противодействию ВИЧ/СПИДа. Современные вызовы к медицинскому обеспечению и охране общественного здоровья требуют и современных подходов к их решению. Необходимо внедрение интегрированных систем медицинского обслуживания на базе учреждений здравоохранения, которые должны оказывать первичную медицинскую помощь в тесном эффективном взаимодействии со службами системы общественного здоровья.

**Выводы.** Целесообразно изучать и активно интегрировать международный опыт для разработки и проведения различных форм учебных курсов, используя эффективные инновационные методологии.

**Ключевые слова:** медицинское образование, первичная медицинская помощь, ВИЧ/СПИД, общественное здоровье.

**Modern aspects of postgraduate training of primary health care and public health staff on countering HIV/AIDS in Ukraine**

*O.I. Vysotska*

Bogomolets National Medical University, Educational and Scientific Center – the Ukrainian Training Center for Family Medicine, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to find out the specifics tasks of primary care and public health personnel postgraduate training in order to ensure their effective interaction, especially on countering HIV/AIDS in the newly created public health system in Ukraine.

**Materials:** the data from normative legal documents, literature sources, international experience in training and continuous professional development of primary health care and public health personnel.

**Methods:** bibliosemantic, structural and logical analysis, content analysis and systems approach.

**Results.** The article describes the most urgent health problems in our country such as infections with the hemocontact mechanism of transmission, especially HIV infection and viral hepatitis B and C. Development of a new model of the public health system calls for meeting a potential need for relevant specialists with comprehensive knowledge and experience, including in ensuring sustainable provision of integrated HIV/AIDS services. Modern challenges in medical care and protection of public health require modern approaches to their solution. It is necessary to implement integrated health care systems based in healthcare facilities that must provide primary health care in close and effective interaction with public health services.

**Conclusions.** To this end, it is expedient to study and actively integrate international experience with aim to develop and implement various modalities of training courses, using effective innovative methodologies.

**Key words:** medical education, primary health care, HIV/AIDS, public health.

**Відомості про автора**

**Висоцька Ольга Іванівна** – к.мед.н., доц., директор навчально-наукового центру Національного медичного університету імені О.О. Богомольца – Українського тренінгового центру сімейної медицини; бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ, 01601, Україна.

УДК 614.25:347.61:616-053.32:001.8

Ю.Ю. Габорець, О.О. Дудіна

## Готовність лікарів загальної практики – сімейних лікарів до нагляду за глибоконедоношеними дітьми (за результатами соціологічного дослідження)

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

**Мета** – вивчити рівень готовності лікарів загальної практики – сімейних лікарів до нагляду за глибоконедоношеними дітьми.

**Матеріали та методи.** Використано соціологічний метод. За спеціально розробленою анкетною опитано 237 лікарів загальної практики – сімейних лікарів, з яких 109 осіб працює в містах, 128 – у сільській місцевості. Отримані під час соціологічного дослідження результати опрацьовано з використанням статистичних методів.

**Результати.** Повністю не готовими до медичного нагляду за глибоконедоношеними дітьми вважає себе 47,7% лікарів загальної практики – сімейних лікарів, які працюють у сільській місцевості, та 57,8% тих, хто працює в містах. Скоріше не готовими, ніж готовими, вважає себе 28,9% лікарів загальної практики – сімейних лікарів, які працюють у сільській місцевості, та 22,0% тих, хто працює в містах.

**Висновки.** Встановлено низький рівень готовності лікарів загальної практики – сімейних лікарів до надання медичної допомоги глибоконедоношеним новонародженим дітям.

**Ключові слова:** глибоконедоношені новонароджені діти, медична допомога, лікарі загальної практики – сімейні лікарі, готовність.

### Вступ

За останні роки відмічається зростання кількості живонароджених дітей, які є глибоконедоношеними [1–3], на фоні регіоналізації системи пренатальної допомоги [4, 9].

При цьому в Україні проводиться реформа системи надання медичної допомоги населенню [6, 7] з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги [7, 8]. В ході реформи системи надання медичної допомоги стоїть завдання, щоб лікарі загальної практики – сімейні лікарі (ЛЗПСЛ) надавали первинну медичну допомогу всьому населенню, включаючи новонароджених дітей [5]. Дане і визначило актуальність дослідження.

**Мета роботи** – вивчити рівень готовності ЛЗПСЛ до нагляду за глибоконедоношеними дітьми.

### Матеріали та методи

Використано соціологічний метод дослідження. За спеціально розробленою анкетною опитано 237 ЛЗПСЛ, з яких 109 осіб працює в містах, 128 – у сільській місцевості. Отримані під час соціологічного дослідження результати опрацьовано з використанням статистичних методів.

### Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі дослідження вивчено, шляхом самооцінки, рівень достатності теоретичних знань та практичних навичок ЛЗПСЛ до медичного нагляду та надання медичної допомоги глибоконедоношеним новонародженим дітям, що практично визначає рівень їх готовності до такого виду діяльності. Отримані результати наведено в табл. 1.

Аналіз наведених в табл. 1 даних вказує на низький рівень готовності ЛЗПСЛ до медичного нагляду за новонародженими глибоконедоношеними дітьми. Так, повністю не готовими до медичного нагляду за глибоконедоношеними дітьми вважає себе 47,7% ЛЗПСЛ, які працюють у сільській місцевості, та 57,8% тих, хто працює в містах. Скоріше не готовими, ніж готовими, вважає себе 28,9% ЛЗПСЛ, які працюють у сільській місцевості, та 22,0% тих, хто працює в містах.

Далі вивчалось питання вивчення ЛЗПСЛ під час проходження курсів удосконалення професійної майстерності (спеціалізація, тематичне удосконалення, передатестаційні курси) в закладах післядипломної освіти питань особливостей розвитку глибоконедоношених дітей, медичного нагляду за ними та надання медичної допомоги. Отримані результати наведено в табл. 2.



Таблиця 1

**Рівень знань та практичних навичок лікарів загальної практики – сімейних лікарів до медичного нагляду за глибоконедошеними новонародженими дітьми (%)**

Показник	ЛЗПСЛ, які працюють у сільській місцевості		ЛЗПСЛ, які працюють у містах	
	так	не визначився	так	не визначився
Достатній	7,0	5,5	5,5	4,6
Скоріше достатній, ніж недостатній	10,9	5,5	10,1	4,6
Скоріше недостатній, ніж достатній	28,9	5,5	22,0	4,6
Недостатній	47,7	5,5	57,8	4,6

Таблиця 2

**Вивчення лікарями загальної практики – сімейними лікарями під час проходження курсів удосконалення професійної майстерності питань медичного нагляду за новонародженими глибоконедошеними дітьми (%)**

Показник	Завідувачі відділень		Лікарі	
	так	не визначився	так	не визначився
Вивчали комплексно	-	5,3	-	8,2
Вивчали фрагментарно	57,9	5,3	40,2	8,2
Не вивчали	36,8	5,3	51,6	8,2

Аналіз наведених у табл. 2 вказує на те, що спеціальна підготовка ЛЗПСЛ до медичного нагляду за глибоконедошеними новонародженими дітьми не проводилася. Фрагментарно вивчали під час курсів

підвищення кваліфікації дані питання 57,9% ЛЗПСЛ, які працюють у сільській місцевості, та 40,2% тих, хто працює в містах.

Таблиця 3

**Бажання лікарів загальної практики – сімейних лікарів до медичного нагляду за глибоконедошеними новонародженими дітьми (%)**

Показник	ЛЗПСЛ, які працюють у сільській місцевості		ЛЗПСЛ, які працюють у містах	
	так	не визначився	так	не визначився
Бажають	7,0	4,9	2,8	8,3
Скоріше бажають, ніж не бажають	22,6	4,9	4,4	8,3
Скоріше не бажають, ніж бажають	30,5	4,9	39,4	8,3
Не бажають	35,0	4,9	45,1	8,3

Отримані в ході дослідження та наведені в табл. 3 дані вказують на те, що більшість ЛЗПСЛ не бажають здійснювати медичний нагляд за новонародженими глибоконедошеними дітьми: 65,5% тих, хто працює в сільській місцевості, та 84,5% тих, хто працює в містах.

### Висновки

Встановлено низький рівень готовності і бажання ЛЗПСЛ до надання медичної допомоги глибоконедошеним новонародженим дітям.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням якості надання медичної допомоги глибоконедошеним дітям на первинному рівні.

## Література

1. *Габорець Ю. Ю.* Динаміка захворюваності дітей першого року життя в Україні / Ю. Ю. Габорець, У. В. Волошина // Організація і управління охороною здоров'я 2015 : науково-практична конференція з міжнародною участю, м. Київ, ВЦ «КиївЕкспоПлаза», 20–21 жовтня 2015 р. : тези доп. – Київ, 2015. – С. 36–37.
2. *Габорець Ю. Ю.* До забезпечення права на життя новонароджених недоношених дітей в Україні / Ю. Ю. Габорець, О. О. Дудіна // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – С. 103–110.
3. *Дудіна О. О.* Динаміка стану здоров'я дитячого населення/ Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / О. О. Дудіна, У. В. Волошина, Ю. Ю. Габорець ; за ред. В. В. Шафранського ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – С. 47–68.
4. *Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні : монографія / Р. О. Моїсеєнко, Ю. Р. Вайсберг, В. О. Голяновський [та ін.] ; за ред. Р. О. Моїсеєнко. – Київ, 2012. – 136 с.*
5. *Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина : монографія / В. М. Князевича, З. М. Митник, Г. О. Слабкий [та ін.] ; МОЗ України. – Київ, 2010. – 404 с.*
6. *Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, Г. О. Слабкий [та ін.]. – Київ, 2011. – 149 с.*
7. *Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, перспективи / В. В. Лазоришинець, Р. В. Салютін, Г. О. Слабкий [та ін.]. – Київ, 2014. – 207 с.*
8. *Слабкий Г. О.* Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Г. О. Слабкий, І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Сімейна медицина. 2014. – № 3 (53). – С. 25–27.
9. *Стан регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / Г. О. Слабкий, О. М. Дзюба, О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 2 (68). – С. 12–19.*

Дата надходження рукопису до редакції: 04.04.2017 р.

**Готовность врачей общей практики – семейных врачей к наблюдению за глубоконедоношенными детьми (по результатам социологического исследования)**

*Ю.Ю. Габорец, Е.А. Дудина*

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

**Цель** – изучить уровень готовности врачей общей практики – семейных врачей к наблюдению за глубоконедоношенными детьми.

**Материалы и методы.** Использован социологический метод исследования. По специально разработанной анкете опрошено 237 врачей общей практики – семейных врачей, из которых 109 лиц работает в городах, 128 – в сельской местности. Полученные результаты обработаны с использованием статистических методов.

**Результаты.** Полностью не готовыми к оказанию медицинской помощи глубоконедоношенным новорожденным детям считает себя 47,7% врачей общей практики – семейных врачей, которые работают в сельской местности, и 57,8% тех, кто работает в городах. Скорее не готовыми, чем готовыми, считает себя 28,9% врачей общей практики – семейных врачей, которые работают в сельской местности, и 22,0% тех, кто работает в городах.

**Выводы.** Установлен низкий уровень готовности врачей общей практики – семейных врачей к оказанию медицинской помощи глубоконедоношенным новорожденным детям.

**Ключевые слова:** глубоконедоношенные новорожденные дети, медицинская помощь, врачи общей практики – семейные врачи, готовность.

**The readiness of general practitioners-family doctors for medical supervision over extremely premature newborns (according to the results of sociological research)**

*Yu.Yu. Gaborets, O.O. Dudina*

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

**Purpose** – to study the level of the readiness of the general practitioners-family doctors for medical supervision over extremely premature newborns.

**Materials and methods.** In performing this study used the sociological method of research. A specially designed questionnaire was used to interview 237 general practitioners-family doctors among which 109 work in the cities and 128 in the countryside. The results obtained after the survey were processed with the use of statistical methods.

**Results.** 47.7% of general practitioners-family doctors who work in rural areas and 57.8% of those who work in the cities believe that they are fully unprepared for medical supervision over extremely premature newborns. 28.9% of general practitioners-family doctors who work in rural areas and 22.0% of those who work in the cities consider themselves to be more unprepared than prepared for medical supervision over extremely premature newborns.

**Conclusions.** The low level of general practitioners-family doctors' readiness to provide medical care for extremely premature newborns is set.

**Key words:** extremely premature babies, medical care, general practitioners-family doctors, readiness.

**Відомості про авторів**

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

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

УДК 616.379-008.64-036.2:575.85(477.85)

І.В. Геруш, В.Л. Таралло

## Популяційні особливості поширення цукрового діабету на Північній Буковині

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

*Визначення вікових особливостей поширення цукрового діабету – найважливіша проблема для практики охорони здоров'я. Але, незважаючи на розгалуженість структур спостереження за даною хворобою, досягти повного обліку поки що складно – досі потрібні цільові дослідження.*

**Мета, матеріали та методи.** *Пропонована робота залучає для аналізу статистичних матеріалів параметри закону виживання популяцій та закону збереження здоров'я населення для удосконалення знань про перебіг цієї хвороби у покоління упродовж циклу життя. Залучення законів дозволяє виявити приховані випадки.*

**Результати.** *У дослідженні на базі суттєво обмежених даних вдалось виявити саме приховані вікові закономірності поширення хвороби: в дитячому віці і в роки, наближені до виходу на пенсію. Окрім того, встановлено, що ці факти переважно пов'язані із способом і традиціями життя населення.*

**Висновки.** *Підтвердження авторських знахідок отримано в паралельних дослідженнях британських патофізіологів. Отримані результати свідчать про необхідність перегляду організаційних заходів в диспансерному контролі здоров'я дітей всіх вікових груп і осіб, вік яких межує з 60 роками, – часом переважного виходу на пенсію українців.*

**Ключові слова:** *поширеність, цукровий діабет, населення.*

### Вступ

Відомо багато методів визначення впливу (оцінки) структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я. У більшості підходів (чинних формул) використовують числову оцінку внеску вибраних для оцінки індикаторів, вагу індикатора, їх кількість; ефективність оцінюється числами від 0 до 1.

Можна умовно узгоджувати дії систем охорони здоров'я з чинними підходами, але всі вони штучні, не завжди мають теоретичне підґрунтя і головний недолік цих методів – це довільний вибір індикаторів, експертів, їх «колективної думки», тобто суттєвий внесок суб'єктивізму в оцінку показників ефективності.

Нами знайдено метод, який ґрунтується на використанні параметрів законів виживання популяцій [4] та збереження здоров'я населення [5], отримуваних за сукупністю дійсних даних народжуваності, захворюваності, смертності та складу досліджуваної групи населення на певний час (конкретний рік) на певній адміністративній території. За цим методом у всіх вікових групах упродовж життя визначається зв'язок первинної захворюваності, перебігу хронічних хвороб та смертності, пов'язаної із досліджуваною хворобою, з певними заходами в роботі закладів охорони здоров'я. Метод був рекомендований для проведення інформаційно-аналітичних досліджень в практиці охорони здоров'я [2].

**Мета роботи** – визначити вікові особливості поширення цукрового діабету у населення Чернівецької області.

### Матеріали та методи

Матеріалами дослідження постали статистичні дані про структуру населення Чернівецької області,

народжуваність, вікову поширеність випадків цукрового діабету, загальну смертність та смертність від цукрового діабету.

Для аналізу цих матеріалів використано метод спільного табличного спостереження захворюваності, перебігу хвороб та смертності. Особливістю аналізу стало використання зв'язку реальних значень отриманих математичних показників, зокрема елементних показників формул закону виживання популяцій та закону збереження здоров'я населення (суто математичного аспекту аналізу) із соціально-медичним дослідженням перебігу спостережуваних процесів (табличні показники захворюваності, перебігу хвороб та смертності). У перехресному аналізі використано наукові дані селективного впливу на здоров'я людей упродовж життя його ресурсних джерел, а саме: видової (біологічної) граничної тривалості життя, внутрішньої (вродженої) та зовнішньої (набутої за попередні роки) життєстійкості за проживанням в певних умовах середовища [1, 3].

### Результати дослідження та їх обговорення

Доведено [6], що найбільш коректні інтегральні показники в динаміці здоров'я та виживання населення (і, водночас, більш пристосовані для оцінки діяльності територіальних систем охорони здоров'я) можна ввести, ґрунтуючись на законах виживання популяцій і збереження здоров'я населення. Математичний вираз першого з цих законів описує відносну кількість  $l(x)$  осіб, які доживають від народження до віку  $x$ , і має вигляд:

$$l(x) = \exp \left[ - \frac{(x/x_0)^\alpha}{\gamma(1-x/x_0)} \right]. \quad (1)$$

У цій формулі  $l(x)$  число осіб, що доживають (зберігають здоров'я) до певного ( $x$ ) віку,  $x_0$  – граничний вік життя людини, котрий повинен існувати, оскільки «всі люди смертні»,  $\alpha$  – внутрішній (вроджений) показник життєстійкості та життєздатності населення,  $\gamma$  – зовнішній (набутий) показник життєстійкості та життєздатності населення. Перший індекс віддзеркалює здатність населення *приспосуватись* до умов середовища мешкання, а другий – здатність населення *приспосувати* середовище мешкання до власних потреб існування. Обидва зазначених індекси характеризують як біологічну, так і соціальну складові процесу збереження здоров'я і виживання. Справді індекс  $\alpha$ , характеризуючи, головним чином, здатність до збереження здоров'я і виживання у молодших вікових групах, в той же час є своєрідною «функцією» здоров'я та способу життя батьків представників цих груп і, отже, несе в собі також соціальну складову. З іншого боку, індекс  $\gamma$  характеризує, головним чином, вимірювані умови збереження здоров'я і виживання середніх та старших вікових груп і, отже, спосіб життя населення в широкому розумінні слова, тобто постає переважно «соціальним» чинником. Однак цей спосіб життя значною мірою регламентується і тим «потенціалом здоров'я», який було закладено у представників кожної вікової групи їх батьками, а також представниками більш старших поколінь. Отже, індекс  $\gamma$  несе в собі водночас і біологічну складову. Таким чином, біологічна (генетична) та соціальна складові процесу збереження здоров'я і виживання не є незалежними, тобто адитивними (як це стверджує закон Гомперца–Мейкхема [7, 8]), а тісно пов'язані між собою.

Повністю аналогічно свідчить про це і закон збереження здоров'я населення. Його математичний вираз тотожний формулі [4], але відрізняється від неї «змістовним навантаженням» системи позначень параметрів та числовими значеннями:

$$l_h(x) = \exp \left[ - \frac{(x/x_{0h})^{\alpha_h}}{\gamma_h (1 - x/x_{0h})} \right]. \quad (2)$$

В його формулі  $l_h(x)$  – відносна кількість осіб, які, народившись живими і здоровими відносно певної хвороби (класу хвороб), повне одужання від якої (яких) на сьогодні неможливе, залишаються в цьому стані, досягнувши віку  $x$ ;  $x_{0h}$  – граничний вік, якого можна досягнути, залишившись здоровим відносно певної хвороби (класу хвороб);  $\alpha_h$  – індекс «генетичного сприяння» здоров'ю відносно певної хвороби (класу хвороб);  $\gamma_h$  – індекс «соціального сприяння» здоров'ю відносно певної хвороби (класу хвороб). Оскільки абсолютно здорові люди не помирають, то зрозуміло, що між інтегральними параметрами закону виживання і закону збереження здоров'я існують співвідношення, які виражаються наступними нерівностями:  $\alpha_h \leq \alpha$ ,  $\gamma_h \leq \gamma$ ,  $x_{0h} \leq x_0$ . Наведені індекси, особливо індекс  $\gamma_h$ , істотною мірою залежать від ефективності національної та територіальних систем охорони здоров'я.

Обробляючи на основі цих двох законів методом найменших квадратів комбіновані таблиці захворюваності-смертності можна визначати вплив тих чи інших захворювань на параметри  $\alpha$  та  $\gamma$  закону виживання або на параметри  $\alpha_h$  та  $\gamma_h$  закону збереження здоров'я – по відношенню до певної хвороби (класу хвороб). Якщо виявляється, що те чи інше захворювання істотно знижує параметр  $\alpha$  в законі виживання або параметр  $\alpha_h$  в законі збереження здоров'я, то це означатиме, що відповідне захворювання має біосоціальну природу із домінуванням біогенетичної складової, а підвищення або збереження значень цих параметрів буде свідчити про безумовне домінування соціоекологічної складової у поширенні хвороб.

Зазначимо, що підходи, які ґрунтуються на законах виживання і збереження здоров'я, дозволяють за обмеженими даними отримувати повну і точну характеристичну динаміку захворювань упродовж життя. Зокрема, за отриманими по Чернівецькій області даними не було виявлено хворих із цукровим діабетом за віком старше за 79 років у 2014 і 2015 рр. Це засвідчило зв'язок поширеності досліджуваної хвороби (отже, і способу життя населення) із віком та показниками тривалості життя.

За тими ж даними пік поширеності цукрового діабету зафіксовано у віці, традиційно притаманному часу виходу на пенсію, а саме у 60 років, що віддзеркалило факт суттєвого стресу в житті даної групи населення і необхідність урахування цього чинника в профілактичних та оздоровчих заходах, а також (ураховуючи вікові зміни складу населення України і зокрема його «постаріння») необхідність усунення існуючих законодавчих тисків на припинення роботи за межею віку у 60 років.

Водночас виявлено: в даний час офіційна статистика не фіксує кожний десятий випадок (10,0%) захворювань. І це, на нашу думку, належить пов'язувати, в першу чергу, із недосконалою системою диспансеризації населення. Результати більш поглибленого цільового дослідження засвідчили, що суттєвий недооблік і, отже, недосконалість цільового динамічного спостереження за здоров'ям населення спостерігається, головним чином, в педіатричній практиці – у дітей і підлітків до 18 років. Розрахунки довели, що практичне виявлення цукрового діабету у віці 0–6 років становить лише 27,8%, у віці 7–14 років – 24,3%, а у підлітковому віці ще менше – лише 21,4%. Тобто у населення, підпорядкованого педіатричній службі, середній показник виявлення цукрового діабету не досягає чверті – реально лише 23,3% хворих дітей своєчасно виявляються та ставляться на облік. Це припускає факт досконалого обстеження дітей.

В дослідженні за рахунок використання провідних параметрів законів виживання популяцій та збереження здоров'я населення ( $\alpha$  та  $\alpha_h$ ;  $\gamma$  та  $\gamma_h$ ) також було визначено, що в даний час схована і своєчасно не реєстрована захворюваність на цукровий діабет у дитячого населення похідна не від генетичних, а суто від соціальних чинників (за параметрами  $\gamma$  та  $\gamma_h$ ). Тобто, чинники цих захворювань

належить шукати у побутових умовах, способі життя і традиціях, які склалися при вихованні дітей. Цільовий аналіз літературних джерел довів узгодженість отриманих нами фактів із чинниками, які були знайдені британськими науковцями. Зокрема, британські біологи знайшли можливу причину стрімкого розвитку ожиріння у підлітків [9, 10]. За їх повідомленням, у 10–12-річному віці енергопотреби організму дітей суттєво зменшуються у стані спокою, але апетит, при цьому, не змінюється. За результатами їх дослідження, буквально: «дитяче ожиріння і пов'язаний із ним діабет постають однією з найнебезпечніших проблем для нашого здоров'я в даний час»; «наше відкриття розкриває, чому підлітки починають товстіти під час статевого дозрівання, і вказує на можливі стратегії боротьби з цим феноменом», за Terry Wilkin з університету Exeter [8].

Більш глибокі цільові дослідження отриманих фактів (за умов удосконалення диспансеризації дітей і підлітків) дозволять згодом отримати більш глибокі і багатоглибинні результати перебігу чинних процесів для потреб практичної охорони здоров'я.

Наведені результати свідчать про необхідність суттєвого покращання контролю організації профілактично-оздоровчих заходів щодо попередження цукрового діабету в дитячих вікових групах, а отже змін

чинних аспектів у роботі педіатрів, сімейних лікарів, ендокринологів.

### Висновки

Виявлено суттєвий недооблік поширеності цукрового діабету у населення Буковини, переважно недооблік цукрового діабету спостерігається у віці до 18 років.

Встановлено, що пік поширеності цукрового діабету спостерігається у 60-річних осіб – вікової групи, яка переходить на пенсію.

Виявлені (за п. 1–2) факти пов'язані переважно із способом і традиціями життя населення.

Практичній охороні здоров'я належить: ввести суворий контроль організації диспансерного спостереження дітей і підлітків, а також поширити цільові оздоровчі заходи серед осіб передпенсійного віку.

### Перспективи подальших досліджень

Для проведення комплексних досліджень належить узгодити вікові особливості перебігу цукрового діабету у людей і експериментальних тварин в чинних дослідженнях.

### Література

1. Геруш И. В. Теоретические основы связи результатов экспериментальных и клинических исследований / И. В. Геруш // Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии : материалы научно-практической конференции с международным участием, г. Самарканд, 3–4 ноября 2016 г. – Самарканд, 2016. – С. 117.
2. Горський П. В. Методика поглибленого статистичного аналізу перебігу і наслідків хронічних захворювань для оцінки ефективності профілактичних та лікувальних заходів / П. В. Горський, В. Л. Таралло // Методичні рекомендації. – Чернівці : ОСУ, 1996. – 31 с.
3. Популяційні характеристики динаміки здоров'я хворих на хронічні захворювання системи кровообігу в сільській місцевості / В. Л. Таралло, П. В. Горський, А. С. Бідучак, М. І. Грицюк // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 4 (16). – С. 152–157.
4. Таралло В. Л. Закон виживання популяцій / В. Л. Таралло, П. В. Горський, Ю. А. Тимофеев // Международный регистр глобальных систем информации. Сертификат-лицензия Международной регистрационной палаты информационно-интеллектуальной новизны МАИ СЭС ООН. Регистрац. номер 000324. Шифр 00005. Код 00015. – Москва. 4.06.1998 г.
5. Таралло В. Л. Закон збереження здоров'я населення / В. Л. Таралло, П. В. Горський // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 75–79.
6. Таралло В. Л. Здоров'я населення: інформаційно-методичне забезпечення прогнозованого управління / В. Л. Таралло. – Чернівці, 1996. – 175 с.
7. Gompertz B. On the Nature of the Law of Human Mortality and on New Mode of Determining the value of the Coutnganciens / B. Gompertz // Philosophical Transactions of the Royal society. – 1825. – № 115. – P. 513–585.
8. Makeham W. M. On the Law on Mortality / W. M. Makeham // Journal of Institute of Actuaries. – 1867. – № 13. – P. 325–358.
9. Wilkin T. Testing the accelerator hypothesis: a new approach to type 1 diabetes prevention (*adAPT 1*) / T. Wilkin, S. Greene, R. McCrimmon // Diabetes, Obesity and Metabolism. – 2016. – Vol. 18 (1). – P. 3–5.
10. Evidence for energy conservation during pubertal growth. A 10-year longitudinal study (*Early Bird 71*) / M. Mostazir, A. Jeffery, J. Hosking [et al.] // Int. J. Obes. (Lond.). – 2016. – Vol. 40 (11). – P. 1619–1626.

Дата надходження рукопису до редакції: 06.04.2017 р.

**Популяционные особенности распространения сахарного диабета на Северной Буковине***И.В. Геруш, В.Л. Таралло*

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

Определение возрастных особенностей распространения сахарного диабета – важная проблема в практике здравоохранения. Однако, несмотря на разветвленность структур, которые контролируют данное заболевание, достичь полного учета пока не удастся – требуется проводить целевые исследования.

**Цель, материалы и методы.** В предлагаемой работе используются для анализа статистических материалов законы выживания популяций и сохранения здоровья населения. Их применение позволяет усовершенствовать знания о протекании этой болезни у поколений на протяжении полного цикла жизни, позволяет выявить скрытые случаи.

**Результаты.** В исследовании на основе ограниченных данных удалось выявить именно скрытые возрастные закономерности распространения болезни: в детском возрасте и в годы, приближающиеся к сроку выхода на пенсию. Кроме того, было установлено, что эти факты преимущественно связаны с образом жизни и традициями существования людей.

**Выводы.** Подтверждения авторских находок получено в параллельных исследованиях британских патофизиологов. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости пересмотра организационных мероприятий в диспансерном наблюдении здоровья детей всех возрастных групп и лиц, возраст которых граничит с временем выхода на пенсию – 60-ю годами.

**Ключевые слова:** распространенность, сахарный диабет, население.

**Population features of diabetes mellitus spreading on North Bukovina***I.V. Herush, V.L. Tarallo*

HSEEU «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

The definition of age peculiarities of diabetes spreading is the major problem in health care practice. However, despite branching of structures which observe this disease, it is impossible to have the complete registration – target researches are still required.

**Purpose, materials and methods.** A given work represents the parameters of the law of population survival as well as the law of population health preservation for the improvement of knowledge about the course of the disease in generation throughout a full life cycle. Their use also allows revealing the hidden cases.

**Results.** Our research on the basis of limited data has succeeded to reveal hidden age peculiarities of disease spreading: in the childhood and in the age coming to term to retirement. Furthermore, these facts are mainly connected with a way of life and traditions of the taken population.

**Conclusions.** A confirmation of author's results was found in parallel researches of the British pathophysiologicals. The received results have revealed the need of revision of organizational actions for dispensary observation of children of all age groups as well as aging people (near 60 y.o.), who are planning to retire on pension.

**Key words:** occurrence, diabetes mellitus, population.

**Відомості про авторів**

**Геруш Ігор Васильович** – к.мед.н., проректор з науково-педагогічної роботи, доцент кафедри біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»; Театральна площа, 2, м. Чернівці, 58002, Україна.

**Таралло Володимир Леонідович** – д.мед.н., професор кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»; Театральна площа, 2, м. Чернівці, 58002, Україна.

УДК 614.2:616-082:687.5.007

С.С. Глебова, В.В. Горачук

## Кадрові питання в організації надання лікувально-діагностичних і косметологічних послуг жінкам із патологічними та віковими змінами шкіри обличчя

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

**Мета** – провести вивчення нормативно-правового регулювання кадрового забезпечення надання лікувально-діагностичних і косметологічних послуг жінкам із патологічними та віковими змінами шкіри обличчя.

**Матеріали та методи.** Проведено системний аналіз світових, зокрема вітчизняних наукових джерел, з питань нормативно-правового регулювання лікувально-діагностичної діяльності фахівців у дерматовенерології та косметології. Використано наукові літературні джерела та нормативно-правові документи (15 одиниць).

**Результати.** Встановлено, що розпорошеність функцій профілактики захворювань шкіри і передчасного її старіння, лікування патологічних ушкоджень і корекції вікових змін шкіри у жіночого населення серед фахівців різних спеціальностей ускладнює комплексний підхід на індивідуальному і популяційному рівнях для забезпечення адекватної медичної і профілактичної допомоги, а також здійснення втручань із метою естетичної корекції шкіри.

**Висновки.** Існує нагальна потреба в розробці адаптивної моделі кадрового забезпечення медико-профілактичної допомоги і косметологічних послуг жінкам із патологічними і віковими змінами шкіри обличчя.

**Ключові слова:** кадрове забезпечення, косметологічні послуги, патологічні і вікові зміни шкіри, жінки.

### Вступ

Зміцнення здоров'я і підвищення благополуччя населення визнані найважливішими елементами політики «Здоров'я – 2020» [4]. Вагомий внесок у порушення здоров'я вносять хвороби шкіри та підшкірної клітковини, серед яких високий відсоток хронічних нозологій, що потребує постійного спілкування хворого з системою медичної допомоги, економічних і часових затрат на індивідуальному та системному рівні [3].

За даними наукових досліджень, шкіра є видимою частиною людського тіла і носієм важливих властивостей індивіду, що впливає на формування його статусу в суспільстві, самооцінку, адаптацію до навколишнього середовища. Результати численних досліджень вказують на ряд психологічних проблем у хворих з хронічними ураженнями шкіри, а саме, наявність невротичних розладів: дратівливості, недовірливості, порушень сну, швидкої стомлюваності. Зустрічаються іпохондричні та істеричні стани поряд з шизоїдними і паранояльними порушеннями, а також збільшення конфліктності, що призводить до дезадаптації хворих у комунікаціях [1, 5]. За даними Центру медичної статистики МОЗ, в Україні за 2008–2015 рр. мало місце зростання захворюваності шкіри і підшкірножирової клітковини на 15,5%.

Особливо значимо зміни шкіри впливають на психоемоційний статус жінок, для яких краса і здоров'я шкіри, особливо обличчя, є важливою складовою успіху у професійному та привабливості – в особистому житті. Відомо, що формування змін шкіри зумовлюється як патологічними чинниками, так і за рахунок вікового фактору, а регулювання їх впливу можна забезпечити

шляхом поєднання медичних втручань та косметичного догляду.

Експерти ВООЗ поділяють жінок на різні вікові групи за критерієм основних потреб у здоров'ї: раніше дитинство (від народження до дев'яти років); підлітковий вік (від 10 до 19 років); доросле життя (від 20 до 59 років, у тому числі репродуктивний вік – 15–44 роки); старший вік (60 років і старше). Отже, залежно від віку та стану здоров'я жінки необхідно формувати індивідуальну програму декоративного, гігієнічного та лікувально-косметичного догляду при патологічних і вікових змінах шкіри її обличчя. Американська асоціація ASAPS традиційно публікує відомості, що відображують динаміку та тенденції ринку естетичної корекції зовнішності. У 2016 р. мешканці США витратили більше 15 млрд доларів на естетичну корекцію зовнішності, при цьому на долю пластичної хірургії приходить 56,0%, на безопераційну корекцію зовнішності (естетична медицина) – 44,0%. Об'єм ринку зріс на 1,5 млрд доларів порівняно з 2015 р. Найчастіше за процедурами естетичної корекції звертаються люди віком 35–50 років (40,0%).

В Україні попит на естетичну медицину також щороку зростає, але офіційні дані, аналогічні тим, що надаються по США, відсутні. Тому актуальності набуває оцінка доступності жіночого населення до зазначених видів послуг, які часто поєднують в собі як естетичну складову, так і медичні процедури і маніпуляції. В даному контексті важливим є визначення фахівців, які можуть надавати лікувально-діагностичну та косметологічну допомогу жінкам в Україні, та аналіз вимог до їх професійного рівня.

**Мета роботи** – вивчити нормативно-правове регулювання кадрового забезпечення надання



лікувально-діагностичних і косметологічних послуг жінкам з патологічними та віковими змінами шкіри обличчя.

### Матеріали та методи

Проведено системний аналіз світових, зокрема вітчизняних наукових джерел, з питань нормативно-правового регулювання лікувально-діагностичної діяльності фахівців у дерматовенерології та косметології. Використано наукові літературні джерела та нормативно-правові документи (усього 15 од.)

### Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що за останні двадцять років значно зросла потреба жіночого населення в косметологічних послугах та поєднаних з ними лікувально-діагностичних втручаннях, але існує цілий ряд невирішених питань у нормативно-правовому регулюванні діяльності фахівців цього напрямку.

Виявлено, що, згідно з «Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників», випуск 78 «Охорона здоров'я», затвердженого наказом МОЗ України від 29.03.2002 р. № 117, завдання та обов'язки з надання косметологічної допомоги населенню розподілені між різними професіоналами в галузі фармації, лікувальної та медико-профілактичної справи [6].

Так, професіоналами в галузі фармації визначені провізори-косметологи. Провізор-косметолог визначає та впроваджує раціональну технологію декоративного, гігієнічного та лікувально-косметичного догляду за шкірою та її придатками згідно з індивідуальними особливостями пацієнта, здійснює фармацевтичну опіку з метою визначення патологічного стану шкіри та її придатків, консультує населення з питань раціонального застосування косметичних препаратів та косметичних процедур, забезпечує населення та лікувально-профілактичні заклади лікарськими косметичними засобами та іншими товарами медичного призначення.

Для якісного виконання покладених завдань фахівець повинен пройти кваліфікаційну підготовку з отримання теоретичних знань з нормальної та патологічної фізіології шкіри та її придатків, а також практичних навиків застосування гігієнічного, декоративного та лікувального-косметологічного догляду за шкірою. Але в реальному житті часто косметологічні послуги пропонують спеціалісти, які мають, в кращому разі, середню медичну освіту, або отримали мінімальний рівень підготовки на короткотривалих курсах у комерційних структурах, що не може забезпечувати достатнього високого рівня якості їх професійної діяльності.

Професіоналами в галузі лікувальної справи, дотичними до косметологічної допомоги, є лікарі-дерматовенерологи, лікарі-геріатри, лікарі-комбустіологи, лікарі-психологи.

Лікар-дерматовенеролог відповідає за надання медико-профілактичної допомоги населенню з

ураженнями шкіри, здійснює пропаганду відповідних санітарно-гігієнічних знань серед населення, діагностику, лікування та диспансеризацію хворих.

Лікар-геріатр за кваліфікаційними вимогами проводить цілеспрямовану роботу серед населення щодо запобігання передчасному старінню, а лікар-комбустіолог визначає показання до проведення пластичних операцій на шкірі при патологічних ураженнях, зокрема, тяжких опіках.

Лікар-психолог за кваліфікаційними характеристиками повинен здійснювати психопрофілактику, зокрема, серед жінок з патологічними і віковими змінами шкіри, яких слід віднести до груп ризику розвитку невротичних розладів, психодіагностику та лікування таких хворих з відповідними лікарями-спеціалістами, проводити психологічну реабілітацію із застосуванням спеціальних методик.

Особлива роль відводиться лікарю-санологу як професіоналу в галузі медико-профілактичної справи. На нього покладені зобов'язання оцінки показників здоров'я населення та ролі факторів, що його формують, організації та перевірки стану роботи медичних та немедичних (культурно-оздоровчих) установ з питань формування здорового способу життя, надання обґрунтованих рекомендацій щодо удосконалення цієї роботи, проведення діагностики фізичного та психічного рівня здоров'я, розробки програм оздоровлення населення та контролю за їх реалізацією. Ця діяльність цілком застосовна для контингенту населення, яке складають жінки різних вікових груп з патологічними ураженнями шкіри та її віковими змінами.

У сучасній естетичній косметології велику популярність набули ін'єкційні методи корекції патологічних і вікових змін шкіри обличчя і тіла, але в законодавстві зовсім не врегульоване питання, хто саме з фахівців має право виконувати ці маніпуляції. Спираючись на досвід більш розвинених країн Європейського Союзу, лікарі-дерматовенерологи та лікарі-стоматологи після проходження спеціального навчання по дерматокосметології мають право виконувати ін'єкційні методи корекції вікових змін шкіри обличчя.

Крім цього, в Україні відсутнє таке поняття як «пластичний хірург» і спеціалізація загалом також. Операції по зміні зовнішності мають право виконувати хірурги іншого профілю. Це не може не впливати на якість наданих послуг.

Також досить проблемним є питанням врегулювання правових відносин між пацієнтом та спеціалістом, який надає косметологічні послуги. Захисту прав спеціаліста зовсім не приділено уваги. Ускладнено це питання тим, що результат після процедури загалом оцінюється суб'єктивно самим пацієнтом, а стандартні еталони об'єктивного оцінювання відсутні.

### Висновки

Проведений системний аналіз засвідчив, що застосування косметологічних послуг набуває дуже стрімкого розвитку, але в системі законодавчого

регулювання їх кадрового забезпечення є невирішені питання. Розпорошеність функцій профілактики захворювань шкіри, передчасного старіння, лікування патологічних ушкоджень і корекції вікових змін серед фахівців різних спеціальностей ускладнює комплексний підхід на індивідуальному і популяційному рівнях для забезпечення адекватної медичної і профілактичної

допомоги, а також здійснення втручань з метою естетичної корекції шкіри. Це перешкоджає доступності медико-профілактичної допомоги і косметологічних послуг до жіночого населення з патологічними і віковими змінами шкіри обличчя, а отже, потребує розробки адаптивної моделі їх кадрового забезпечення, у чому полягають **перспективи подальших досліджень**.

## Література

1. *Влияние течения хронических дерматозов на качество жизни пациентов / А. Н. Беловол, А. А. Береговая, Н. Л. Колганова [и др.] // Дерматология та венерология. – 2012. – № 2 (56). – С. 27–34.*
2. *Волкославская В. Н. Немного о пройденном пути дерматовенерологической службой за последние 20 лет независимости и некоторые соображения о будущем / В. Н. Волкославская // Дерматология та венерология. – 2011. – № 3 (53). – С. 23.*
3. *Еремина М. Г. Изменение основных детерминант качества жизни у лиц трудоспособного возраста с хроническими заболеваниями кожи / М. Г. Еремина // Saratov Journal of Medical Scientific Research. – 2012. – Vol. 8, № 2 (Dermatology). – P. 621.*
4. *Здоровье - 2020 – основы Европейской политики и стратегия для 21 века [Электронный ресурс] / ВОЗ. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>. – Назва с экрана.*
5. *К вопросу о формировании внутренней картины болезни у больных псориазом / Д. В. Прохоров, Н. С. Ольшевская, Л. Н. Гуменюк [и др.] // Дерматология та венерология. – 2012. – № 2 (56). – С. 64–66.*
6. *Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» : наказ МОЗ України від 12.08.2013 р. № 720 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20130812\\_0720.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130812_0720.html). – Назва з екрана.*
7. *The European health report 2012 : charting the way to well-being / WHO, 2013. – 190 p.*

*Дата надходження рукопису до редакції: 10.04.2017 р.*

**Кадровые вопросы в организации оказания  
лечебно-диагностических и косметологических услуг  
женщинам с патологическими и возрастными  
изменениями кожи лица**

*Е.Е. Глебова, В.В. Горачук*

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

**Цель** – провести изучение нормативно-правового регулирования кадрового обеспечения предоставления лечебно-диагностических и косметологических услуг женщинам с патологическими и возрастными изменениями кожи лица.

**Материалы и методы.** Проведен системный анализ мировых, в частности отечественных научных источников, по нормативно-правовому регулированию лечебно-диагностической деятельности специалистов в области дерматовенерологии и косметологии. Использованы научные литературные источники и нормативно-правовые документы (15 единиц).

**Результаты.** Установлено, что разобщенность функций профилактики заболеваний кожи и преждевременного ее старения, лечения патологических повреждений и коррекции возрастных изменений кожи у женского населения среди разных специалистов затрудняет комплексный подход для обеспечения адекватной медицинской и профилактической помощи, а также осуществления вмешательств с целью эстетической коррекции кожи на индивидуальном и популяционном уровнях.

**Выводы.** Существует потребность в разработке адаптивной модели кадрового обеспечения медико-профилактической помощи и косметологических услуг женщинам с патологическими и возрастными изменениями кожи лица.

**Ключевые слова:** кадровое обеспечение, косметологические услуги, патологические и возрастные изменения кожи, женщины.

**Staffing issues in the organization of the provision  
of cosmetology services for women with pathological  
and age-related skin changes**

*E.E. Glebova, V.V. Horachuk*

Shupyk National Medical Academy  
of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to study the legal regulation of staffing provision of medical diagnostic and cosmetology services to women with pathological and age-related skin changes.

**Materials and methods.** A systematic analysis of the world, in particular, domestic scientific sources, on the legal regulation of medical and diagnostic activities of specialists in dermatovenerology and cosmetology was carried out. Scientific literature sources and normative legal documents (15 units) were used as research materials.

The **results** of the study showed that the disunity of the functions of preventing skin diseases and premature aging of the skin, treating pathological lesions and correcting the age-related changes in the skin among the female population among different specialists makes it difficult to take an integrated approach to provide adequate medical and preventive care, as well as for aesthetic skin correction individual and population levels.

**Conclusions.** There is a need to develop an adaptive model of the staffing of medical and preventive care and cosmetology services for women with pathological and age-related skin changes.

**Key words:** personnel support, cosmetology services, pathological and age-related skin changes, women.

**Відомості про авторів**

**Глебова Євгенія Євгенівна** – аспірант кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Горачук Вікторія Валентинівна** – д.мед.н., доц., професор кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

УДК 614.2:316.728:658.2.001.73(477.87)

Н.Г. Гойда, В.М. Михальчук, В.В. Горачук, О.Л. Нестерець

## Роль міжсекторального управлінського підходу у формуванні системи громадського здоров'я в Україні

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

**Мета** – визначити засади міжсекторального управлінського підходу та можливості його застосування при впровадженні змін у системі громадського здоров'я в Україні.

**Матеріали та методи.** Проведено системний аналіз світових, зокрема вітчизняних наукових джерел, за темою дослідження. Використано наукові літературні джерела та нормативно-правові документи (усього 25 од.).

**Результати.** Встановлено, що нова європейська політика передбачає застосування міжсекторального управлінського підходу у сфері суспільного здоров'я – «Здоров'я у всіх державних політиках» (Health in All Policies – HiAP), що сприяє співробітництву й взаємодії різних секторів економіки з питань охорони здоров'я та запобіганню шкідливих впливів на здоров'я.

**Висновки.** В Україні доцільно використовувати підхід «Health in All Policies», спрямований на підвищення відповідальності державних діячів за вплив на здоров'я населення факторів ризику на всіх рівнях прийняття політичних рішень.

**Ключові слова:** громадське здоров'я, міжсекторальний управлінський підхід, європейська політика, фактори ризику.

### Вступ

Останні десятиліття відзначилися низкою позитивних світових досягнень в сфері охорони здоров'я: вдалося подолати ряд інфекційних хвороб, збільшити середню тривалість життя, забезпечити стрімкий розвиток сучасних медичних технологій, зокрема, генної інженерії, розробити нові покоління лікарських засобів, підвищити професіоналізм медичного персоналу тощо. Але разом з цим з'явилися нові глобальні виклики: епідемія хронічних неінфекційних захворювань, різке постаріння населення, швидка поширеність інфекційних хвороб через високу мобільність населення, мультирезистентні форми мікроорганізмів, зростання вартості медичних послуг в умовах обмежених фінансових ресурсів та ін. [4].

У зв'язку з цим початок III тисячоліття відзначився зміною загальносвітових стратегічних цілей в системах охорони здоров'я. У новій європейській політиці, викладеній у програмі Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я 2020: основи європейської політики на підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» [10], головними завданнями визначено перегляд існуючих механізмів управління охороною здоров'я, міжсекторальна взаємодія, розвиток структур громадського здоров'я, пріоритет надання медико-санітарної допомоги, вплив на провідні чинники ризику: підвищений артеріальний тиск, тютюнокуріння, зловживання алкоголем, ожиріння тощо.

Україна в своєму сучасному державотворенні йде шляхом інтеграції позитивного міжнародного досвіду. Тому задля впровадження світових принципів розвитку охорони здоров'я та благополуччя населення Указом Президента України від 12 січня 2015 р. № 5 схвалено Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» [12], яка

спрямована на реалізацію стратегічних пріоритетів України у сфері охорони здоров'я. Основними з них є розробка і реалізація дієвої системи охорони громадського здоров'я, формування відповідального ставлення громадян до особистого здоров'я та створення сприятливого для здоров'я середовища на основі міжсекторального підходу.

Застосування в системі розвитку громадського здоров'я принципу міжсекторальної взаємодії є основним елементом формування, як індивідуального, так і суспільного здоров'я [1–3, 7]. Адже в умовах глобалізації, технологізації, маркетингізації системи охорони здоров'я лише комплексний підхід при впровадженні змін в сфері охорони громадського здоров'я може дати позитивні результати.

**Мета роботи** – визначити засади міжсекторального управлінського підходу та можливості його застосування при впровадженні змін в системі громадського здоров'я в Україні.

### Матеріали та методи

Проведення системного аналізу світових, зокрема вітчизняних наукових джерел, з питань європейського досвіду з міжсекторального управлінського підходу до формування системи громадського здоров'я та можливостей його застосування в Україні (усього 25 од.).

### Результати дослідження та їх обговорення

Розуміння впливу на стан здоров'я людини, не лише її анатомо-фізіологічних особливостей, але і низки інших факторів, за даними літературних джерел [7], з'явилося ще на початку XIX ст., коли в Європі сформувався рух за охорону суспільного здоров'я,

основним гаслом якого було «забезпечення населення гідними умовами життя й праці». В подальшому це гасло отримало широке визнання та стало базисом для розробки низки державних стратегій.

Питання впливу на формування індивідуального і суспільного здоров'я факторів, які не належать до сфери охорони здоров'я, вивчалися багатьма закордонними та вітчизняними вченими [1, 5, 7, 13–15]. В Україні наукові дослідження оцінки впливу різних секторів діяльності на здоров'я населення здійснюють Т. Грузєва, В. Москаленко, О. Гульчій, І. Рожкова, І. Солоненко, Т. Авраменко, М. Білинська, В. Князевич, Л. Жаліло та інші [2–4, 6, 8, 11].

Суть досліджень зводиться до того, що існує ряд позагалузевих чинників, що впливають на стан громадського здоров'я. До них належать – соціальні, економічні, екологічні та ін. [2]. Тобто є сукупність так званих суспільних детермінант здоров'я, що об'єднують вищезазначені фактори.

Ще наприкінці 90-х років ХХ ст. було впроваджено термін для позначення міжсекторального управлінського підходу у сфері суспільного здоров'я – «здоров'я у всіх державних політиках» (Health in All Policies – HiAP) [7].

У 2013 р., за матеріалами робочого визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, підготовленого до 8-ї Глобальної конференції по зміцненню здоров'я (Хельсінкі, 10–14 червня), було запропоновано таке визначення підходу «Health in All Policies» – здоров'я у всіх секторах, що систематично враховує здоров'я й впливи політичних рішень на сферу охорони здоров'я, сприяє співробітництву й взаємодії, а також запобіганню шкідливих впливів на здоров'я з метою зміцнення здоров'я населення й забезпечення справедливості відносно здоров'я [7]. Це визначення підкреслило відповідальність політичних діячів за вплив на здоров'я населення на всіх рівнях прийняття політичних рішень.

Особливістю міжсекторального управлінського підходу у сфері суспільного здоров'я є таке функціонування системи охорони здоров'я, при якому здійснюється внесення змін у державну політику у всіх секторах із метою сприятливого впливу на здоров'я, поліпшення здоров'я населення, справедливості відносно здоров'я тощо. Адже чималу роль у визначенні середовища функціонування систем охорони здоров'я відіграють освітня, економічна, торговельна, податково-бюджетна політики, у т.ч. транснаціональні політики – охорона навколишнього середовища, безпека дорожнього руху, біологічна безпека та біологічний захист.

Задля впровадження в Україні головних європейських принципів громадського здоров'я наприкінці 2016 року прийнято розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні» (далі – Концепція) [9], яка визначає систему громадського здоров'я як комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення,

збільшення тривалості активного та працездатного віку і заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства.

В Концепції вказується, що на сьогодні в Україні наявні лише поодинокі елементи системи громадського здоров'я, й ті діють незлагоджено. Внаслідок цього існує криза профілактичної медицини, низькі показники стану здоров'я населення, несприятлива екологічна ситуація, високий рівень поширеності тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних засобів, недостатні фізичні навантаження, нездорове харчування тощо.

Ключовим елементом системи громадського здоров'я тривалий час залишалася Держсанепідслужба, основною метою діяльності якої було забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Але фактично функції у сфері громадського здоров'я у відповідній частині виконують інші центральні органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, які не включені до системи охорони здоров'я, зокрема, Мінприроди, Мінагрополітики, Мінрегіон, МОН, Мінмолодьспорт, Держекоінспекція. Через розгалуженість та нескоординованість системи громадського здоров'я не виконуються на належному рівні міжнародні медико-санітарні правила, імплементація яких у систему охорони здоров'я країни є частиною зобов'язань щодо європейської інтеграції України.

Тобто наразі охорона здоров'я суспільства є досить складною системою, яка охоплює все населення і потребує створення єдиної системи громадського здоров'я, яка б запровадила інтегрований підхід до розв'язання проблем суспільного здоров'я з метою раціонального використання наявних людських та матеріальних ресурсів.

Концепцією передбачається здійснити розв'язання проблем шляхом створення багатосекторальної системи громадського здоров'я з координуючою роллю Міністерства охорони здоров'я України.

На нашу думку, лише за умови міжсекторальної управлінської взаємодії вдасться досягти реалізації стратегічних пріоритетів України у сфері охорони громадського здоров'я. До процесу розробки відповідних програмних заходів та галузевих нормативно-правових актів потрібно активно залучати фахівців дотичних міжвідомчих структур та закладів, експертів науково-дослідних установ, міжнародних та вітчизняних компаній, які вивчають дану проблематику, а також обов'язково представників громадських організацій, засобів масової інформації та самого населення.

Зусилля потрібно спрямувати на формування комплексного підходу до розбудови національної системи громадського здоров'я, складовими якої повинні бути: профілактика хронічних неінфекційних захворювань; створення сприятливого для здоров'я середовища та мінімізація впливу факторів ризику розвитку хвороб; оптимізація організації та фінансування медичної галузі; пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги; формування відповідального ставлення громадян до особистого здоров'я та мотивація

населення до здорового способу життя; підвищення якості медичної допомоги; підвищення рівня соціальних стандартів життя для населення тощо.

Загальновідомо, що у профілактиці закладено великий оздоровчий потенціал, адже профілактика захворюваності населення є найбільш стійкою стратегією в довгостроковій перспективі, що дає змогу нівелювати ризику захворюваності на найбільш соціально значущі хвороби. На жаль, в нашій країні до профілактики хронічних хвороб уваги з боку вищого державного керівництва приділяється все ще недостатньо. Тому виникає необхідність розроблення сучасних програм для розв'язання проблем профілактики, як інфекційних, так і неінфекційних захворювань у сфері громадського здоров'я.

Суспільно важливим завданням є формування відповідального ставлення населення до свого здоров'я. Саме усвідомлення пріоритетності індивідуального здоров'я як необхідної умови активної життєдіяльності, довголіття та благополуччя окремої особистості та суспільства в цілому є основою розвитку і стабільності нашої держави.

Також актуальною в сучасних умовах розвитку України є проблема підвищення рівня соціальних стандартів життя населення. Це пов'язано з тим, що людський ресурс в умовах кризи є найдефіцитнішим ресурсом. А враховуючи наявність ще й демографічної кризи, забезпечення гідної якості життя наших громадян повинно бути найважливішою метою діяльності уряду країни.

Завдяки застосуванню підходу «Health in All Policies» усі вищезазначені завдання можна реалізувати в найкоротші терміни, тому що підхід HiAP акцентує свою увагу на формуванні політичних рішень, розробниками яких є різні державні сектори, що дасть змогу

раціонально розподілити необхідні ресурси та розпочати необхідні зміни в сфері громадського здоров'я.

Разом з тим, необхідно зазначити, що робота з іншими державними секторами може означати перетинання адміністративних і бюджетних кордонів між секторами. Адже представники різних сфер діяльності можуть мати власне бачення до вирішення проблем розвитку охорони здоров'я суспільства. В такому випадку потрібно сприяти розумінню цілей і методів роботи різних державних секторів.

До реалізації задач розвитку охорони громадського здоров'я повинні бути залучені вищі навчальні медичні заклади, так як підготовка кадрів для системи громадського здоров'я є нагальною проблемою. Тому і в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика вже створена нова кафедра – громадського здоров'я, колектив якої здійснює підготовку до навчально-методичного процесу.

### Висновки

Отже, в умовах побудови нової системи громадського здоров'я в Україні особливо важливим задля прийняття необхідних політичних рішень є застосування міжсекторальної управлінської взаємодії. Вивчення сучасних проблем та окреслення майбутніх перспектив суспільного здоров'я вимагають врахування інтересів здоров'я в усіх стратегіях і напрямках політики та узгоджених заходів на всіх рівнях управління. З цією метою в Україні доцільно використовувати підхід «Health in All Policies», спрямований на підвищення відповідальності державних діячів за вплив на здоров'я населення факторів ризику на всіх рівнях прийняття політичних рішень, оцінка ефективності реалізації якого вимагають **подальших перспективних досліджень**.

### Література

1. *Аналіз сфер політичної діяльності, актуальних українських та європейських політик : методичні рекомендації / Г. П. Ситник, І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло, А. В. Дацюк. – Київ : НАДУ, 2009. – 32 с.*
2. *Білінська М. М. Міжсекторальне співробітництво як базис оцінки впливу політичних рішень на стан довкілля в Україні [Електронний ресурс] / М. М. Білінська // Державне управління – теорія і практика: електрон. наук. фах. вид. – 2007. – № 1. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej1/txts/Bilinska.htm>. – Назва з екрана.*
3. *Білінська М. М. Міжсекторальний підхід до формування державної політики та стратегії в охороні екологічного здоров'я мешканців сільських територій / М. М. Білінська // Розвиток продуктивних сил в Україні від В. І. Вернадського до сьогодення : матеріали міжнародних наук.-практ. конференцій, м. Київ, 20 березня 2009 р. – Київ, 2009. – С. 50–54.*
4. *Грузева Т. С. Обґрунтування та розробка системи досягнення рівності в охороні здоров'я населення в сучасних умовах стратифікації суспільства : автореф. дис. ... д.мед.н. : спец. – соціальна медицина / Т. С. Грузева. – Київ, 2004. – 25 с.*
5. *Гусак П. М. Відповідальне ставлення до здоров'я: теорія та технології : монографія / П. М. Гусак, Н. В. Зимівець, В. С. Петрович ; за ред. проф. П.М. Гусака. – Луцьк : ВАТ «Волинська обласна друкарня», 2009. – 219 с.*
6. *Жаліло Л. І. Державне регулювання охорони громадського здоров'я: методичні рекомендації / Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк. – Київ : НАДУ, 2009. – 66 с.*
7. *Кульгінський Є. Теоретико-методологічні основи «здоров'я у всіх державних політиках» як базовий принцип забезпечення розвитку суспільного здоров'я / Є. Кульгінський // Ефективність державного управління : зб. наукових праць. – 2015. – Вип. 44. – С. 43–52.*

8. Москаленко М. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : монографія / М. Ф. Москаленко. – Київ : Книга плюс, 2008. – 320 с.
9. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799>. – Назва з екрана.
10. Програма Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я 2020: основи європейської політики на підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя», 2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20150311\\_0.html](http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20150311_0.html). – Назва з екрана.
11. Розвиток державного управління реформуванням охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні: стан, проблеми, перспективи : методичні рекомендації / авт. кол. : Т. П. Авраменко, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк [та ін.]. – Київ : НАДУ, 2013. – 48 с.
12. Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020» : Указ Президента України від 12 січня 2015 р. № 5/2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>. – Назва з екрана.
13. Gruskin S. History, principles, and practice of health and human rights. The Lancet / S. Gruskin, E. Mills, D. Tarantola. – [S. p. : s. n.], 2007. – P. 25.
14. Hungary: Health system review / P. Gabl, S. Szigeti, M. Csere [et al.] // Health Systems in Transition. – 2011. – Vol. 13 (5). – P. 1–266.
15. Johnsen J. Health System in Transition: Norway / J. Johnsen, J. Roth – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe on health of the European Observatory on Health system and Policies. – Vol. 8. – 2006. – № 1. – 187 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.04.2017 р.

#### Роль межсекторального управленческого подхода в формировании системы общественного здоровья в Украине

*Н.Г. Гойда, В.М. Михальчук,  
В.В. Горачук, Е.Л. Нестерец*

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

**Цель** – определить основы межсекторального управленческого подхода и возможности его применения при внедрении изменений в системе общественного здоровья в Украине.

**Материалы и методы.** Проведен системный анализ международных, в частности, отечественных научных источников, по теме исследования. Использованы научные литературные источники и нормативно-правовые документы (всего 25 ед.).

**Результаты.** Установлено, что новая европейская политика предусматривает применение межсекторального управленческого подхода в сфере общественного здоровья – «здоровье во всех государственных политиках» (Health in All Policies – HiAP), что способствует сотрудничеству и взаимодействию различных секторов экономики по вопросам здравоохранения и предотвращению вредных воздействий на здоровье.

**Выводы.** В Украине целесообразно использовать подход «Health in All Policies», направленный на повышение ответственности государственных деятелей за влияние на здоровье населения факторов риска на всех уровнях принятия политических решений.

**Ключевые слова:** общественное здоровье, межсекторальный управленческий подход, европейская политика, факторы риска.

#### The role of the cross-sectoral management approach in the formation of public health in Ukraine

*N.H. Goida, V.M. Mikhalchuk,  
V.V. Horachuk, O.L. Nesterets*  
Shupyk National Medical Academy  
of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to determine the basis for cross-sectoral management approach and the possibilities of its application in implementing changes in the public health system in Ukraine.

**Materials and methods.** Systematic analysis of international, in particular, domestic scientific sources, on the research topic was carried out. Scientific literary sources and normative legal documents were used as research materials.

**Results.** The study found that the new European policy envisages the application of a cross-sectoral management approach in the field of public health – “Health in All Policies”. It facilitates cooperation and interaction of various sectors of the economy on health issues.

**Conclusions.** It is advisable to use the approach “Health in All Policies” in Ukraine, aimed at increasing the responsibility of public figures for the impact on health of the population of risk factors.

**Key words:** public health, cross-sectoral management approach, European policy, risk factors.

### Відомості про авторів

**Гойда Ніна Григорівна** – д.мед.н., проф., професор кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Михальчук Василь Миколайович** – д.мед.н., доц., завідувач кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Горачук Вікторія Валентинівна** – д.мед.н., доц., учений секретар Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Нестерець Олена Леонідівна** – к.мед.н., старший викладач кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.



УДК 312.6:311.4:001.8(100)(042.3)

М.В. Голубчиков, Н.М. Орлова

## Міжнародний досвід використання інтегральних показників для моніторингу та оцінки стану здоров'я населення (лекція)

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

*У лекції узагальнено міжнародний досвід щодо методології побудови і використання для моніторингу та оцінки стану здоров'я населення інтегральних показників, які характеризують втрати здоров'я через передчасну смертність і нелетальні наслідки для здоров'я (інвалідність).*

**Ключові слова:** моніторинг та оцінка, інтегральні показники, стан здоров'я населення, міжнародний досвід.

### Вступ

Збереження здоров'я населення є провідною метою системи охорони здоров'я. Саме тому показники здоров'я населення використовуються як критерії ефективності її діяльності. Очікувана тривалість життя при народженні впродовж багатьох років використовувалася експертами ВООЗ як основний інтегральний показник здоров'я населення. Показник середньої очікуваної тривалості життя є достатньо точним індикатором стану здоров'я населення. Методика розрахунку даного показника дозволяє забезпечити можливість його співставлення незалежно від вікової структури населення окремих територій або країн. Але разом з тим, існує ряд запитань, відповіді на які не дає аналіз динаміки очікуваної тривалості життя, зокрема: яка тривалість здорового життя на даний момент і в даних умовах; як змінюється очікувана тривалість здорового життя; чи відповідає її динаміка динаміці очікуваної тривалості життя в цілому?

Результати деяких досліджень свідчать про те, що середня очікувана тривалість здорового життя буде зростати повільніше, ніж середня очікувана тривалість життя в цілому [6, 7]. У такому випадку збільшення очікуваної тривалості життя буде супроводжуватися збільшенням кількості років, які прожиті при незадовільному стані здоров'я. Тобто буде зростати чисельність людей, які доживуть до старших вікових груп як при задовільному, так і незадовільному стані здоров'я, проте чисельність останніх може складати більшу частину всього населення. Зростання середнього віку смерті та зростання поширеності хронічних захворювань призводить до того, що стан здоров'я окремих індивідумів та населення в цілому все в більшій мірі визначається взаємозв'язком між початком дії першої головної причини нездоров'я (хвороби або інвалідності) та часом смерті. Іншими словами, провокується і поступово загострюється «конфлікт» між тривалістю життя, з одного боку, та якістю додатково прожитих років – з іншого. Традиційні показники очікуваної тривалості життя, смертності та захворюваності виявилися неадекватними для аналізу нової

епідеміологічної ситуації, їх необхідно доповнити індикаторами принципово нового типу, які б оцінювали очікувану тривалість життя в її якісному аспекті, бо зростання очікуваної тривалості життя буде безплідним досягненням, якщо цей процес не буде супроводжуватись у довгостроковій перспективі рівнозначним або навіть більш вагомим збільшенням кількості років життя, прожитих у задовільному стані здоров'я, при відсутності обмежень фізичних, інтелектуальних та психічних можливостей.

**Мета лекції** – ознайомити лікарів та організаторів охорони здоров'я із міжнародним досвідом у методології побудови і практиці використання інтегральних показників для моніторингу та оцінки стану здоров'я населення.

На сьогодні не існує ідеального узагальненого показника здоров'я, який би інтегрував втрати здоров'я внаслідок передчасної смертності та захворюваності та інвалідності й у міжнародній практиці тривають дослідження, спрямовані на його створення та апробацію. На думку більшості дослідників, універсальною основою для об'єднання різних показників здоров'я є роки життя, втрачені внаслідок захворювань та їх наслідків (смертність, працездатність) або додані в результаті оздоровчих програм [6, 7].

За визначенням експертів ВООЗ, узагальнені (інтегральні) показники громадського здоров'я (Summary Measures of Population Health) – це показники, які одним числом характеризують втрати здоров'я населення внаслідок передчасної смертності та нелетальних наслідків (захворюваності, інвалідності) [6].

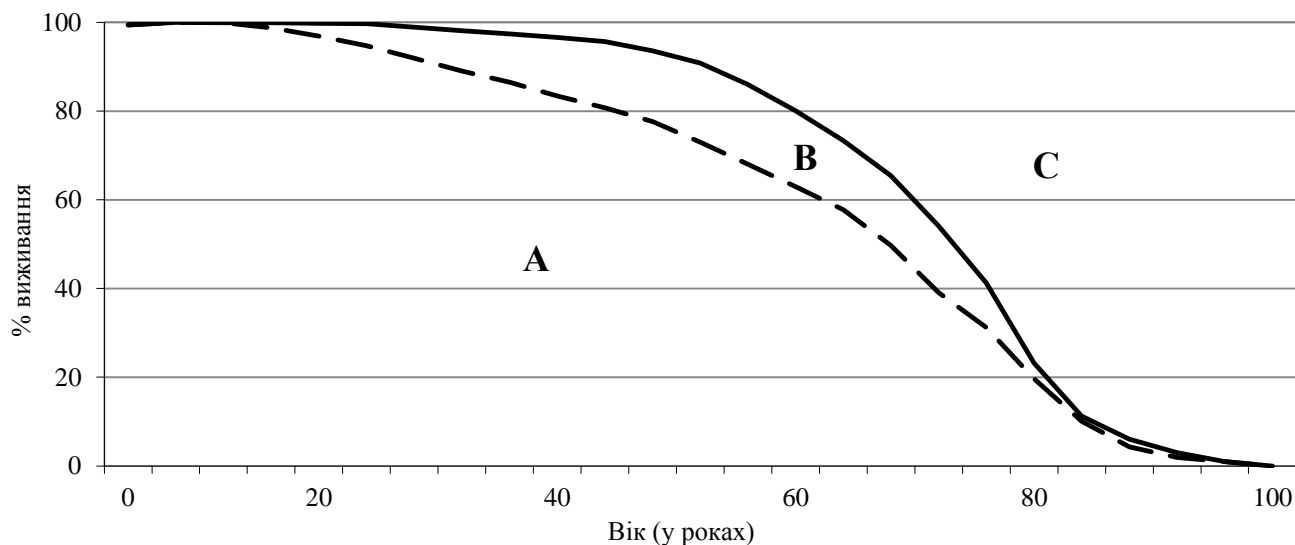
Інтегральні показники громадського здоров'я використовуються з метою:

- порівняння стану здоров'я населення у різних регіонах, країнах;
- моніторингу та оцінки стану здоров'я населення та окремих його груп;
- забезпечення відповідної уваги до нелетальних порушень здоров'я;
- створення інформаційної бази для визначення пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я та планування наукових досліджень;

– аналізу економічної ефективності програм, заходів з охорони здоров'я населення, різних систем охорони здоров'я.

На сьогодні двома принциповими методичними підходами до інтегральної оцінки стану здоров'я населення є визначення середньої очікуваної тривалості здорового життя та визначення «втрачених років здорового життя» – кількості років життя, втрачених внаслідок інвалідності та передчасної смертності. При обох підходах показники пов'язані з кривою виживання, яка показана на рисунку жирною суцільною лінією між зонами, позначеними як В (інвалідність) та С

(смертність). Очікувана тривалість здорового життя (без інвалідності) для новонародженого відповідає зоні А під пунктирною кривою, а роки життя, втрачені внаслідок інвалідності представлені зоною В. Зона С (смертність) – становить втрати в результаті передчасної смертності, порівняно з високою очікуваною тривалістю життя. «Втрачені роки здорового життя» відповідають всій цій зоні (С) та зоні, яка відповідає часу прожитому в стані інвалідності (В). Традиційний показник очікуваної тривалості життя при народженні відповідає об'єднаним зонам А (виживання без інвалідності) та В (інвалідність), тобто всій зоні під кривою виживання.



**Рис.** Крива виживання гіпотетичного населення та узагальнене представлення здоров'я населення на підставі смертності та інвалідності: А – очікувана тривалість життя без інвалідності; В – втрати років життя внаслідок інвалідності; С – втрати років життя внаслідок смертності

*Середня очікувана тривалість здорового життя.*  
Ідея створення показника середньої очікуваної тривалості здорового життя належить Sanders, який у 1964 р. запропонував модифікувати таблицю дожиття з метою визначення нового показника. У 1971 р. Sullivan запропонував перший метод для визначення середньої очікуваної тривалості здорового життя. Основна ідея його методу полягає у тому, що кількість осіб, які живуть у кожному віці згідно звичайної таблиці дожиття, поділяється на групи в залежності від стану здоров'я, наявності або відсутності інвалідності, пропорційно до розподілу за станом здоров'я реального населення відповідної вікової групи. Надалі було запропоновано цілий ряд показників для характеристики середньої очікуваної тривалості здорового життя: ALE (active life expectancy), (Katz et al., 1983), DFLE (disability free life expectancy), (Robine et al., 1993, Mathers et al., 1994), DALE (disability-adjusted life expectancy), (Murray and Acharya, 1997), YHL (years of health life), (Erickson et al., 1995), QALE (quality-adjusted life expectancy), (Fanshel and Bush, 1970; Wilkins and Adams, 1992), dementia-free life expectancy (Ritchie et al., 1993), health capital (Cutler and Richardson, 1997, 1998) [6].

Середня очікувана тривалість здорового життя, за визначенням експертів ВООЗ, – це «показник демографічної статистики, який характеризує очікувану (ймовірну) тривалість здорового життя на тому відрізку життєвого шляху, який, згідно до загальноприйнятих норм, асоціюється зі здоров'ям і відсутністю захворювань та інвалідності» [6, 7]. Зростання до 2020 р. середньої очікуваної тривалості здорового життя у віці 65 років на 20% є регіональним завданням Європейської стратегії «Здоров'я для всіх».

Можливість різних співвідношень між показниками середньої очікуваної тривалості життя та середньої очікуваної тривалості життя без захворювань та інвалідності в динаміці дозволяє змоделювати три сценарії змін стану здоров'я населення у майбутньому. По-перше, якщо тривалість життя буде зростати більш швидкими темпами, ніж тривалість здорового життя, то можна говорити про «експансію» захворюваності та погіршення стану здоров'я населення. По-друге, якщо очікувана тривалість життя буде збільшуватися повільніше, ніж тривалість здорового життя, то можна говорити про «стиснення» захворюваності. По-третє, сценарій динамічної рівноваги передбачає у рівній мірі

зростання очікуваної тривалості життя та відстрочку всіх хворобливих станів до старшого віку.

Показники середньої очікуваної тривалості здорового життя визначаються на основі вікових коефіцієнтів смертності та поширеності окремих видів інвалідності у кожному віці.

На сьогодні найбільшого поширення набули наступні дві групи показників очікуваної тривалості здорового життя:

1) DFLE – disability free life expectancy (очікувана тривалість життя без інвалідності) та LED – life expectancy with disability (очікувана тривалість життя з інвалідністю).

2) DALE – disability-adjusted life expectancy (очікувана тривалість життя з корекцією на інвалідність) та HALE – health-adjusted life expectancy (очікувана тривалість життя з корекцією на здоров'я).

Основна різниця між двома групами полягає у методології визначення втрат здоров'я. Якщо в першій групі використовується дихотомічний підхід: здоровий-інвалід, то у другій групі показників враховується варіація станів від повного здоров'я до повної його втрати з градацією інвалідності за ступенем важкості.

Перевагою показників середньої очікуваної тривалості здорового життя є можливість їх прямого співставлення з показником середньої очікуваної тривалості життя, розрахованим на підставі лише показників смертності, що робить показник легким у використанні, зрозумілим для непрофесіоналів.

За матеріалами досліджень, проведених у країнах Європи та Північної Америки, середня очікувана тривалість життя без інвалідності складає 60–70 років для чоловіків та 65–75 років для жінок. Соціальні детермінанти суттєво впливають на значення середньої очікуваної тривалості життя без інвалідності. Значення даного показника є вищими серед міських жителів, порівняно із сільськими. Встановлено, що чим вищим є

рівень освіти населення, тим більшою є не тільки середня очікувана тривалість життя, але й середня очікувана тривалість життя без інвалідності. При зниженні соціального статусу населення очікувана тривалість життя без інвалідності знижується у більшій мірі, ніж очікувана тривалість життя. Наприклад, у Канаді середня очікувана тривалість життя найбільш заможної частини населення перевищує аналогічний показник у найбіднішій на 6,3 року, а середня очікувана тривалість життя без інвалідності – на 14,3 року відповідно. Основними причинами скорочення середньої очікуваної тривалості здорового життя є хвороби системи кровообігу, кістково-м'язової системи та органів дихання, в той час як основні причини зниження очікуваної тривалості життя – хвороби системи кровообігу, злоскісні новоутворення та травми й нещасні випадки.

ВООЗ регулярно здійснює оцінку середньої очікуваної тривалості життя у світі в цілому, а також у розрізі окремих регіонів та країн [4, 7]. За даними ВООЗ, у 2015 р. середнє значення HALE у світі становило 63,1 року (64,6 – у жінок і 61,5 – у чоловіків). Середня очікувана тривалість здорового життя коливалась від мінімального значення (43,9 року – у чоловіків та 44,8 року – у жінок) у Сьєра Леоне до максимального значення в Японії (72,5 та 77,2 року відповідно).

У 2015 р. у Європейському регіоні ВООЗ значення HALE коливалось у чоловіків у межах від 56,6 року (у Туркменістані) до 71,8 року (у Ісландії), а у жінок у межах від 63 років (у Туркменістані) до 74,4 року (у Франції) (табл. 1). Україна із значенням даного показника 64,1 року посіла 44-те місце серед 50 країн Європейського регіону ВООЗ і відставала від лідера (Швейцарії) на 9 років. Середня очікувана тривалість здорового життя чоловіків в Україні становила 60,2 року, у жінок – 67,8 року. Різниця у показнику у чоловіків та жінок становила 7,6 року і була однією з найбільших у Європейському регіоні.

Таблиця 1

Середня очікувана тривалість здорового життя (HALE) у деяких країнах Європейського регіону ВООЗ у 2015 р. (роки)

Країна*	Обидві статті	Чоловіки	Жінки	Різниця ч. та ж.
Туркменістан	59,8	56,6	63,0	6,4
Казахстан	63,3	59,8	66,8	7,0
Російська Федерація	63,4	59,0	67,8	8,8
Україна	64,1	60,2	67,8	7,6
Беларусь	65,2	60,7	69,6	8,9
Туреччина	66,2	64,5	67,8	3,3
Болгарія	66,4	63,8	69,2	5,4
Латвія	67,1	63,2	70,7	7,5
Польща	68,7	65,7	71,6	5,9
Естонія	69,0	65,6	72,0	6,4
Фінляндія	71,0	69,1	72,9	3,8
Німеччина	71,3	69,7	72,8	3,1
Великобританія	71,4	70,3	72,5	2,2

Продовження таблиці 1

Швеція	72,0	71,1	73,0	1,9
Франція	72,3	70,7	74,4	3,7
Ісландія	72,7	71,8	73,6	1,8
Італія	72,8	71,8	73,7	1,9
Ізраїль	72,8	71,6	73,9	2,3
Швейцарія	73,1	71,7	74,3	2,6

Примітка: \* – перелік країн наведений у рейтинговому порядку за значенням HALE для обох статей.

Другим методичним підходом до узагальненої оцінки стану здоров'я є визначення «тягаря хвороб (*burden of disease*)» – втрачених років здорового життя, які найчастіше вимірюються показником DALYs (*disability-adjusted life years* – кількість років життя, втрачених внаслідок інвалідності та передчасної смертності) [1, 3, 5].

Індикатор DALYs вперше запропонований у дослідженні “Global Burden of Disease Study” (GBD), яке виконане у 1990 р. за підтримки Всесвітнього банку.

Концептуальні принципи, закладені в інтегральний показник DALYs, є наступними [6]:

- будь-який наслідок для здоров'я, який означає втрату благополуччя, слід намагатись відобразити в індикаторі стану здоров'я;
- характеристики індивіда, які слід враховувати при розрахунку «втрачених років здорового життя», слід обмежити лише статеві-віковими ознаками;
- прийняття за основу ідентичних критеріїв здоров'я;
- час як одиниця виміру «тягаря хвороб».

Індикатор DALYs включає чотири параметри, які мають соціальне значення. По-перше, враховують втрати внаслідок передчасної смертності, які визначають за різницею між фактичним віком на момент смерті та очікуваною тривалістю життя в цьому віці населення з низьким рівнем смертності. По-друге, до розрахунків внесена поправка, яка враховує якість життя, у різні вікові періоди, що відбиває зміну соціальної ролі особи з віком. Цей коефіцієнт різко зростає від нуля при народженні до піку у 25 років, а потім поступово знижується. По-третє, втрати здорових років життя внаслідок інвалідності можна порівняти з роками втраченими внаслідок передчасної смертності. По-четверте, здійснюється дисконтування зі ставкою 3% майбутніх вигід для здоров'я.

Розрахунки показника DALYs базуються на даних про захворюваність, яка призводить до інвалідності, середній вік виникнення інвалідності, її тривалість та розподіл за 6 класами важкості інвалідності в окремих статеві-вікових групах населення. У багатьох країнах епідеміологічні дослідження за таким обсягом показників у розрізі всіх захворювань не проводять, тому у дослідженнях, які ініціює ВООЗ, частину показників отримують шляхом експертних оцінок.

Таким чином, набір параметрів, відібраних для відображення в індикаторі DALYs, – кількість втрачених років життя, «цінність життя», прожитого у різному віці, співставлення років, які прожиті у стані інвалідності,

повністю відрізняється від тих параметрів, які використовувались під час розробки інтегральних індикаторів здоров'я населення у минулому.

Найважливішою особливістю DALYs, яка відрізняє цей індикатор від більш поширених критеріїв, наприклад, такого як «потенційно втрачені роки життя», є врахування ним років, котрі прожиті у стані інвалідності. За даними Mugaу С., 34% «втрачених років здорового життя» обумовлені саме інвалідністю [6].

Перевага даного підходу до інтегральної оцінки стану здоров'я населення полягає у тому, що показник DALYs зручно використовувати при оцінці економічної ефективності медико-санітарних втручань. У цьому разі витрати системи охорони здоров'я будуть визначатися в розрахунку на один DALYs (рік втраченого або неякісно прожитого життя з урахуванням коефіцієнту цінності життя та дисконтування). Наприклад, за даними експертів Світового Банку, найбільш економічно ефективними є профілактичні програми та програми загального медичного обслуговування: охорона материнства і дитинства; служба планування сім'ї; протитуберкульозна служба; боротьба із хворобами, які передаються статевим шляхом; лікування хвороб дитячого та підліткового віку. Один врятований, завдяки даним програмам, рік життя без хвороб та інвалідності коштує лише 50\$. Для порівняння, витрати для забезпечення одного додаткового року життя без інвалідності хворому на цукровий діабет складають 250\$.

Слід відмітити, що показник DALYs у якості індикатора «тягаря хвороб» дозволяє оцінити такі важливі причини інвалідності, як розлади психіки, втрата зору та слуху, хоча рівень смертності від цих станів, як правило, низький.

Як показує міжнародна практика, із збільшенням обсягу наявної інформації індикатор DALYs знаходить все більшого застосування, він вже зарекомендував себе як реальна альтернатива іншим методам оцінки «тягаря» інвалідності та передчасної смертності.

Важливою різницею між оцінкою «тягаря хвороб» за допомогою показника кількості років життя, втрачених внаслідок інвалідності (DALYs), і показником середньої очікуваної тривалості життя здорового життя (наприклад, HALE), є те, що перший показник враховує внесок кожної хвороби в загальний результат, а останній – ні. Ця властивість показника DALYs є важливою для наукового обґрунтування пріоритетності заходів у системі охорони здоров'я [1, 5].

В Україні, за даними ВООЗ 2012 р. [2], внаслідок передчасної смертності та інвалідності втрачено

21727 років життя в розрахунку на 100 тис. населення. У структурі DALYs (табл. 2) перше місце з питомою вагою понад 80,4% посідали неінфекційні хвороби. Серед окремих класів неінфекційних хвороб провідне значення у формуванні DALYs належало хворобам системи кровообігу (40,6%), злоякісним новоутворенням (11,3%), психічним розладам (7,2%). Майже десята частина (9,5%) DALYs була обумовлена травмами, серед яких 3/4 склали ненавмисні і 1/4 навмисні травми. Інфекційні хвороби, материнська та перинатальна смертність

становили 10,1% від всіх причин DALYs. Порівняно із Європейськими країнами, які належать до епідеміологічної групи з дуже низькою смертністю дитячого та дорослого населення (країни Євросоюзу), в Україні у структурі DALYs більшою є частка інфекційних хвороб. Тобто резерви зниження DALYs для України полягають, у першу чергу, в подоланні екзогенних причин порушення здоров'я, що потребує здійснення не лише медико-організаційних, але й широких соціально-гігієнічних та соціально-економічних заходів.

Таблиця 2  
Структура причин DALYs в Україні у 2012 р. (%)

Причина DALY	Обидві статті	Чоловіки	Жінки
<b>I. Інфекційні хвороби, материнська та перинатальна смертність, у т.ч.:</b>	<b>10,1</b>	<b>11,3</b>	<b>8,7</b>
інфекційні хвороби	6,6	8,1	5,3
перинатальні стани	1,1	1,1	1,0
<b>II. Неінфекційні хвороби, у т.ч.:</b>	<b>80,4</b>	<b>75,5</b>	<b>86,2</b>
злоякісні новоутворення	11,3	11,7	10,8
психічні розлади	7,2	7,3	7,0
хвороби нервової системи	2,4	1,6	3,4
хвороби системи кровообігу	40,6	37,7	44,1
хвороби органів дихання	2,5	2,9	2,2
хвороби органів травлення	4,6	5,6	3,4
хвороби кістково-м'язової системи	5,0	3,4	6,9
<b>III. Травми, у т.ч.:</b>	<b>9,5</b>	<b>13,2</b>	<b>5,1</b>
ненавмисні	7,0	9,5	4,1
навмисні	2,5	3,7	1,0
<b>Усього DALY</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### Висновки

Таким чином, на сьогодні у міжнародній практиці існує два провідні методичні підходи до інтегральної оцінки здоров'я населення на основі об'єднання років життя, втрачених внаслідок захворювань та їх наслідків (смертність, непрацездатність) – це визначення «тягаря хвороб» – втрачених років здорового життя за допомогою показника DALYs та визначення середньої очікуваної тривалості здорового життя (HALE). Важливою різницею між цими підходами є те, що при першому враховується внесок кожної хвороби в загальний результат («втрачені роки здорового життя»), а при другому – ні. Перевага

показника середньої очікуваної тривалості здорового життя полягає у тому, що він не вимагає для розрахунку такої великої кількості параметрів і його можна безпосередньо порівнювати з таким більш звичним показником як середня очікувана тривалість життя.

Як свідчить міжнародна практика, обидва підходи є **перспективними напрямками** вдосконалення методології оцінки стану здоров'я населення, які взаємодоповнюють один одного та забезпечують можливість міжнародного співставлення та моніторингу показників здоров'я, визначення пріоритетів у системі охорони здоров'я та оцінку економічної ефективності програм охорони здоров'я.

### Література

1. Benziger C. P. The Global Burden of Disease study and the preventable burden of NCD / C. P. Benziger, G. A. Roth, A. E. Moran // Global Heart. – 2016. – Vol. 11, № 4. – P. 393–397.
2. DISEASE BURDEN DALYs, 2000–2012 [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index2.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html). – Title from screen.
3. GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // The Lancet. – 2016. – № 388. – P. 1603–1658.

4. *Healthy* life expectancy (HALE) at birth [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/hale/en](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale/en). – Title from screen.
5. *Institute* for Health Metrics and Evaluation. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, WA: IHME, 2013 [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy\\_report/2013/GBD\\_GeneratingEvidence/IHME\\_GBD\\_GeneratingEvidence\\_FullReport.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport.pdf). – Title from screen.
6. *Summary* measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications / edited by Christopher J. L. Murray. – Geneva : WHO, 2002. – 770 p.
7. *WHO* methods for life expectancy and healthy life expectancy (Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2014.5) [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.who.int/healthinfo/statistics/LT\\_method\\_1990\\_2012.pdf](http://www.who.int/healthinfo/statistics/LT_method_1990_2012.pdf). – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.03.2017 р.

**Международный опыт использования интегральных показателей для мониторинга и оценки состояния здоровья населения (лекция)**

*М.В. Голубчиков, Н.М. Орлова*

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

В лекции обобщен международный опыт по методологии построения и использования для мониторинга и оценки состояния здоровья населения интегральных показателей, характеризующих потери здоровья из-за преждевременной смертности и нелетальных последствий для здоровья (инвалидность).

**Ключевые слова:** мониторинг и оценка, интегральные показатели, состояние здоровья населения, международный опыт.

**International experience of integrated indicators for monitoring and evaluation of population health (lecture)**

*M.V. Golubchikov, N.M. Orlova*

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

International experience on methodology of design and use of integrated indicators for monitoring and evaluation population health, which combine information on mortality and non-fatal health outcomes, was systematized in this lecture.

**Key words:** monitoring and evaluation, integrated indicators, population health, international experience.

**Відомості про авторів**

**Голубчиков Михайло Васильович** – д.мед.н., проф., завідувач кафедри медичної статистики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Орлова Наталія Михайлівна** – д.мед.н., проф., професор кафедри медичної статистики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

УДК 312.6:314.4:616-006(477.86)

О.З. Децик, І.В. Рудко

## Аналіз захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень губи і ротової порожнини в Україні та Івано-Франківській області за 2007–2016 рр.

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

**Мета** – вивчити десятирічні тренди захворюваності і смертності внаслідок злоякісних новоутворень губи і ротової порожнини в Україні та Івано-Франківській області.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано базу даних Національного канцер-реєстру України. Використано методи: епідеміологічний, медико-статистичний.

**Результати.** Виявлено загрозливу епідеміологічну ситуацію щодо раку ротової порожнини внаслідок зростання захворюваності, у половині випадків за рахунок занедбаних стадій хвороби. Це призводить до низького виживання (понад 40% помирають впродовж року) і зростання смертності населення, головним чином чоловічого. Доведено взаємозв'язок між профілактичними технологіями та раннім виявленням і рівнями виживання онкологічних хворих.

**Висновки.** Необхідно розробити та впровадити програму профілактики раку ротової порожнини на державному та регіональному рівнях.

**Ключові слова:** рак губи і ротової порожнини, епідеміологія, профілактика.

### Вступ

Онкологічні захворювання є однією з головних причин зростання захворюваності та смертності в усьому світі. Так, за даними ВООЗ, щороку реєструється близько 14 млн нових випадків захворювання і до 9 млн випадків смертей внаслідок злоякісних новоутворень [10].

Україна належить до країн із високим рівнем онкозахворюваності і входить до першої десятки країн світу щодо цього показника. Причому, за розрахунками науковців, до 2020 р. кількість осіб, які вперше захворіють на рак, в Україні перевищить 200 тис. осіб [6].

Сказане підкреслює вагомість профілактики злоякісних новоутворень (ЗН). Важливими індикаторами ефективності цього напрямку діяльності системи охорони здоров'я є рівні та тенденції захворюваності і смертності, у т. ч. раннього виявлення та виживання онкохворих із візуальними формами ЗН [1, 2, 9, 10].

У цьому плані особливе місце належить ЗН губи та порожнини рота, оскільки їх питома вага сягає 2–10% всіх злоякісних пухлин людини [7–12]. Попри це, за результатами досліджень, значну частку хворих, зокрема, з пухлинами слизової оболонки порожнини рота (до 80%), виявляють на стадії занедбаних форм захворювання [7, 8, 11, 12].

Рівень захворюваності і смертності, зокрема від візуальних форм раку, можна одночасно вважати й індикаторами рівня соціально-економічного розвитку держави загалом та системи громадського здоров'я зокрема. Адже в науковій літературі доведено, що у виникненні патології суттєву роль відіграють як загальні ризик-фактори, такі як: стрес, бідність, нездоровий спосіб життя, незадовільні соціальні умови, антропогенне забруднення навколишнього середовища, шкідливі умови праці тощо [6, 10], так і спеціальні: куріння, вживання

алкоголю і гарячих чи надто холодних їжі та напоїв, хронічне травмування, інфікування папіломавірусом, а також передракові захворювання [7, 8, 11, 12]. Більшість із цих чинників є керованими і можуть бути модерновані шляхом організованих зусиль усього суспільства, тобто залежать від дієвості системи громадської охорони здоров'я держави.

**Мета роботи** – вивчити десятирічні тренди захворюваності і смертності внаслідок злоякісних новоутворень губи і ротової порожнини в Україні та Івано-Франківській області.

### Матеріали та методи

Проаналізовано базу даних Національного канцер-реєстру України за 2007–2016 рр. [6]. Використано методи: епідеміологічний, медико-статистичний.

### Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що в Україні впродовж періоду спостереження була реалізована Загальнодержавна програма боротьби із онкологічними захворюваннями [4], прийнято наказ МОЗ України від 01.10.2013 № 845 «Про систему онкологічної допомоги населенню України» [5].

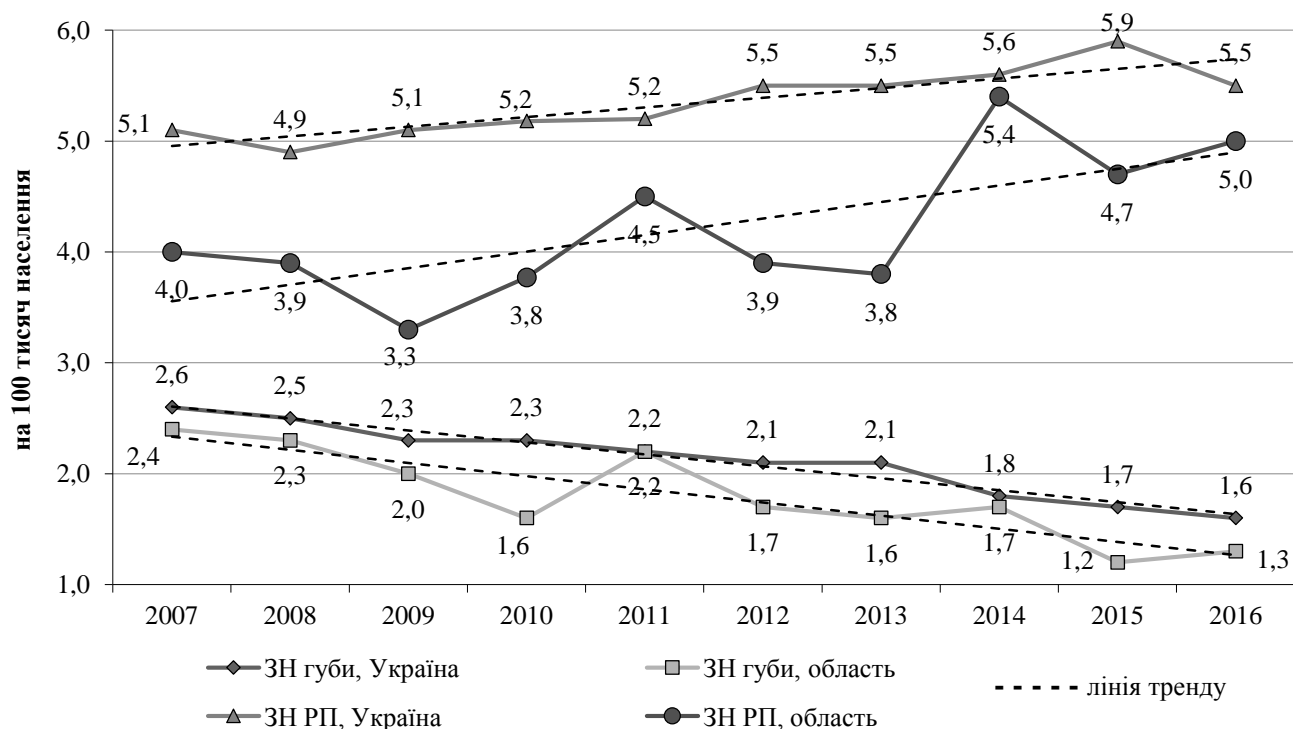
Можливо, тому в динаміці за останнє десятиріччя (2007–2016 рр.) первинна захворюваність на рак губи демонструвала тенденцію до зниження (рис. 1) як в Україні (з 2,6 на 100 тис. населення у 2007 р. до 1,6 аналогічного випадку у 2016 р., що становить -38,5% у показниках наочності), так і в Івано-Франківській області (з 2,4 до 1,3 на 100 тис. населення відповідно, тобто на 45,8%). На наш погляд, ще однією вагомою причиною такої позитивної динаміки могло бути й зменшення поширеності куріння серед населення завдяки

приєднанню України до Рамкової Конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну та реалізації ряду відповідних профілактичних заходів на державному рівні [3]. Адже відомо, що куріння належить до провідних чинників ризику саме ЗН губи [10].

З іншого боку, як видно на рис. 1, рівні первинної захворюваності на рак губи в Івано-Франківській області (яка характеризується дещо молодшим за складом населенням на тлі інших областей України) впродовж аналізованого періоду часу залишалися дещо нижчими, ніж в державі загалом. Застосування прямого методу стандартизації (за середньоукраїнським віковим стандартом) показало, що якби населення Івано-Франківської області за віковою структурою було б таким, як в Україні (дані 2015 р.), то первинна

захворюваність на рак губи була б все одно нижчою (1,1 і 1,7 на 100 тис. населення).

На відміну від раку губи стосовно захворюваності на ЗН ротової порожнини (РП) за цей же період часу (рис. 1) встановлено протилежну тенденцію – до зростання її рівнів: в Україні на 7,8% (з 5,1 до 5,5 випадку на 100 тис. населення) і ще інтенсивніше в Івано-Франківській області – на 25,0% (з 4,0 до 5,0 на 100 тис. населення). При цьому рівні первинної захворюваності на ЗН РП на Прикарпатті у 2016 р. залишалися все ще нижчими, ніж в Україні. Аналіз стандартизованих показників показав, що вирівнювання вікової структури населення Івано-Франківської області до середньодержавного рівня незначно вплинуло на зміну співвідношень інтенсивних показників (4,6 проти 5,9 на 100 тис. населення).



**Рис. 1.** Показники первинної захворюваності на рак губи і ротової порожнини в Україні та Івано-Франківській області за 2007–2016 рр.

Тобто на встановлені різниці грубих показників первинної захворюваності на ЗН губи і ротової порожнини відмінності у віковій структурі населення впливають мало, а отже треба шукати інші вагомі чинники.

Подібно до коефіцієнтів захворюваності рівні смертності від ЗН губи (рис. 2) також були суттєво нижчими від аналогічних показників при ЗН РП і демонстрували приблизно такі ж, як при первинній захворюваності, тенденції за останні десять років.

Так, смертність від раку губи в Україні також дещо знизилась (з 0,5 до 0,3 на 100 тис. населення впродовж 2007–2016 рр.), а в Івано-Франківській області – коливалась із різною інтенсивністю в межах 0,1–0,6 випадку на 100 тис. населення, демонструючи загалом стабільний тренд і вирівнювання показників за останні

п'ять років до загальнодержавних значень. Застосування методу стандартизації не змінило співвідношення між порівнюваними показниками України та Івано-Франківської області (по 0,3 на 100 тис. населення).

Рівні смертності від раку РП (рис. 2), як і при первинній захворюваності, за цей же період часу на Прикарпатті зазвичай були нижчими (2,1–3,7 на 100 тис. населення), ніж в Україні в цілому (3,5–4,0 на 100 тис. населення), проте демонстрували дещо стрімкішу лінію тренду, а отже можливий прогноз до зростання. Стандартизовані за віком показники вказують, що за умови однакової із загальноукраїнською віковою структури населення, рівні смертності все одно залишалися б нижчими (по 3,3 проти 3,8 на 100 тис. населення).



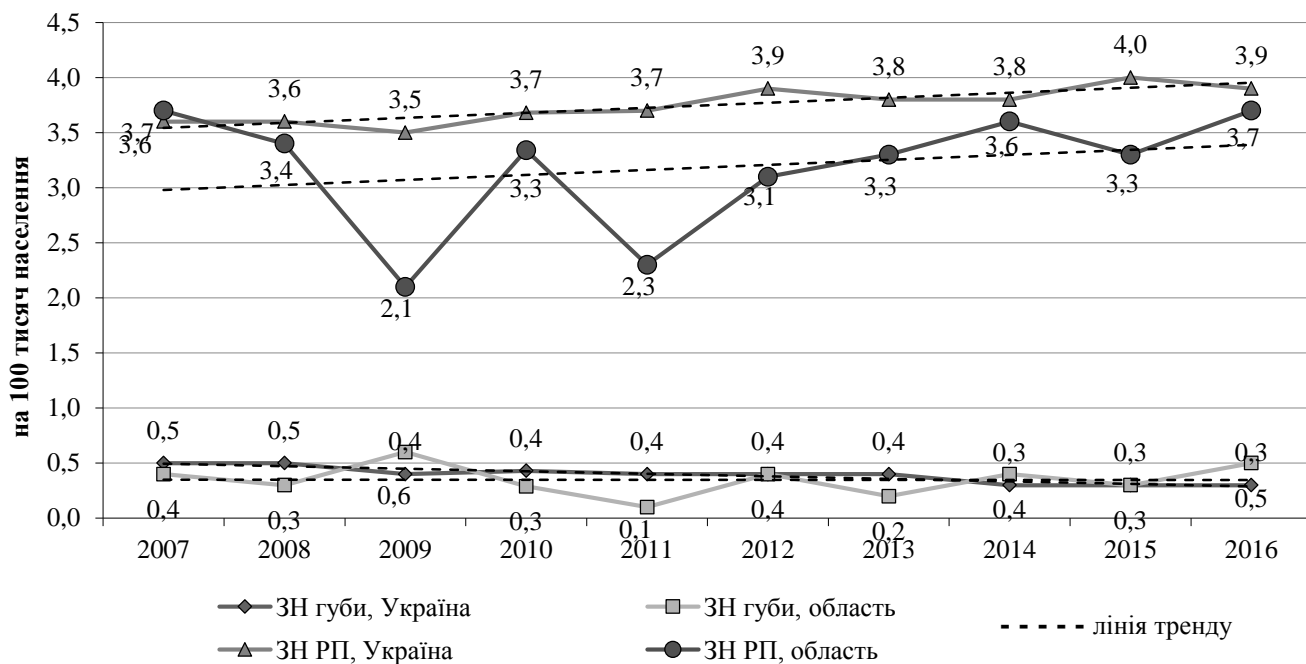


Рис. 2. Показники смертності від раку губи і ротової порожнини в Україні та Івано-Франківській області за 2007–2016 рр.

Кардинально протилежне співвідношення за рівнями коефіцієнтів встановлено при аналізі контингентів хворих на ЗН губи і РП (рис. 3). Як бачимо, на відміну від попередньо аналізованих показників, поширеність раку губи виявилась вищою, ніж раку порожнини рота, хоча тренди коефіцієнтів – подібні. Зокрема, поширеність ЗН губи за досліджуваний період часу мала виражену тенденцію до зниження: на 35,3% (з 53,2 до 34,4 на 100 тис. населення за 2007–2016 рр.) в державі в цілому і на 36,8% (з 38,9 до 24,6 на 100 тис. населення відповідно) в Івано-Франківській області. Можливо, що уже показані низькі, порівняно із загальнодержавними, рівні регіональної захворюваності (рис. 1) на тлі майже однакових рівнів смертності (рис. 2),

спричинили й нижчі рівні контингентів хворих на ЗН губи на Прикарпатті (рис. 3).

Очевидно, ті ж процеси вплинули й на те, що, попри високу захворюваність, висока смертність (тобто неживання хворих) призвела до низьких, порівняно із раком губи, рівнів поширеності ЗН ротової порожнини. При цьому контингенти хворих на рак РП за аналізований період часу в Україні збільшились на 23,5% (з 19,6 до 24,2 на 100 тис. населення за 2007–2016 рр.), а в Івано-Франківській області на 17,0% (з 14,1 до 16,5 на 100 тис. населення), залишаючись все ще нижчими, ніж у державі загалом.

Слід зазначити, що від раку як губи, так і ротової порожнини чоловіки потерпають у декілька разів частіше, ніж жінки (таблиця).

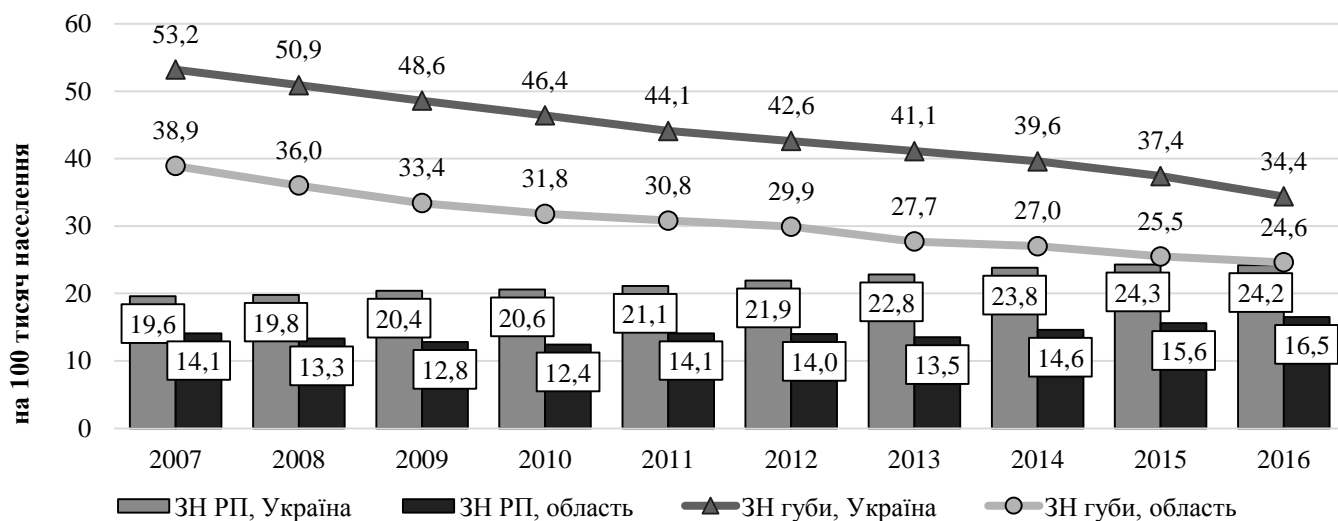


Рис. 3. Показники контингентів хворих на рак губи і ротової порожнини в Україні та Івано-Франківській області за 2007–2016 рр.

Таблиця

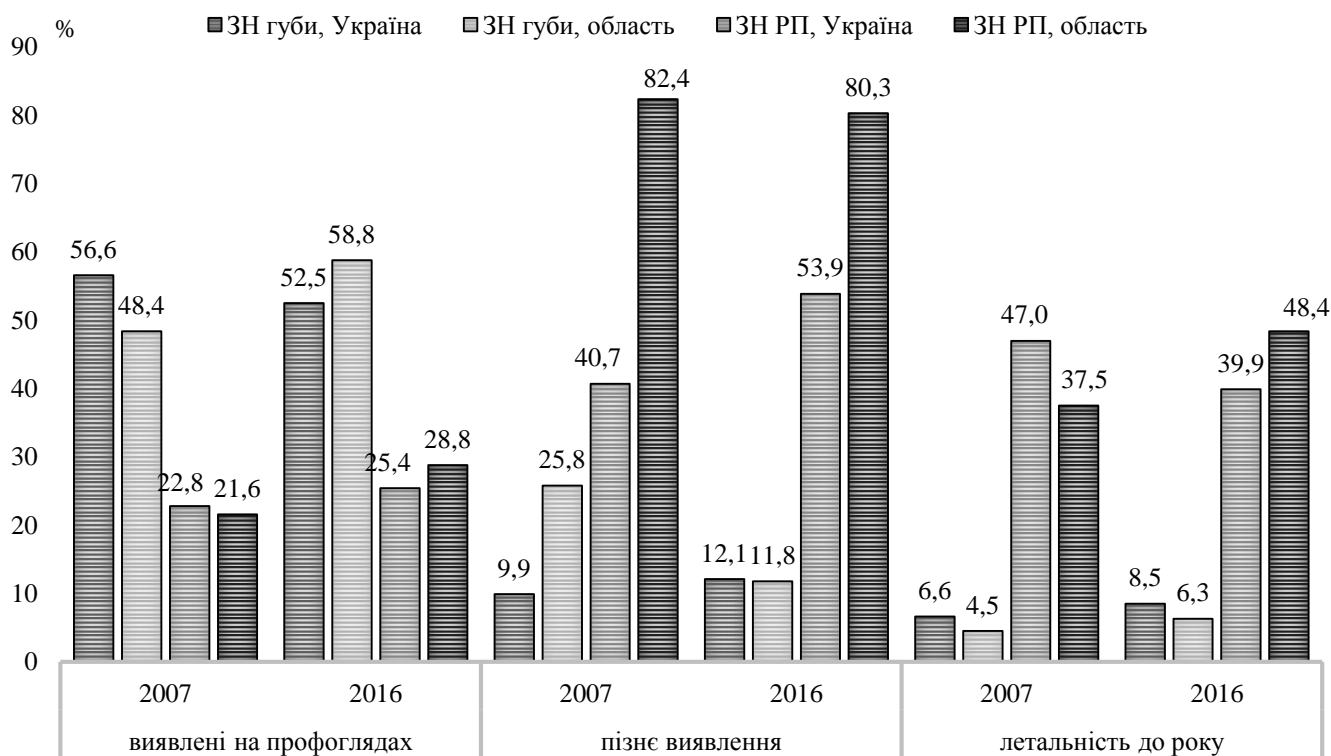
**Показники захворюваності, смертності та контингентів хворих на рак губи і ротової порожнини серед чоловічого і жіночого населення України за 2016 р. (на 100 тис. відповідного населення)**

Населення	Захворюваність		Смертність		Контингенти хворих	
	ЗН губи	ЗН РП	ЗН губи	ЗН РП	ЗН губи	ЗН РП
Чоловіче	2,5	9,2	0,6	7,0	55,9	32,9
Жіноче	0,9	2,3	0,1	1,2	15,8	16,7

Як уже підкреслювалось, і рак губи, і рак ротової порожнини належать до візуальних форм злоякісних новоутворень, а тому для виявлення можливих причин виявлених вище особливостей співвідношень та трендів оцінюваних коефіцієнтів, важливо проаналізувати індикатори якості профілактичної роботи медичних закладів, до яких відносяться показники занедбаності (виявлення ЗН на III–IV стадії і летальність до року з моменту діагностики захворювання), а також питома вага первинних випадків, виявлених під час профоглядів.

За допомогою кореляційно-регресійного аналізу доведено, що між останнім показником і показниками занедбаності існує сильний зворотній зв'язок: чим вище охоплення профілактичними оглядами, тим нижчою є частота пізніх стадій раку ( $r_{xy} = -0,97$ ,  $p < 0,05$ ) і летальності до року ( $-0,99$ ). При цьому між двома показниками занедбаності існує сильний прямий зв'язок ( $0,98$ ).

Як видно на рис. 4, у цьому плані краща ситуація і динаміка характерна для показників ранньої діагностики при ЗН губи.



**Рис. 4.** Показники частоти виявлення злоякісного новоутворення губи і ротової порожнини під час профілактичних оглядів, питомої ваги виявлених випадків на III–IV стадіях і летальності до року з моменту діагностики в Україні та Івано-Франківській області у 2007 і 2016 рр.

Впродовж досліджуваного періоду часу більше половини первинних випадків при цій локалізації в Україні виявлялись при профілактичних оглядах (56,6% і 52,5% за 2007 і 2016 р. відповідно). Однак цього все ще недостатньо, оскільки показники занедбаності, хоч і були невисокими, але й не демонстрували позитивної динаміки як за пізнім виявленням (9,9% та 12,1%), так і за летальністю до року (6,6% та 8,5%).

В Івано-Франківській області (рис. 4) збільшення частки випадків раку губи, виявлених в ході профілактичних оглядів (з 48,4% до 58,8%), супроводжувалось зниженням питомої ваги III–IV стадій при цьому (з 25,8% до 11,8%), але летальність до року при цьому зросла (з 4,5% до 6,3%).

Водночас, украї несприятливо виглядає стан справ із раннім виявленням раку ротової порожнини. Відсоток

виявлених при профілактичних оглядах, хоча й зріс, як в Україні (з 22,8 до 25,4% впродовж 2007–2016 рр.), так і на Прикарпатті (з 21,6% до 28,8% відповідно), проте рівні його залишалися низькими. Як наслідок, утримувались високими та демонстрували негативну динаміку показники занедбаності: половину випадків ЗН РП в Україні загалом (40,7% у 2007 р. і 53,7% в 2016 р.) та понад дві третини на Прикарпатті (82,4% і 80,3%) традиційно виявляли на пізніх стадіях; близько 40% з числа вперше виявлених хворих на рак РП в Україні (47,0% і 39,9%) та в Івано-Франківській області (37,5% і 48,4%) не доживали і одного року після діагностики патології.

### Висновки

Тренди десятирічної динаміки і рівнів показників захворюваності та смертності від раку губи в Україні (зниження первинної захворюваності і смертності, зростання патологічної ураженості, зменшення частки запізнілої діагностики та летальності до року) доводять ефективність та доцільність профілактичних заходів на державному рівні (ратифікації та реалізації Рамкової Конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну у 2006 р., Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями) і в закладах охорони здоров'я (через охоплення населення профілактичними оглядами).

Виявлено загрозову епідеміологічну ситуацію щодо раку ротової порожнини, яка характеризується зростанням первинної захворюваності населення України, у половині випадків за рахунок занедбаних стадій. Це призводить до низького виживання (понад 40% помирають впродовж року) і зростання смертності населення, головним чином чоловічого.

Встановлено, що в Івано-Франківській області тренди та рівні абсолютної більшості розглянутих показників гірші, ніж в Україні загалом.

Доведено, що між показником частоти виявлення злоякісних новоутворень під час профілактичних оглядів і показниками занедбаності існує сильний зворотній достовірний зв'язок ( $r_{xy} = -0,97-0,99$ ), що підтверджує вагомість впливу профілактичних медико-організаційних технологій на раннє виявлення візуальних форм раку.

Отримані результати вказують на нагальну потребу розробки та впровадження програми профілактики раку ротової порожнини на державному та регіональному рівнях.

**Перспективи подальших досліджень** полягатимуть в поглибленому вивченні медико-організаційних причин пізнього виявлення раку ротової порожнини як наукового підґрунтя розробки ефективних заходів профілактики.

### Література

1. Використання показника виживаності як критерію оцінки якості онкологічної допомоги населенню [Електронний ресурс] / І. Б. Щепотін, З. П. Федоренко, Л. О. Гулак [та ін.] // Клиническая онкология. – 2013. – № 4 (12). – Режим доступу : <http://www.clinicaloncology.com.ua/article/10340/vikoristannya-pokaznika-vizhivanosti-yak-kriteriyu-ocinki-yakosti-onkologichnoi-dopomogi-naselennyu>. – Назва з екрана.
2. Думанський Ю. В. Дорічна летальність хворих на злоякісні новоутворення / Ю. В. Думанський, Г. К. Северин // Вісник соціальної гігієни і організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 1 (59). – С. 59–64.
3. Заява Верховної Ради України з нагоди 10-річчя ратифікації Україною Рамкової Конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну, 13 квітня 2016 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1087-19>. – Назва з екрана.
4. Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року : Закон України від 23.12.2009 р. № 1794-VI. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1794-17>. – Назва з екрана.
5. Про систему онкологічної допомоги населенню України : наказ МОЗ України від 01.10.2013 р. № 845 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0077-14>. – Назва з екрана.
6. Рак в Україні : бюлетень Національного канцер-реєстру України № 9–18 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ncru.inf.ua/publications/index.htm>. – Назва з екрана.
7. *Epidemiological characterization of oral cancer. Literature review* [Electronic resource] / A. Fernández, P. Córdova, O. Badenier [et al.] // J. of Oral Research. – 2015. – Access mode : <http://joralres.com/index.php/JOR/article/viewFile/joralres.2015.027/150>. – Title from screen.
8. *Feller L. Oral Squamous Cell Carcinoma: Epidemiology, Clinical Presentation and Treatment* / L. Feller, J. Lemmer // J. of Cancer Therapy. – 2012. – № 3. – P. 263–268.
9. *Glick M. Defining oral health: A prerequisite for any health policy* / M. Glick, D. M. Meyer // JADA. – 2014. – Vol. 145, issue 6. – P. 519–520.
10. *Global Cancer Facts & Figures* [Electronic resource]. – 2<sup>nd</sup> Edition WHO / American Cancer Society. – 2011. – 60 p. – Access mode: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/%40epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-027766.pdf>. – Title from screen.
11. *Oral cancer incidence statistics* [Electronic resource] / Cancer Research UK. – Access mode: <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/oral-cancer/incidence>. – Title from screen.

12. Yamamoto N. Epidemiological of oral cancer [Electronic resource] / N. Yamamoto, T. Shibachara // Oral Cancer: Diagnosis and Therapy. – 2015. – Access mode : [https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-4-431-54938-3\\_1#page-1](https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-4-431-54938-3_1#page-1). – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.04.2017 р.

**Анализ заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований губы и ротовой полости в Украине и Ивано-Франковской области за 2007–2016 гг.**

*О.З. Децик, И.В. Рудко*

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

**Цель** – изучить десятилетние тренды заболеваемости и смертности вследствие злокачественных новообразований губы и ротовой полости в Украине и Ивано-Франковской области.

**Материалы и методы.** Проанализирована база данных Национального канцер-регистра Украины. Использованы методы: эпидемиологический, медико-статистический.

**Результаты.** Выявлена угрожающая эпидемиологическая ситуация по раку ротовой полости вследствие роста заболеваемости, в половине случаев за счет запущенных стадий болезни. Это приводит к низкой выживаемости (свыше 40% умирают на протяжении года) и к росту смертности населения, главным образом мужского. Доказана взаимосвязь между профилактическими технологиями, ранним выявлением и уровнями выживаемости онкологических больных.

**Выводы.** Необходимо разработать и внедрить программу профилактики рака ротовой полости на государственном и региональном уровнях.

**Ключевые слова:** рак губы и ротовой полости, эпидемиология, профилактика.

**Analysis of morbidity and mortality from lip and oral cancer in Ukraine and Ivano-Frankivsk region for the 2007–2016**

*O.Z. Detsyk, I.V. Rudko*

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

**Purpose** – to study the ten trends of morbidity and mortality due to lip and oral cancer in Ukraine and Ivano-Frankivsk region.

**Materials and methods.** It was analyzed the database of the National Cancer Registry of Ukraine. Epidemiological and medical-and-statistical methods were used.

**Results.** The threatening epidemiological situation regarding oral cancer have revealed because of increased incidence rates, in half of cases due to abandoned stages of the disease. This leads to low survival (more than 40% die within a year) and increased death rates, mainly among the male. The relationship between prevention technologies, early detection and survival of cancer patients have proved.

**Conclusions.** It is necessary to develop and implement a program of oral cancer prevention at the national and regional levels.

**Key words:** lip and oral cancer, epidemiology, prevention.

**Відомості про авторів**

**Децик Оррина Зенонівна** – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»; вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76018, Україна.

**Рудко Ігор Васильович** – асистент кафедри стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»; вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76018, Україна.

УДК 314.4:311.4:316.4

С.В. Дудник

## Тенденції динаміки деяких демографічних показників за 2014–2016 рр.

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

**Мета** – вивчити, проаналізувати та визначити тенденції загального коефіцієнта смертності, народжуваності та середньої очікуваної тривалості життя при народженні в Україні та за її регіонами у 2014–2016 рр.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено на підставі даних Державного комітету статистики України за період 2014–2016 рр. У роботі використано бібліосемантичний, аналітичний, статистичний методи, метод порівняльного аналізу.

**Результати та висновки.** Виявлено сучасні тенденції загального коефіцієнта смертності, народжуваності та середньої очікуваної тривалості життя в Україні та її регіонах, встановлено загальні причини виникнення та розвитку негативних тенденцій в динаміці демографічних показників у регіонах України.

**Ключові слова:** смертність населення, показник народжуваності, середня очікувана тривалість життя при народженні, тенденції демографічних показників.

### Вступ

Індикатором та інтегральним показником суспільного розвитку країни, відображенням її соціально-економічного стану та особистого стану населення є демографічна ситуація, яка супроводжується процесами скорочення чисельності населення, високим рівнем смертності особливо у працездатному віці, скорочення народжуваності та очікуваної тривалості життя населення при народженні, постарінням населення, збільшенням демографічного навантаження.

Сучасні процеси глибоких економічних та соціальних зрушень у країні призводять до численних змін в соціально-економічних відносинах, соціальному розшаруванні населення, що тягне за собою зміни в поведінці людей, їх ставленні до власного здоров'я та життя в цілому, і як слід призводять до численних демографічних змін у державі.

Вивчення сучасних тенденцій демографічних процесів і причинно-наслідкових зв'язків демографічних процесів з іншими суспільними процесами, дозволяють визначити майбутні прогностичні тенденції та розробити і вжити заходів щодо виправлення або стабілізації демографічної ситуації як на загальноукраїнському, так і регіональному рівнях [1–5].

**Мета роботи** – вивчити, проаналізувати та визначити тенденції загального коефіцієнта смертності, народжуваності та середньої очікуваної тривалості життя при народженні за період 2014–2016 рр.

### Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали дані Державної статистики за 2014–2016 рр. При виконанні роботи використано бібліосемантичний, аналітичний, статистичний методи, метод порівняльного аналізу.

Аналіз динаміки показників здійснювався без урахування тимчасово окупованої території Автономної

Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції, здійснення розрахунків по Донецькій та Луганській областях є некоректними у зв'язку з відсутністю інформації з частини зони проведення антитерористичної операції.

### Результати дослідження та їх обговорення

Проаналізовано загальний коефіцієнт смертності на 1000 осіб наявного населення. За попередніми даними, у 2016 р. загальний коефіцієнт смертності в Україні мав тенденцію до скорочення на 1,34% порівняно з попереднім 2015 роком. У переважній більшості областей спостерігається аналогічна тенденція до зниження регіональних рівнів смертності відносно 2015 р., за винятком 4 областей України, де відбулось зростання вищезазначеного показника: у Запорізькій області (на 1,26%), у Кіровоградській області (на 1,20%), у Полтавській області (на 0,59%), у Черкаській області (на 1,23%), та 2 областей, де регіональний показник смертності у 2016 р. залишився на рівні 2015 р., тобто без змін: у Харківській області (15,6 на 1000 осіб наявного населення) та м. Київ (10,5).

У 14 областях України сформовано регіональний рівень смертності, що вище за загальноукраїнський рівень смертності (14,7 на 1000 осіб наявного населення), а саме: у Вінницькій області (15,4 на 1000 осіб наявного населення), у Дніпропетровській області (16,4), у Житомирській області (16,2), у Запорізькій області (16,1), у Київській області (16,3%), у Миколаївській області (15,1), Полтавській області (17,1), у Сумській області (16,9), у Харківській області (15,6), у Херсонській області (15,5), у Хмельницькій області (15,5), у Черкаській області (16,4), у Чернігівській області (18,5). У 9 регіонах України регіональні рівні смертності нижчі за загальноукраїнський показник смертності (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка загального коефіцієнта смертності, 2015–2016 рр., на 1000 осіб наявного населення

Адміністративна територія	Загальний коефіцієнт смертності на 1000 осіб наявного населення		Аналіз змін загального коефіцієнта смертності на 1 тис. осіб (2016 р. відносно 2015 р.)
	січень – листопад 2015 р.	січень – листопад 2016 р. <sup>1</sup>	
Україна	14,9 <sup>2</sup>	14,7 <sup>2</sup>	зниження на 1,34%
Автономна Республіка Крим	-	-	-
Вінницька	15,9	15,4	зниження на 3,14%
Волинська	13,2	12,9	зниження на 2,27%
Дніпропетровська	16,5	16,4	зниження на 0,6%
Донецька	_ <sup>3</sup>	_ <sup>3</sup>	_ <sup>3</sup>
Житомирська	16,7	16,2	зниження на 2,99%
Закарпатська	12,3	12,2	зниження на 0,8%
Запорізька	15,9	16,1	<b>зростання на 1,26%</b>
Івано-Франківська	12,8	12,5	зниження на 2,34%
Київська	16,4	16,3	зниження на 0,61%
Кіровоградська	16,6	16,8	<b>зростання на 1,20%</b>
Луганська	_ <sup>3</sup>	_ <sup>3</sup>	_ <sup>3</sup>
Львівська	13,0	12,7	зниження на 2,31%
Миколаївська	15,4	15,1	зниження на 1,94%
Одеська	14,4	14,1	зниження на 2,1%
Полтавська	17,0	17,1	<b>зростання на 0,59%</b>
Рівненська	12,7	12,5	зниження на 1,57%
Сумська	17,0	16,9	зниження на 0,59%
Тернопільська	14,3	14,1	зниження на 1,4%
Харківська	15,6	15,6	не змінився
Херсонська	15,6	15,5	зниження на 0,64%
Хмельницька	15,8	15,5	зниження на 1,89%
Черкаська	16,2	16,4	<b>зростання на 1,23%</b>
Чернівецька	12,9	12,7	зниження на 1,55%
Чернігівська	19,0	18,5	зниження на 2,63%
м. Київ	10,5	10,5	не змінився
м. Севастополь	-	-	-

Примітки (тут і далі): <sup>1</sup> – дані попередні; <sup>2</sup> – без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції; <sup>3</sup> – здійснення розрахунків по Донецькій та Луганській областях є некоректним у зв'язку з відсутністю інформації з частини зони проведення антитерористичної операції.

Таким чином, за аналізований період спостерігається скорочення як загальноукраїнського загального коефіцієнта смертності населення так і переважної більшості загальних регіональних рівнів смертності, за винятком Запорізької, Кіровоградської, Полтавської та Черкаської областей, в яких відбулось зростання загальних регіональних показників смертності у 2016 р. відносно 2015 р., у Харківській та м. Київ показник залишився без змін. В 14 областях України регіональні рівні смертності вищі за загальноукраїнський показник смертності населення. Найвищі регіональні показники смертності сформовано у Чернігівській, Полтавській та Кіровоградській областях.

Далі вивчено та проаналізовано середню очікувану тривалість життя при народженні. В 2015 р.

загальноукраїнський показник середньої очікуваної тривалості життя при народженні (СОТЖ) мав тенденцію до зростання відносно 2014 р. на 0,01% і склав 71,38 року. Лише в 9 областях країни регіональні показники СОТЖ при народженні в 2015 р. були вищими за вищезазначений загальноукраїнський (у Вінницькій, Волинській, Івано-Франківській, Львівській, Тернопільській, Хмельницькій, Черкаській, Чернігівській областях та м. Київ), тоді як в 14 регіонах спостерігається нижчий за загальноукраїнський показник СОТЖ при народженні.

Найвищі показники СОТЖ при народженні в 2015 р. сформовано у м. Київ (74,00 року), Львівській області (73,33 року), Івано-Франківській області (73,18 року).

У 2015 р. в 6 областях України відбулось зниження регіональних показників СОТЖ при народженні (у Дніпропетровській області на 0,07%, або 0,05 року, у Закарпатській області на 0,70%, або 0,5 року, у Запорізькій області на 0,18%, або 0,13 року, у Київській

області на 0,02%, або 0,02 року, у Херсонській області на 0,11%, або 0,08 року, у Чернівецькій області на 0,3%, або 0,22 року, в решті 17 регіонів спостерігається тенденція до зростання показників СОТЖ при народженні (табл. 2).

Таблиця 2

## Динаміка середньої очікуваної тривалості життя при народженні, (2014–2015 рр.), років

Адміністративна територія	Середня очікувана тривалість життя при народженні, років		Аналіз змін показника середньої очікуваної тривалості життя при народженні (2015 р. відносно 2014 р.)
	2014 р.	2015 р.	
Україна	71,37 <sup>2</sup>	71,38 <sup>1</sup>	зростання на 0,01% (на 0,01 року)
Автономна Республіка Крим	-	-	-
Вінницька	71,93	72,01	зростання на 0,11% (на 0,08 року)
Волинська	71,35	71,51	зростання на 0,22% (0,16 року)
Дніпропетровська	69,97	69,92	<b>зниження на 0,07% (на 0,05 року)</b>
Донецька	<sub>3</sub>	<sub>3</sub>	<sub>3</sub>
Житомирська	69,31	69,61	зростання на 0,43% (на 0,3 року)
Закарпатська	71,16	70,66	<b>зниження на 0,70% (на 0,5 року)</b>
Запорізька	71,20	71,07	<b>зниження на 0,18% (на 0,13 року)</b>
Івано-Франківська	73,08	73,18	зростання на 0,14% (на 0,1 року)
Київська	70,01	69,99	<b>зниження на 0,02% (на 0,02 року)</b>
Кіровоградська	69,61	70,27	зростання на 0,34% (на 0,66 року)
Луганська	<sub>3</sub>	<sub>3</sub>	<sub>3</sub>
Львівська	73,08	73,33	зростання на 0,34% (на 0,25 року)
Миколаївська	69,96	70,32	зростання на 0,51% (на 0,36 року)
Одеська	70,33	70,36	зростання на 0,04% (на 0,03 року)
Полтавська	70,89	71,22	зростання на 0,47% (на 0,33 року)
Рівненська	71,16	71,35	зростання на 0,26% (на 0,19 року)
Сумська	71,15	71,23	зростання на 0,11% (на 0,08 року)
Тернопільська	73,23	73,35	зростання на 0,16% (на 0,12 року)
Харківська	71,11	71,15	зростання на 0,05% (на 0,04 року)
Херсонська	70,03	69,95	<b>зниження на 0,11% (на 0,08 року)</b>
Хмельницька	71,73	71,77	зростання на 0,89% (на 0,04 року)
Черкаська	71,46	72,04	зростання на 0,81% (на 0,58 року)
Чернівецька	73,18	72,96	<b>зниження на 0,3% (на 0,22 року)</b>
Чернігівська	70,05	70,23	зростання на 0,25% (на 0,18 року)
м. Київ	73,74	74,00	зростання на 0,35% (на 0,26 року)
м. Севастополь	-	-	-

Таким чином, у 2015 р. регіональні показники СОТЖ при народженні в переважній більшості областей (в 17 областях) мали тенденцію до зростання відносно 2014 р., в 6 регіонах була відзначена тенденція до скорочення регіональних показників СОТЖ при народженні (у Дніпропетровській, у Закарпатській, у Запорізькій, у Київській, у Херсонській, у Чернівецькій областях).

За результатами аналізу кількості живонароджених на 1000 осіб наявного населення (%) встановлено, що за попередніми даними в 2016 р. спостерігається тенденція до скорочення кількості народжень в Україні на 4,67% з 10,7 на 1000 осіб наявного населення в 2015 році до 10,2

на 1000 осіб наявного населення в 2016 р. У всіх областях України, за винятком м. Київ, відбулось зниження рівня показників народжуваності.

У 2016 р. в 10 регіонах країни показники кількості народжень вищі та в 13 областях нижчі за загальноукраїнський показник народжуваності. Найвищі показники зафіксовані у Рівненській області (13,5 на 1000 осіб наявного населення), у Закарпатській області (12,7), у Волинській області (12,5), у м. Київ (12,5). Найнижчий рівень народжуваності спостерігається у Сумській області (8,0 на 1000 осіб наявного населення), (табл. 3).

Таблиця 3

Динаміка кількості живонароджених (2015–2016 рр.), на 1000 наявного населення

Адміністративна територія	Доступність та якість послуг у сфері охорони здоров'я		
	кількість живонароджених на 1000 осіб наявного населення (%)		аналіз змін показника народжуваності за регіонами країни (2016 р. відносно 2015 р.)
	2015 р.	2016 р. <sup>1</sup>	
Україна	10,7 <sup>2</sup>	10,2 <sup>2</sup>	зниження на 4,67%
Автономна Республіка Крим	-	-	-
Вінницька	10,2	9,6	зниження на 5,88%
Волинська	12,8	12,5	зниження на 2,34%
Дніпропетровська	10,2	9,6	зниження на 5,88%
Донецька	_3	_3	_3
Житомирська	11,0	10,5	зниження на 4,54%
Закарпатська	13,3	12,7	зниження на 4,51%
Запорізька	9,4	9,0	зниження на 4,25%
Івано-Франківська	11,3	10,6	зниження на 6,19%
Київська	11,7	11,0	зниження на 5,98%
Кіровоградська	9,7	9,1	зниження на 6,18%
Луганська	_3	_3	_3
Львівська	11,0	10,7	зниження на 2,72%
Миколаївська	9,9	9,3	зниження на 6,06%
Одеська	11,5	11,1	зниження на 3,48%
Полтавська	9,3	8,7	зниження на 6,45%
Рівненська	13,9	13,5	зниження на 2,88%
Сумська	8,8	8,0	зниження на 9,09%
Тернопільська	10,1	9,4	зниження на 6,93%
Харківська	9,2	8,9	зниження на 3,26%
Херсонська	10,7	10,2	зниження на 4,67%
Хмельницька	10,6	9,9	зниження на 6,60%
Черкаська	9,2	8,6	зниження на 6,52%
Чернівецька	11,7	11,3	зниження на 3,41%
Чернігівська	8,7	8,2	зниження на 5,74%
м. Київ	12,3	12,5	зростання на 1,62%
м. Севастополь	-	-	-

Таким чином, за попередніми даними у 2016 р. спостерігається зниження як загальноукраїнського рівня народжуваності, так і регіональних рівнів народжуваності у всіх областях країни, за винятком м. Києва.

### Висновки

За результатами аналізу динаміки деяких демографічних показників встановлено, що незважаючи на певну регіональну диференціацію аналізованих регіональних показників, переважна більшість регіонів мають схожі тенденції в динаміці показників, що підлягали вивченню, при цьому кожний з регіонів має схожі причини виникнення та розвитку негативних тенденцій за визначеними показниками, які виникають внаслідок передчасної смертності населення, в тому числі

високого рівня смертності осіб у працездатному віці та дитячої смертності, старіння населення, нерівності у доступі до послуг охорони здоров'я, в тому числі у галузі охорони репродуктивного здоров'я, а також охорони здоров'я матері і дитини, відсутності або зниженню певних державних соціальних стандартів, соціально-економічної нестабільності, впливу екологічних ризиків, недосконалості профілактичних протиепідемічних заходів, недосконалості у функціонуванні профілактичної складової в галузі охорони здоров'я, особливо на рівні первинної ланки, обмеженості ресурсів закладів охорони здоров'я, недостатній кваліфікації медичних кадрів первинної ланки, низького рівня санітарно-гігієнічної культури населення, відсутності культури піклування про власне здоров'я, недостатнього впровадження механізмів системи громадського здоров'я.



**Перспективи подальших досліджень** полягають у пошуку комплексного підходу до вирішення проблем, що викликають негативні демографічні зрушення з

урахуванням численних проблем соціально-економічної сфери та сучасних демографічних реалій.

## Література

1. *Levels and trends in child mortality : report 2015* [Electronic resource] / Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. – New York : United Nations Children's Fund; 2014. – Access mode : [http://www.childmortality.org/files\\_v20/download/IGME%20Report%202015\\_9\\_3%20LR%20Web.pdf](http://www.childmortality.org/files_v20/download/IGME%20Report%202015_9_3%20LR%20Web.pdf). – Title from screen.
2. *Causes of deaths among children under 5 years, 2015* [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2015. – Access mode : [http://www.who.int/gho/child\\_health/mortality/causes/en/](http://www.who.int/gho/child_health/mortality/causes/en/). – Title from screen.
3. *Global Health Observatory (GHO) data, country statistics* [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2016. – Access mode : <http://www.who.int/gho/countries/en/>. – Title from screen.
4. *European shortlist for causes of death, 2012* [Electronic resource]. – Luxembourg : Eurostat, 2016. – Access mode : [http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=LST\\_NOM\\_DTL&StrNom=COD\\_2012&StrLanguageCode=EN&IntPcKey=&StrLayoutCode=HIERARCHIC](http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=LST_NOM_DTL&StrNom=COD_2012&StrLanguageCode=EN&IntPcKey=&StrLayoutCode=HIERARCHIC). – Title from screen.
5. *Revision of the European Standard Population : report of Eurostat's task force* / M. Pace, G. Lanzieri, M. Glickman [et al.]. – Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2013. – Access mode : <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 30.03.2017 р.

## Тенденции динамики некоторых демографических показателей за период 2014–2016 гг.

*С.В. Дудник*

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

**Цель** – изучить, проанализировать и определить тенденции общего коэффициента смертности, рождаемости и средней ожидаемой продолжительности жизни в Украине и её регионах за период 2014–2016 гг.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на основе данных Государственного комитета статистики Украины за период 2014–2016 гг. В работе использованы: библиосемантический, аналитический, статистический методы, метод сравнительного анализа.

**Результаты и выводы.** Выявлены современные тенденции общего коэффициента смертности, рождаемости и средней ожидаемой продолжительности жизни в Украине и её регионах, установлены общие причины возникновения и развития негативных тенденций в динамике демографических показателей в регионах Украины.

**Ключевые слова:** смертность населения, показатель рождаемости, средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, тенденции демографических показателей.

## Tendencies of the dynamics of some demographic indicators for the period 2014–2016

*S.V. Dudnyk*

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

**Purpose** – to examine, analyze and determine tendencies of general mortality rate of the population, birth rate, average life expectancy at birth in Ukraine and its' regions for the period 2014–2016.

**Materials and methods.** Statistical data of the State Statistics Committee of Ukraine for the period 2014–2016. The following methods were used: bibliosemantic, analytical, statistical methods, method of comparative analysis.

**Results and conclusions.** During the study were identified current tendencies of the general mortality rate of the population, birth rate, average life expectancy at birth in Ukraine and its' regions and the general reasons of the emergence and development of negative trends in the dynamics of demographic indicators in the regions of Ukraine were established.

**Key words:** general mortality rate of the population, birth rate, average life expectancy at birth, tendencies of demographic rates.

## Відомості про автора

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

УДК 614.2:002.001.57:340.13(477)

В.О. Жаховський<sup>1</sup>, В.Г.Лівінський<sup>1</sup>, М.В. Кудренко<sup>2</sup>, Г.О. Слабкий<sup>3</sup>, І.П. Мельник<sup>4</sup>

## Нормативно-правові засади, стан та перспективи формування моделі єдиного медичного простору в Україні

<sup>1</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

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

<sup>3</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

<sup>4</sup>Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону, м. Вінниця, Україна

**Мета** – вивчити та проаналізувати нормативно-правові засади формування єдиного медичного простору та його значення для визначення перспективних шляхів реформування вітчизняної системи охорони здоров'я.

**Матеріали та методи.** Об'єкт дослідження – система охорони здоров'я на мирний і воєнний час. Предмет – медичне забезпечення військовослужбовців і цивільного населення. Методи дослідження – аналітичний, бібліографічний, системного підходу.

**Результати.** Опрацювання перспективних шляхів реформування вітчизняної охорони здоров'я супроводжується пошуками нових організаційних підходів щодо раціонального та ефективного використання наявних медичних ресурсів та їх науковим обґрунтуванням.

**Висновки.** Єдиний медичний простір слід розглядати як спільне ефективне та раціональне використання можливостей закладів охорони здоров'я всіх форм власності та підпорядкованості, розташованих на визначених територіях, для забезпечення рівного доступу всіх громадян у межах всієї країни до фінансованої державою медичної допомоги.

**Ключові слова:** охорона здоров'я, медична допомога, єдиний медичний простір.

### Вступ

У статті 49 Конституції України визначені права громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Зокрема зазначається, що «охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм» [9]. Стверджується, що держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, медична допомога у державних і комунальних закладах охорони здоров'я надається безоплатно, а існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Також держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності, дбає про розвиток фізичної культури і спорту та забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя.

Держава формує політику у сфері охорони здоров'я та забезпечує її виконання шляхом реалізації положень Конституції та законів України щодо створення безпечних умов життя та праці громадян, надання якісної медичної допомоги та запровадження ефективних механізмів фінансування і управління системою охорони здоров'я.

Виконання зазначених функцій держави під час дії особливого періоду, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій потребує об'єднання спроможностей і зусиль медичних служб Збройних Сил України (ЗС України), інших військових формувань, а також системи охорони здоров'я цивільного населення на засадах єдиного медичного простору.

На виконання положень законів України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [13] та «Про екстрену медичну допомогу» [17] з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні в Україні сформовано мережу державних і комунальних закладів охорони здоров'я. Основним їх завданням є надання населенню України доступної, безоплатної, своєчасної та якісної медичної допомоги відповідно до законодавства, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.

На цей час деякі центральні органи виконавчої влади, зокрема Міністерство оборони України (МО України) та інші військові формування, також мають у своєму підпорядкуванні заклади охорони здоров'я, які виконують специфічні функції охорони здоров'я окремих категорій громадян України. Для реалізації завдань щодо медичного забезпечення військ сформована відповідна організаційна структура військово-медичної служби, основу якої становлять медичні підрозділи військових частин і з'єднань, мобільні і стаціонарні військово-медичні заклади, комплексу яких достатньо для виконання завдань за призначенням у мирний час.

В особливий період, під час бойового застосування військ, комплект сил і засобів медичної служби має забезпечити надання медичної допомоги безпосередньо на полі бою та в районах бойових дій, проте для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги пораненим, їх тривалого лікування до одужання та медичної реабілітації власних сил і засобів завжди недостатньо. Тому на завершальних етапах

системи лікувально-евакуаційних заходів завжди мало місце використання для лікування поранених (хворих) військовослужбовців мережі цивільних закладів охорони здоров'я. Вітчизняний досвід це підтверджує, так як принципова схема лікувально-евакуаційних заходів у Радянській Армії також передбачала широке використання госпіталів тилу країни для спеціалізованого лікування поранених.

**Мета роботи** – вивчити та проаналізувати нормативно-правові засади формування єдиного медичного простору та його значення для визначення перспективних шляхів реформування вітчизняної системи охорони здоров'я.

### Матеріали та методи

Об'єкт дослідження – система охорони здоров'я на мирний і воєнний час. Предмет – медичне забезпечення військовослужбовців і цивільного населення. Методи дослідження – аналітичний, бібліографічний, системного підходу.

### Результати дослідження та їх обговорення

Термін «єдиний медичний простір» уже тривалий час широко вживається як серед науковців, так і на широкому загалі. Водночас, в українському законодавстві з питань охорони здоров'я та в інших нормативно-правових актах такого поняття і визначення не існує і, як наслідок, чиновники від охорони здоров'я і просто медичні фахівці розуміють цей термін по різному.

Вперше до формування теоретичних засад єдиного медичного простору та їх практичної реалізації в Україні активно приступили у 2010–2012 рр., коли у Прикінцеві та перехідні положення Бюджетного кодексу України було закладено положення щодо ліквідації відомчої медицини в Україні [3]. Передбачалося, що всі заклади охорони здоров'я, що були у підпорядкуванні різних міністерств та відомств, перейдуть у підпорядкування Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ України). З метою опрацювання механізму реалізації зазначеного положення під керівництвом МОЗ України із залученням керівників центральних органів виконавчої влади, які мали у підпорядкуванні відомчі заклади охорони здоров'я, було проведено декілька нарад.

Завдяки вагомій аргументації, твердій і послідовній позиції МО України та інших військових формувань на цих нарадах дійшли до узгодженого рішення щодо необхідності збереження у їх складі військово-медичних служб із підпорядкованими їм закладами охорони здоров'я. Що ж до інших відомчих закладів охорони здоров'я рішення щодо їх передачі залишилося в силі і, як результат, процес їх передачі у підпорядкування місцевих громад або МОЗ України триває до цього часу. Водночас слід зазначити, що як на цих нарадах, так і досі не з'ясовано та не прийнято остаточного рішення, що ж таке єдиний медичний простір – структура чи модель побудови національної системи охорони здоров'я України.

За поглядами науковців [4, 7, 10] та на думку авторів, єдиний медичний простір слід розглядати як один із ключових стандартів у сфері охорони здоров'я, що передбачає забезпечення рівного доступу всіх громадян у межах всієї країни до фінансованої державою медичної допомоги як за територіальним критерієм, так і за економічними показниками, незалежно від місця знаходження, матеріального становища пацієнта чи його роботи. Проте на цей час зазначений стандарт є, скоріш за все ідеалом, аніж чинним загальнообов'язковим правилом, оскільки існує істотна різниця між рівнем та якістю надання медичної допомоги у містах та інших населених пунктах, між окремими регіонами, в загальнонаціональній і відомчій медицині, зокрема закладах охорони здоров'я МО України, Міністерства внутрішніх справ України, Служби безпеки України, Міністерства інфраструктури України тощо [23].

Зважаючи на перспективи запровадження в Україні загальнообов'язкового медичного страхування, обмежені економічні можливості держави і хронічне недофінансування галузі охорони здоров'я та з метою максимального ефективного використання наявних медичних ресурсів формування засад єдиного медичного простору, на думку авторів, слід вважати найбільш раціональним та ефективним напрямом перебудови національної системи охорони здоров'я [14, 22].

У літературі розрізняють поняття єдиного медичного простору у вузькому значенні – як систему єдиної загальнодержавної мережі закладів охорони здоров'я, та широкому – як систему організації надання медичної допомоги, що забезпечує доступність, якість і ефективність усіх видів медичної допомоги всьому населенню держави та об'єднує всі медичні ресурси спільним управлінням і визначеними механізмами фінансування [4].

Таким чином, єдиний медичний простір – це спільне ефективне та раціональне використання можливостей закладів охорони здоров'я всіх форм власності, розташованих на визначеній території, що не виключає можливості існування відомчої медицини. Зокрема це стосується медичних служб ЗС України та інших військових формувань, які здійснюють медичне забезпечення військ і надання медичної допомоги на полі бою та наближених до них районах. Крім того, військово-медичні служби призначені для збереження життя і здоров'я військовослужбовців, медичного забезпечення повсякденної і навчально-бойової діяльності військ, здійснення медичного контролю за особовим складом, що виконує обов'язки військової служби в особливих та шкідливих умовах (медичне забезпечення безпеки польотів, підводно-водолазної роботи, роботи в умовах НВЧ тощо). Зазначені завдання та функції військово-медичних служб є суто специфічними і не покладаються на цивільну систему охорони здоров'я у будь-якій державі.

За таких підходів єдиний медичний простір для військовослужбовців як у мирний час, так і сьогодні – під час захисту територіальної цілісності нашої держави в умовах антитерористичної операції на Сході України (АТО), передбачає гарантоване їх забезпечення державою

всіма видами медичної допомоги, починаючи від поля бою і до повної реабілітації.

На думку авторів під час формування засад єдиного медичного простору необхідно визначати чинники, елементи, інструменти та результат, що схематично представлено на рис. 1.

До чинників єдиного медичного простору слід віднести:

– політичний – це реалізація зобов'язань держави перед суспільством та кожною людиною щодо збереження його здоров'я;

– соціальний – забезпечення соціальних гарантій та реалізація права кожної людини на охорону здоров'я;

– економічний – формування необхідної та економічно обґрунтованої моделі охорони здоров'я суспільства в цілому та кожного громадянина.

Елементами єдиного медичного простору є:

– законодавча та нормативно-правова база охорони здоров'я;

– система закладів охорони здоров'я;

– доступність всіх елементів системи охорони здоров'я для громадян України.

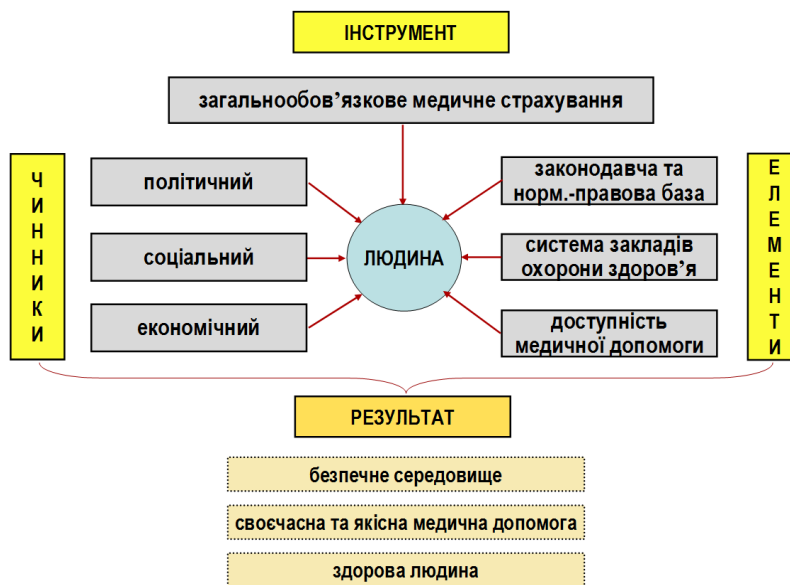


Рис. 1. Модель єдиного медичного простору України (варіант)

На підставі наведеного основним інструментом формування засад єдиного медичного простору стало запровадження загальнообов'язкового медичного страхування, а результатом – безпечне середовище, своєчасна та якісна медична допомога, здорова людина.

Слід зазначити, що принципи єдиного медичного простору на цей час уже реалізуються в загальнодержавній та відомчих системах охорони здоров'я, у тому числі і військовій медицині, через запровадження та використання єдиної законодавчої та нормативно-правової бази з питань охорони здоров'я, єдиних стандартів надання медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів та інших галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, системи акредитації закладів охорони здоров'я та ліцензування господарської діяльності з медичної практики, єдиних вимог щодо підготовки та атестації медичних (фармацевтичних) фахівців всіх освітньо-кваліфікаційних рівнів та спеціальностей, єдиного порядку обігу наркотичних та сильнодіючих речовин тощо.

Іншим прикладом реалізації засад єдиного медичного простору є залучення цивільних закладів охорони здоров'я до надання медичної допомоги військовослужбовцям як в мирний час, так і в особливий період. Звичайно військово-медичні служби в мирний час

не можуть в своєму складі відтворювати та дублювати заклади охорони здоров'я, що є в системі цивільної охорони здоров'я та призначені для надання всіх видів високоспеціалізованої високотехнологічної медичної допомоги. За таких умов для надання медичної допомоги військовослужбовцям та ветеранам військової служби, за необхідності, нерідко використовуються можливості науково-дослідних клінічних установ Національної академії медичних наук України (НАМН України) та інших цивільних високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я.

Багато країн світу, що мають потужні збройні сили та розвинену військово-медичну службу, зокрема США, Німеччина, Великобританія, Франція, Норвегія, також передбачають використання національних цивільних закладів охорони здоров'я на завершальних етапах медичної евакуації і навпаки – військово-медичні заклади використовуються для надання медичної допомоги цивільному населенню під час ліквідації медичних наслідків катастроф техногенного та природного характеру [6, 11, 12, 24]. На таких же принципах формуються та розвиваються системи медичного забезпечення військ країн, що раніше входили до соціалістичного табору, а нині розбудовують власні збройні сили за стандартами НАТО: Угорщина,

Республіка Молдова, Польща, Литва, Латвія та Естонія [1, 2, 5, 12].

Особливої уваги заслуговує досвід організації медичного забезпечення збройних сил Ізраїлю, які з моменту проголошення незалежності країни у 1948 р. постійно перебувають в стані війни. В ізраїльській армії під час бойових дій медична допомога пораненим спочатку надається військовими медиками, основним змістом якої є стабілізація стану поранених та надання необхідної допомоги перед евакуацією в госпіталь, де їм буде надано необхідну хірургічну допомогу. Водночас слід зазначити, що у мирний час військово-медична служба ізраїльської армії військових госпіталів не має, проте кожна цивільна лікарня Ізраїлю на час кризи має «план Б», тобто у разі потреби стає військовим госпіталем. При цьому цивільні лікарні спроможні швидко розгорнути додаткові ліжка у відділеннях невідкладної допомоги та забезпечити їх додатковим медичним обладнанням. З цією метою регулярно проводяться навчання та тренування з відпрацюванням елементів взаємодії з пожежниками, місцевою владою, поліцією та військовими [8].

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

екстремальних ситуацій, надзвичайного стану і на воєнний час [15].

Як один із шляхів її реалізації та на виконання вимог Указу Президента України «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 17 квітня 1998 року «Про стан державного матеріального резерву та мобілізаційної підготовки» [20] у МО України була опрацьована та встановленим порядком затверджена Кабінетом Міністрів України постанова, якою доручалося Міністерству охорони здоров'я України, Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим та управлінням охорони здоров'я обласних державних адміністрацій утворити на базі підвідомчих лікувальних установ Територіальні госпітальні бази (ТерГБ) Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України.

Головними завданнями ТерГБ у воєнний час є надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям, їх лікування та реабілітація поза межами збройного конфлікту, а в мирний час – у випадку введення надзвичайного стану, пов'язаного із виникненням надзвичайної ситуації природного або техногенного характеру. Склад ТерГБ та їх ліжкова місткість визначені окремими урядовими рішеннями, а порядок утворення та організації діяльності – спільними наказами МОЗ України та МО України.

ТерГБ у воєнний час займають крайнє положення в системі лікувально-евакуаційних заходів, куди направляються поранені та хворі, які потребують тривалого лікування або є неперспективними до подальшого повернення на військову службу (рис. 2).

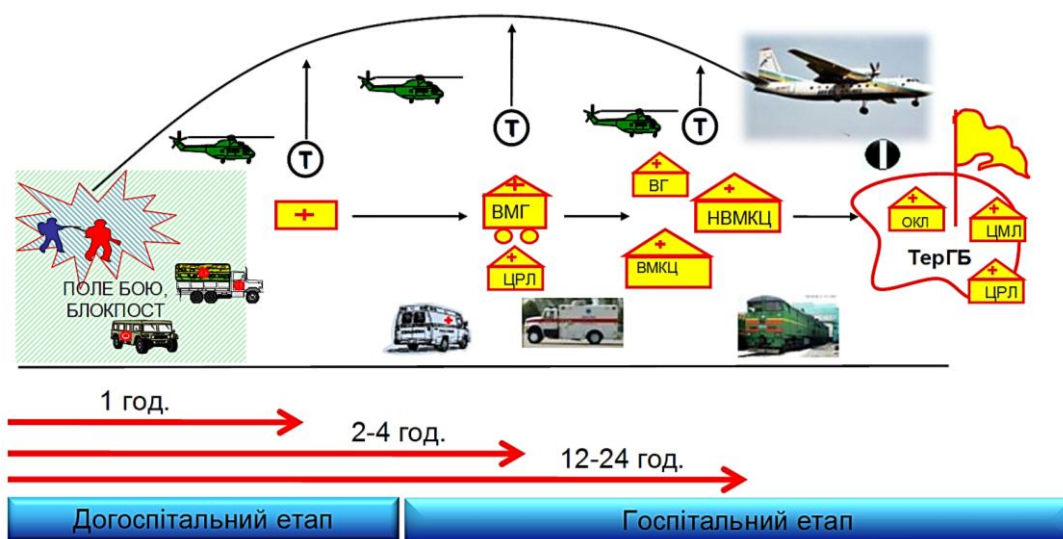


Рис. 2. Система лікувально-евакуаційних заходів ЗС України

Надання медичної допомоги та лікування поранених (хворих) військовослужбовців у ТерГБ здійснюється відповідно до стандартів медичної допомоги та клінічних протоколів, встановлених МОЗ України. Військово-лікарська експертиза проводиться військовослужбовцям після завершення лікування

відповідно до вимог постанови Кабінету Міністрів України «Про порядок організації та проведення військово-лікарської експертизи» [19]. Після завершення лікування в ТерГБ військовослужбовці повертаються до військових частин або звільняються з військової служби.

Територіальні госпіталі, що становлять основу ТерГБ, формуються за рахунок медичного персоналу, фондів та інфраструктури забезпечення на базі існуючих у мирний час закладів охорони здоров'я, які включаються до ТерГБ у повному складі. Адміністрація цих закладів охорони здоров'я проводить відповідну роботу щодо формування територіальних госпіталів та вживає заходів щодо підтримання їх у постійній готовності до виконання завдань за призначенням в особливий період і відповідає за цю роботу.

Опрацювання та затвердження нормативно-правового акту щодо створення ТерГБ, який задекларував участь системи охорони держави у наданні медичної допомоги і лікуванні поранених (хворих) військовослужбовців в особливий період, стало першим реальним кроком на шляху формування єдиного медичного простору та реалізації принципу «війну ведуть не збройні сили, а держава та народ».

Мирний історичний розвиток України протягом двох останніх десятиріч, відсутність масштабних техногенних і природних катастроф на її території не викликали необхідності реального розгортання ТерГБ для потреб медичного забезпечення військ, що не дозволило на практиці реалізувати ідею їх формування та застосування. У той же час досвід медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань в АТО, зважаючи на її тривалість та значну кількість санітарних втрат підтвердив, що існуючим комплектом сил і засобів військово-медичних служб навіть за умов їх підсилення, доукомплектування та використання мобілізаційних ресурсів, активного маневру силами і засобами, неможливо повністю забезпечити потреби військ у медичній допомозі.

Проблеми з медичним забезпеченням у найгарячіші періоди АТО стали передумовою активного залучення до надання медичної допомоги і лікування поранених ряду центральних районних лікарень в Луганській і Донецькій областях, Дніпропетровської обласної клінічної лікарні імені І.І. Мечникова та клінічних закладів Національної академії медичних наук (НАМН) України, де надано медичну допомогу понад 6,5 тис. поранених і понад 37 тис. хворих військовослужбовців.

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

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

– забезпечення перев'язувальними засобами, ліками, кров'ю, її препаратами та кровозамінниками (лікування поранених військовослужбовців потребує значних витрат перев'язувальних матеріалів, ліків, крові і кровозамінників, що перевищують можливості цивільних

закладів охорони здоров'я, а порядок забезпечення ними не визначений);

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

– компенсації витрат за харчування поранених військовослужбовців в цивільних закладах охорони здоров'я.

Видання Міністерством охорони здоров'я України у лютому 2015 року наказу «Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру» стало реальним кроком щодо вирішення означених проблем [16]. Зазначеним наказом були визначені завдання щодо підготовки цивільних закладів охорони здоров'я до роботи у режимі підвищеної готовності, зокрема: створення резерву профільних ліжок (не менше 30%) для надання невідкладної медичної допомоги постраждалим; створення резервів лікарських засобів, виробів медичного призначення, донорської крові та регіональних резервів медичного обладнання для забезпечення цивільного населення під час особливого періоду; затвердження регламентів забезпечення закладів охорони здоров'я необхідними групами лікарських засобів та виробів медичного призначення в умовах особливого періоду; проведення тренінгів щодо взаємодії підрозділів системи екстреної медичної допомоги, закладів охорони здоров'я згідно з територіальними планами реагування на виникнення надзвичайних ситуацій (аварій, техногенних, екологічних катастроф, терористичних актів) з урахуванням вимог особливого періоду.

Видання цього наказу дещо згладило неврегульованості та проблеми з лікуванням поранених військовослужбовців у цивільних закладах охорони здоров'я, однак не вирішило їх у повній мірі, так як орієнтувало та готувало систему охорони здоров'я в першу чергу для вирішення проблем медичного забезпечення саме цивільного населення під час особливого періоду. Водночас цим наказом практично кожний цивільний заклад охорони здоров'я незалежно від підпорядкованості та форми власності отримав конкретні завдання щодо проведення певних підготовчих заходів для роботи в умовах особливого періоду, у тому числі і для надання медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям.

З метою забезпечення готовності цивільних закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги та лікування поранених військовослужбовців, крім визначених в наказі МОЗ України завдань щодо формування в закладах охорони здоров'я певного резерву сил і засобів, на думку авторів, також необхідно забезпечити їх підготовку для одночасного масового (10–15 осіб) прийому поранених або постраждалих.

Незважаючи на те, що зазначеним наказом не поставлені завдання безпосередньо клінічним закладам охорони здоров'я НАМН України, на наше переконання, вони також мають бути готовими для прийому на

лікування поранених військовослужбовців, що передбачає необхідність проведення відповідних підготовчих заходів.

Важливим моментом для ефективного функціонування цивільних закладів охорони здоров'я в системі лікувально-евакуаційних заходів військ має стати підсилення їх, у разі необхідності, кваліфікованим медичним персоналом, а також забезпечення державного фінансування видатків для лікування поранених (хворих) військовослужбовців. Актуальність останнього обумовлена тим, що переважна більшість закладів охорони здоров'я нині перебуває у комунальній власності та має вкрай обмежене фінансування.

Реальне виконання вимог наказу МОЗ України «Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру» [16] стане одним із важливих кроків створення на засадах єдиного медичного простору потужної функціонально-організаційної моделі територіальної системи медичного забезпечення військ, яка на регіональному рівні об'єднає зусилля військово-медичних служб і системи цивільної охорони здоров'я та дозволить організувати належне медичне забезпечення військовослужбовців і цивільного населення під час дії особливого періоду, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій.

Більш вагомим кроком на шляху реалізації запропонованого механізму і порядку використання можливостей цивільних закладів охорони здоров'я для потреб ЗС України та інших військових формувань має стати прийняття Урядом України відповідного нормативно-правового акту. На цей час робота щодо визначення механізму та врегулювання порядку залучення цивільних закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги і лікування поранених (хворих) військовослужбовців у МО України триває, що дає надію на її успішне завершення.

Новою редакцією Воєнної доктрини України пріоритетним завданням для ЗС України визначено досягнення до 2020 року повної сумісності з відповідними силами держав – членів НАТО, а одним із основних напрямів реформування та розвитку ЗС України є модернізація системи медичного забезпечення військ з максимальною інтеграцією її з системою цивільної охорони здоров'я, що передбачає реалізацію засад єдиного медичного простору в нашій державі [21].

Водночас формування засад єдиного медичного простору не зводиться лише до використання системи охорони здоров'я цивільного населення для надання медичної допомоги та лікування військовослужбовців. Воно також передбачає і вже реалізовано на практиці, як використання потужностей військової медицини для надання медичної допомоги цивільному населенню під час екстремальних ситуацій, надзвичайного стану та на воєнний час.

Ще одним кроком на шляху реалізації засад єдиного медичного простору стало прийняття постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження порядку

надання медичної допомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунків за неї між військовими формуваннями», якою передбачена можливість надання медичної допомоги та лікування військовослужбовців у військово-медичних закладах незалежно від відомчої підпорядкованості [18].

У розвиток процесу формування засад єдиного медичного простору в нашій державі фахівцями Військово-медичного департаменту МО України та Української військово-медичної академії під керівництвом НАМН України опрацьовано проект Воєнної медичної доктрини України, який на цей час перебуває на розгляді та затвердженні в Адміністрації Президента України. Цим проектом передбачено інтеграцію системи медичного забезпечення військ в єдиний медичний простір України шляхом функціонального поєднання сил і засобів військово-медичних служб та цивільної охорони здоров'я з метою максимальної реалізації їхніх спроможностей щодо ефективного медичного забезпечення військ. При цьому передбачається збереження організаційної самостійності існуючих медичних служб ЗС України та інших військових формувань.

За таких умов військово-медичні служби будуть спроможними до повноцінного та ефективного надання медичної допомоги в районах бойових дій та наближених до них, а надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги пораненим буде здійснюватися як у військових, так і цивільних закладах охорони здоров'я. У мирний же час, реалізуючи засади єдиного медичного простору, заклади охорони здоров'я МО України та інших військових формувань будуть, за досвідом провідних країн світу, залучатися до надання медичної допомоги цивільному населенню, насамперед під час надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру та в особливий період.

## Висновки

Створення єдиного медичного простору є актуальною і нагальною проблемою розвитку та формування сучасної ефективної системи національної охорони здоров'я. Єдиний медичний простір слід розглядати як спільне ефективне та раціональне використання можливостей закладів охорони здоров'я всіх форм власності та підпорядкованості, розташованих на визначених територіях, та не виключає можливості існування відомчої медицини.

Системи медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань в особливий період не в змозі самостійно повністю вирішити питання медичного забезпечення військ, зокрема щодо надання пораненим спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.

Опрацювання та прийняття наприкінці 90-х років нормативно-правового акту, яким передбачалося створення ТерГБ МОЗ України, було своєчасним, прогресивним і перспективним заходом удосконалення

системи медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань.

У зоні проведення АТО на засадах єдиного медичного простору сформувалася територіальна система надання медичної допомоги пораненим, що функціонально об'єднала медичні підрозділи військових частин і з'єднань, військові та цивільні заклади охорони здоров'я.

Сьогодення вимагає нового механізму залучення цивільних закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги та лікування поранених (хворих)

військовослужбовців, що потребує нормативно-правового врегулювання на урядовому рівні.

Воєнно-медична доктрина України має стати основою для формування воєнної охорони здоров'я та залучення її на засадах єдиного медичного простору у загальнодержавну систему охорони здоров'я.

У сучасних умовах кожен головний лікар має бути готовим до того, що підпорядкований йому заклад охорони здоров'я, за необхідності, може бути залученим для надання медичної допомоги та лікування поранених (хворих) військовослужбовців.

## Література

1. *Алейников С. В.* Медицинская служба национальных вооруженных сил Латвии / С. В. Алейников // Военно-медицинский журнал. – 2015. – № 8. – С. 58–62.
2. *Анисимов А. С.* Медицинская служба сил обороны Эстонии / А. С. Анисимов // Военно-медицинский журнал. – 2015. – № 6. – С. 61–64.
3. *Бюджетний Кодекс України* : Закон України від 08.07.2010 р. № 2456-VI // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2010. – № 50–51. – 572 с.
4. *Гладун З. С.* Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні : монографія / З. С. Гладун. – Київ : Юрінком Інтер, 2007. – 720 с.
5. *Голота А. С.* Медицинская служба вооруженных сил Литвы / А. С. Голота // Военно-медицинский журнал. – 2016. – № 1. – С. 49–53.
6. *Голота А. С.* Медицинская служба вооруженных сил Норвегии / А. С. Голота // Военно-медицинский журнал. – 2014. – № 9. – С. 68–73.
7. *Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні* : навч. посібник / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. – Київ : Вид-во НАДУ, 2004.
8. *Ізраїльський лікар розповів про досвід військової медицини Ізраїлю* [Електронний ресурс], 01.04.2015. – Режим доступу : [http://galinfo.com.ua/news/izrailskyu\\_likar\\_rozpoviv\\_pro\\_dosvid\\_viyskovoi\\_medytsyny\\_izrailyu\\_189706.html](http://galinfo.com.ua/news/izrailskyu_likar_rozpoviv_pro_dosvid_viyskovoi_medytsyny_izrailyu_189706.html). – Назва з екрана.
9. *Конституція України*, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1996. – № 30. – Ст. 141.
10. *Майданик Р. А.* Єдиний медичний простір як ключовий стандарт прав людини і юридичний виклик у сфері охорони здоров'я України / Р. А. Майданик // Медичне право. – 2013. – № 1 (11). – С. 33–42.
11. *Медико-санітарна служба Бундесверу* // Інформаційний огляд. – Київ, 2009. – № 4 (38). – 54 с.
12. *Організація медичного забезпечення збройних сил європейських держав* : навч. посіб. з курсу інозем. мед. термінології / М. І. Бадюк, О.В. Рудинський [та ін.]. – Київ : СПД Чалчинська Н.В., 2014. – 104 с.
13. *Основи законодавства України про охорону здоров'я* : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1993. – № 4. – Ст. 19.
14. *Поживілова О. В.* Науковий супровід реформування системи охорони здоров'я України: стан і тенденції розвитку : монографія / О. В. Поживілова. – Київ : 2012. – 271 с.
15. *Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини* : постанова Кабінету Міністрів України від 16.10.1995 р. № 819 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/819-95-п> – Назва з екрана.
16. *Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру* : наказ МОЗ України від 18.02.2015 р. № 75 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20150218\\_0075.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20150218_0075.html). – Назва з екрана.
17. *Про екстрену медичну допомогу* : Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 2013. – № 30. – С. 340.
18. *Про затвердження порядку надання медичної допомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунків за неї між військовими формуваннями* : постанова Кабінету Міністрів України від 18.10.1999 р. № 1923 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1923-99-п>. – Назва з екрана.



19. Про порядок організації та проведення військово-лікарської експертизи : постанова Кабінету Міністрів України від 07.09.1993 р. № 708 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/708-93-п>. – Назва з екрана.
20. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 17 квітня 1998 року «Про стан державного матеріального резерву та мобілізаційної підготовки» : Указ Президента України від 14 травня 1998 р. № 475 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/475/98>. – Назва з екрана.
21. 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 ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/555/2015>. – Назва з екрана.
22. Радши Я. Ф. Єдиний медичний простір – нова парадигма системи охорони здоров'я України / Я. Ф. Радши, О. В. Поживілова // Теорія та практика державної служби: сучасні пріоритети регіональної кадрової політики : матеріали науково-практичної конференції, м. Дніпропетровськ, 5–6.11.2010 р. – Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2010. – С. 97–99.
23. Українська медицина чекає рішучих змін : інтерв'ю з Міністром охорони здоров'я України М. Поліщуком // Урядовий кур'єр. – 2005. – 29 березня. – С. 5.
24. Чаплик В.В. Медицина надзвичайних ситуацій: підруч. для студ. вищ. мед. навч. заклад. / В. В. Чаплик, П.В. Олійник, С.Т. Омельчук. – Вінниця : Нова Книга, 2012. – 352 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 28.03.2017 р.

#### Нормативно-правовые основы, состояние и перспективы формирования модели единого медицинского пространства в Украине

*В.А. Жаховский<sup>1</sup>, В.Г. Ливинский<sup>1</sup>,  
Н.В.Кудренко<sup>2</sup>, Г.А. Слабкий<sup>3</sup>, И.П. Мельник<sup>4</sup>*

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

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

<sup>3</sup>ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

<sup>4</sup>Военно-медицинский клинический центр  
Центрального региона, г. Винница, Украина

**Цель** – изучить и проанализировать нормативно-правовые основы формирования единого медицинского пространства, а также его значение для разработки перспективных путей реформирования отечественной системы здравоохранения.

**Материалы и методы.** Объект исследования – система здравоохранения в мирное и военное время. Предмет – медицинское обеспечение военнослужащих и гражданского населения. Методы исследования – аналитический, библиографический, системного подхода.

**Результаты.** Разработка перспективных путей реформирования отечественного здравоохранения сопровождается поисками новых организационных подходов по рациональному и эффективному использованию имеющихся медицинских ресурсов и их научным обоснованием.

**Выводы.** Единое медицинское пространство следует рассматривать как совместное эффективное и

рациональное использование возможностей учреждений здравоохранения всех форм собственности и подчиненности, расположенных на определенных территориях, для обеспечения равного доступа всех граждан в пределах всей страны к финансируемой государством медицинской помощи.

**Ключевые слова:** охрана здоровья, медицинская помощь, единое медицинское пространство.

#### Legal and regulatory framework, status and prospects of formation model of a single medical space in Ukraine

*V.O. Zhakhovsky<sup>1</sup>, V.G. Livinsky<sup>1</sup>,  
M.V. Kudrenko<sup>2</sup>, G.O. Slabkiy<sup>3</sup>, I.P. Melnyk<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Ukrainian military medical academy, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches  
MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

<sup>3</sup>SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

<sup>4</sup>Military Clinical Medical Center Central region,  
Vinnitsa, Ukraine

**Purpose** – to study and analyze the legal basis for the formation of a single medical space and its importance for the development of perspective ways of reforming the national health system.

**Materials and methods.** The object of study – the health care system in peacetime and wartime. The subject of the medical support of servicemen and the civilian population. Research methods – analytical, bibliographic, systematic approach.

**Results.** Study of perspective ways of reforming national health care is accompanied by the search for new

organizational approaches for the rational and efficient use of available health resources and their scientific justification.

**Conclusions.** Unified medical space should be considered as effective and rational utilization of the health care institutions of all forms of ownership and subordination,

located in certain areas, to ensure equal access of all citizens throughout the country to government-funded medical care.

---

**Key words:** health protection, medical care, unified medical space.

#### Відомості про авторів

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

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

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

**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 613.95:613.25:616-053.2-084

І.Е. Заболотна

## Деякі поведінкові фактори ризику надлишкової маси тіла та ожиріння в дітей (результати пілотного дослідження)

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

**Мета** – оцінити режим дня, характер харчування та фізичну активність підлітків.

**Матеріали та методи.** Проведено антропометричне обстеження 140 дітей вікової групи 13–16 років та вивчено їх поведінкові особливості. Результати оброблено із застосуванням програми Statistica, версія 6.0.

**Результати.** Виявлено 8,6% школярів із надлишковою масою тіла. Факторним аналізом встановлено, що до розвитку надлишкової маси тіла приводять недостатнє вживання овочів та фруктів, м'яса та риби, молочних продуктів та зловживання хлібобулочними виробами, чіпсами, солодощами та солодкими напоями, а також недостатня фізична активність.

**Висновки.** Аналіз результатів анкетування батьків школярів свідчить про нераціональне харчування дітей. Встановлена низька прихильність батьків до поліпшення режиму та раціону харчування дітей, що може бути пов'язане з низькою їх обізнаністю про значення раціонального та збалансованого харчування для фізичного та психічного розвитку дитини.

**Ключові слова:** діти, надлишкова маса тіла, спосіб життя.

### Вступ

Поширеність ожиріння серед дитячого населення в Україні упродовж останніх десятиріч значно збільшилася. За даними офіційної статистики, у 2003 р. рівень поширеності ожиріння серед дітей становив 8,29 на 1000 населення вікової групи 0–17 років, а у 2015 р. – 13,5 на 1000 населення віком 0–17 років. Найбільші темпи приросту (збільшення у 2,9 разу) спостерігаються у віковій групі 15–17 років (2003 р. – 9,7, 2015 р. – 28,27 на 1000 дітей відповідного віку).

Серед факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань ожиріння викликає найбільшої уваги. Попередження дитячого ожиріння визнано одним з основних напрямків первинної профілактики найпоширеніших неінфекційних захворювань [6]. Відповідно міжнародному Консенсусу профілактика ожиріння повинна базуватися на навчанні пацієнтів основам здорового способу життя, зокрема, режиму та якості харчування, підвищенню рівня фізичної активності та формуванні свідомого відношення дитини до проблеми ожиріння [5].

Проблемним питанням профілактики ожиріння є поведінкові установки, які передаються від покоління до покоління. Оскільки в умовах певних культурних норм і стандартів поведінки, а також сімейних звичок щодо харчування і фізичної активності, які сприяють збереженню «сприятливого» середовища для розвитку надмірної маси тіла, дитяче ожиріння не сприймається як проблема [2, 7]. Для розробки програм запобігання та/або зниження надмірної маси тіла та профілактики ожиріння необхідно вивчення поведінкових особливостей, зокрема

режим та якість харчування, фізична активність, що дозволить прийняти рішення щодо індивідуалізованого корекційного впливу. Вивчення таких соціокультурних особливостей можливо за допомогою опитувальників або анкет.

**Мета роботи** – оцінити режим дня, характер харчування та фізичну активність підлітків.

### Матеріали та методи

Одномоментним скринінговим випадковим методом обстежено 140 дітей віком 13–16 років (хлопчиків – 50, середній вік – 15,0±0,1 року, дівчаток – 90, середній вік – 15,1±0,1 року) яким проведено антропометричне обстеження та на підставі результатів вимірювання зросту та ваги тіла розраховано індекси маси тіла. Батькам, під час оформлення інформованої згоди про проведення обстеження дитини, була запропонована анкета-опитувальник, яка містила питання з вивчення харчування дитини, режиму дня, характеру сну та фізичної активності. Усі відповіді були формалізовані та являли собою шкали з наростанням ознак. У ході анкетування отримано 130 заповнених анкет. Результати оброблені із застосуванням пакету програм Statistica 6.0.

### Результати дослідження та їх обговорення

Проведене нами скринінгове обстеження дітей показало, що у цілому, фізичний розвиток школярів відповідав середньому відносно віку. У хлопчиків середня маса тіла становила 63,5±1,5 кг (25–75 центилі), довжина тіла 175,7±1,2 см (75–90 центилі), що дещо вище

за середній рівень, окружність грудної клітки  $84 \pm 1,0$  см (25–75 центилі). У дівчаток, на відміну від хлопчиків, середня маса тіла була дещо вища ніж середній показник –  $58,3 \pm 1,8$  кг (75–90 центилі), зріст та окружність грудної клітки в межах 25–75 перцентильного коридору ( $164,6 \pm 0,7$  см та  $82,8 \pm 1,0$  см відповідно). Із надлишковою масою тіла виявлено 8,6% дітей. Частка дітей з ожирінням становила 2,1%.

Встановлено, що значна частка підлітків не дотримуються режиму харчування. Так, про нерегулярність прийому їжі дитиною упродовж доби відзначили 30,0% батьків, а теплу їжу вживають 2–3 рази на день лише 80,2% школярів.

Відповідно сучасним рекомендаціям ВООЗ щоденний набір продуктів повинен бути різноманітним, містити достатню кількість фруктів та овочів (рекомендована ВООЗ норма складає не менше 400 г на день). Кожного дня слід вживати знежирені молочні продукти, а жирну морську рибу не менше, ніж 3–4 рази на тиждень [3]. Результати опитування показали, що фрукти щоденно вживають лише 64,1% підлітків. Про наявність у щоденному харчовому раціоні дитини овочів відзначили 70,7% батьків. Що стосується молочних продуктів, то 15,4% респондентів відзначили, що їх діти вживають молоко один раз на тиждень і рідше. Про щоденну наявність у харчовому раціоні дитини молочних продуктів відзначили 50,4% батьків. М'ясо та рибу регулярно (2–3 рази на тиждень та/або щоденно) вживають 82,4%, тобто майже кожна п'ята дитина недоотримує цих продуктів у харчовому режимі. Слід зазначити, що на запитання «Як часто Ваша дитина вживає хлібобулочні вироби, чіпси, солодощі та солодкі напої?» 63,5% батьків дали відповідь «щоденно», а 15,4% – «1–2 рази на тиждень». Крім того, батьками було зазначено, що у більшості випадків, саме цим продуктам харчування діти надають переваги під час вибору їжі.

Слід зазначити, що бажання змінити харчування дитини на краще висловило лише 15,6% батьків. Проте, аналіз харчових характеристик школярів, які були вказані батьками показав, що 25,0% дітей харчується нерегулярно, 13,0% школярів вживають м'ясні та рибні продукти рідше ніж 1 раз на тиждень, 14,8% дітей вживають молочні продукти до 1 разу на тиждень. Відсутність потреби у зміні якості харчування свідчить про недостатню мотивацію батьків до здорового харчування дітей, що може бути пов'язано з низькою їх обізнаністю про значення раціонального та збалансованого харчування для фізичного та психічного розвитку дитини.

Аналіз відповідей на питання анкети-опитувальника показав, що 33,8% дітей не дотримуються встановлених для них батьками режиму дня. На вулиці із задоволенням гуляє 85% школярів. Про постійність занять дітей у спортивних гуртках вказало 52,8% батьків, а 31,5% школярів взагалі не займалися спортом.

Середня тривалість нічного сну школярів за даними опитування батьків становила  $7,88 \pm 0,92$  год. (CI95%SD: 0,82–1,04), крім того, у 42,7% школярів тривалість нічного сну становила менше 8 годин, що

свідчить про хронічне недосипання дітей. Сучасні дані свідчать про те, що менша тривалість сну може бути пов'язана з підвищеним ризиком надлишкової маси тіла та ожиріння у дітей. Дослідженнями Chen X. та співавт., 2008 встановлена лінійна залежність між тривалістю сну і ожирінням, збільшення тривалості сну на кожну годину зменшує ризик ожиріння на 9% [4]. Про неспокійність сну дитини вказало 17,5% батьків, а про виражений неспокій під час сну – 6,5%. Більшість батьків вказали про підвищену рухливість дітей під час нічного сну (34,3%). У 8,3% дітей батьки відмічали сногворіння, а у 5,6% – сноходіння. Важко зранку прокидається 21,3% дітей, а бажання ще поспати висловлюють 68,5% школярів.

З метою вивчення найбільш значимих факторів ризику надлишкової маси тіла у школярів проведений факторний аналіз характеристик харчування та режиму дня за даними анкет-опитувальників для визначення найбільш вагомих компонентів щодо причин збільшення індексу маси тіла вище нормального для даного віку статеві-вікового показника, які пов'язані із способом життя дітей (таблиця). Аналіз проведено в групі дітей з індексом маси тіла, який вище за норму для даної статеві-вікової групи дітей.

Результати аналізу (таблиця) свідчать, що найбільш вагомий фактор у збільшенні індексу маси тіла – якість харчування (фактор 1, навантаження його становить 0,626). Показники навантажень головних компонентів цього фактору показують, що значимими характеристиками щодо підвищення індексу маси тіла є нераціональне вживання м'ясних, рибних, молочних продуктів та овочів. Другим за значимістю фактором збільшення індексу маси тіла є також харчовий – зловживання хлібобулочними виробами, чіпсами, солодощами та солодкими напоями (фактор 3, навантаження його становить 0,521). Фактор 3 (навантаження 0,199) поєднав в собі компоненти, що характеризують харчування (вживання фруктів) та фізичну активність (заняття у спортивних секціях та гуртках).

Зведені результати факторного аналізу показують, що надлишкова маса тіла розвивається на тлі нераціонального харчування та недостатньої фізичної активності. Сучасні рекомендації свідчать про можливість зменшення маси тіла шляхом змін таких моделей харчування, які характеризуються надмірним вмістом цукру та низьким вмістом клітковини, що є ризиком швидкого збільшення маси тіла. Що стосується овочів та фруктів, то за рахунок низької енергетичної щільності та багатого вмісту клітковини, їх вживання сприяє насиченню. Проведеним широкомасштабним проспективним дослідженням доведено, що збільшення споживання фруктів і/або овочів асоціюється зі зменшенням ризику придбання надмірної ваги ( $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>) або розвитку ожиріння (ІМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) [6]. Дослідженнями, які були проведені R.P. Heaney, 2002, показаний взаємозв'язок між недостатнім споживанням молочних продуктів та заміною їх на газовані напої із підсолоджувачами з ризиком розвитку надлишкової маси тіла на 70% [1].

Таблиця

**Факторні навантаження характеристик харчування та режиму дня щодо збільшення індексу маси тіла вище за нормальний статеві-віковий показник**

Характеристики (компоненти факторного аналізу)	Фактори / показники навантажень головних компонентів факторного аналізу		
	1	2	3
Режим харчування (бальна градація: нерегулярний – 0; регулярний – 1)	-0,134	0,082	0,799*
Вживання теплої їжі на день (бальна градація: 1 раз – 0; 3 рази – 1)	0,481	-0,079	0,681
Вживання м'ясних та рибних продуктів на тиждень (бальна градація: 1 раз і рідше – 1; 2–3 рази – 2; щоденно – 3)	0,781*	0,199	0,212
Вживання молочних продуктів на тиждень (бальна градація: 1 раз і рідше – 1; 2–3 рази – 2; щоденно – 3)	0,814*	0,166	0,071
Вживання фруктів на тиждень (бальна градація: 1 раз і рідше – 1; 2–3 рази – 2; щоденно – 3)	0,113	0,836*	-0,463
Вживання овочів на тиждень (бальна градація: 1 раз і рідше – 1; 2–3 рази – 2; щоденно – 3)	0,802*	0,013	-0,124
Вживання хлібобулочних виробів, чіпсів, солодощів, солодких напоїв на тиждень (бальна градація: 1 раз і рідше – 1; 2–3 рази – 2; щоденно – 3)	-0,184	-0,163	-0,796*
Прогулянки на свіжому повітрі (бальна градація: зрідка – 1; інколи – 2; кожний день – 3)	0,300	-0,585	-0,345
Тривалість нічного сну (години)	-0,324	-0,814*	0,087
Заняття у спортивних секціях та гуртках (бальна градація: ні – 0; нерегулярно – 1; постійно – 2)	0,094	0,815*	0,362
Показник загального навантаження факторів на підвищення ІМТ: (хлопчики >26 кг/м <sup>2</sup> , дівчата >24 кг/м <sup>2</sup> )	-0,626	-0,199	0,521

Примітка: \* – навантаження >0,7000.

### Висновки

При дослідженні антропометричних характеристик підлітків було виявлено 8,6% школярів із надлишковою масою тіла. За результатами факторного аналізу можна стверджувати, що розвитку надлишкової маси тіла у дітей сприяють нераціональне харчування (недостатнє вживання овочів та фруктів, м'яса та риби, молочних продуктів та зловживання хлібобулочними виробами, чіпсами, солодощами та солодкими напоями) та недостатня фізична активність. Низька прихильність батьків до покращення режиму та раціону харчування

дітей може бути пов'язана з низькою їх обізнаністю про значення раціонального та збалансованого харчування для фізичного та психічного розвитку дитини.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у вивченні стану здоров'я дітей з надлишковою масою тіла для визначення ризиків розвитку серед них захворювань та патологічних станів врахування яких дозволить на профілактичному етапі (профілактичне консультування та профілактичні огляди) впровадити програми з раннього виявлення та попередження розвитку аліментарно-асоційованих захворювань.

### Література

1. Гурова М. М. Ожирение у детей: эпидемиологические аспекты / М. М. Гурова // Практика педиатра. – 2014. – № 3/4. – С. 7–13.
2. Проект заключительного доклада Комиссии по ликвидации детского ожирения [Электронный ресурс] / ВОЗ. – Женева, 2015. – 51 с. – Режим доступа : <http://www.who.int/end-childhood-obesity/commission-ending-childhood-obesity-draft-final-report-ru.pdf>. – Название с экрана.
3. Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ожирения у детей и подростков. – Москва : Практика, 2015. – 136 с.
4. Fitch A. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Prevention and Management of Obesity for Children and Adolescents [Electronic resource] / A. Fitch, C. Fox, K. Bauerly [et al.]. – 2013. – July. – 94 p. – Access mode : [https://www.icsi.org/\\_asset/tn5cd5/ObesityChildhood.pdf](https://www.icsi.org/_asset/tn5cd5/ObesityChildhood.pdf). – Title from screen.
5. Speiser P. W. CONSENSUS STATEMENT: Childhood Obesity / P. W. Speiser, M. C. J. Rudolf, H. Anhalt [et al.] // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2005. – Vol. 90 (3). – P. 1871–1887.

6. WHO Library Cataloguing in Publication Data. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response [Electronic resource] / edited by F. Branca, H. Nikogosian, T. Lobstein. – Access mode : [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74746/E90711.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf). – Access mode.
7. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Report of the commission on ending childhood obesity. – Geneva, 2016. – 68 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.04.2017 р.

**Некоторые поведенческие факторы риска избыточной массы тела и ожирения у детей (результаты пилотного исследования)**

**Some behavioral risk factors of overweight and obesity in children (pilot research results)**

*И.Э. Заболотная*

*I.E. Zabolotna*

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

SSI “Scientific and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine” of State Administration, Kyiv, Ukraine

**Цель** – оценить режим дня, характер питания и физической активности подростков.

**Purpose** – to evaluate the daily routine, the nature of nutrition and physical activity of adolescents.

**Материалы и методы.** Проведено антропометрические обследования 140 детей возрастной группы 13–16 лет, изучены их поведенческие особенности. Результаты обработаны с применением программы Statistica 6.0.

**Materials and methods.** Anthropometric examinations of 140 children of the age group of 13–16 years have been carried out and their behavioral features have been studied. The results are processed using the program Statistica 6.0.

**Результаты.** Выявлены 8,6% школьников с избыточной массой тела. Факторным анализом установлено, что развитию избыточной массы тела способствуют недостаточное употребление овощей и фруктов, мяса и рыбы, молочных продуктов и злоупотребление хлебобулочными изделиями, чипсами, сладостями и сладкими напитками, недостаточная физическая активность.

**Results.** 8.6% of schoolchildren with overweight were detected. Factor analysis found that the development of excess body weight is facilitated by insufficient intake of vegetables and fruits, meat and fish, dairy products, excessive use of bakery products, chips, sweets and sugary drinks and poor physical activity.

**Выводы.** Анализ результатов анкетирования родителей школьников свидетельствует о нерациональном питании детей. Установлена низкая приверженность родителей к улучшению режима и рациона питания детей, что может быть связано с низкой их осведомленностью о значении рационального и сбалансированного питания для физического и психического развития ребенка.

**Conclusions.** An analysis of the results of the questioning of parents of schoolchildren testifies to the improper feeding of children. The low commitment of parents to improve the regime and diet of children is established, which may be due to their low awareness of the importance of rational and balanced nutrition for the child’s physical and mental development.

**Ключевые слова:** дети, избыточная масса тела, образ жизни.

**Key words:** children, obesity, lifestyle.

**Відомості про автора**

**Заболотна Ірина Едуардівна** – аспірант наукового відділу організації медичної допомоги ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС; вул. Верхня, 5, м. Київ, 04071, Україна.

УДК 616.89-053.5:613.6

А.Р. Іваць, О.П. Романів

## Збереження психічного здоров'я дітей у процесі шкільного навчання

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

**Мета** – окреслити основні проблеми збереження психічного здоров'я учнів у процесі шкільного навчання та запропонувати шляхи профілактики психічних і поведінкових розладів у дітей, що відвідують організовані навчально-виховні колективи.

**Матеріали:** публікації ВООЗ, присвячені питанням психічного здоров'я, профілактиці психічних захворювань та розладів поведінки.

**Висновки.** За останні роки в усьому світі відмічається значне зростання захворюваності на психічні розлади та розлади поведінки серед дітей шкільного віку. У зв'язку з цим доцільно впроваджувати в навчальних закладах заходи, спрямовані на профілактику та раннє виявлення цих патологій. Це дасть змогу підвищити ефективність навчального процесу, забезпечити гармонійний розвиток особистості та допоможе уникнути розвитку тяжких психічних захворювань у майбутньому.

**Ключові слова:** психічне здоров'я школярів, профілактика психічних захворювань у дітей, профілактика розладів поведінки в дітей, громадське здоров'я.

### Вступ

На думку Нормана Сарторіуса, колишнього директора відділу охорони психічного здоров'я ВООЗ і голови Всесвітньої психіатричної асоціації, психічне здоров'я це, по-перше, – відсутність явних психічних порушень; по-друге, – певний резерв сил людини, завдяки яким вона може подолати неочікувані стреси; по-третє, – стан рівноваги між людиною та навколишнім середовищем, гармонії між нею і суспільством [1]. Якщо вести мову про психічне здоров'я дитини шкільного віку, то слід зауважити, що його неможливо розглядати поза контекстом навчального закладу.

Щодня дитина проводить у школі від 6 до 8 год., а це майже третина всього її часу. Типова ситуація, коли після повернення до дому відмінник і зразковий учень перетворюється на звичайного вередливого бешкетника, безпричинно (на перший погляд) влаштовує істерики, відмовляється виконувати домашні завдання, категорично не хоче йти на додаткові заняття, тренування, репетиції, нерідко відмовляється від їжі. Прийнято вважати це нормальним етапом у розвитку дитини і зазвичай рекомендують або посилити дисципліну вдома, або ж просто не звертати увагу, мовляв, «переросте». Але чи так це насправді?

Нерідко перевантаження в школі та проблеми в колективі стають причинами погіршення психоемоційного стану дитини. Вкрай важливо вчасно розпізнати психічне захворювання у дитини на ранній стадії та запобігти його подальшому розвитку.

**Мета роботи** – окреслити основні проблеми збереження психічного здоров'я учнів у процесі шкільного навчання та запропонувати шляхи профілактики психічних та поведінкових розладів у

дітей, що відвідують організовані навчально-виховні колективи.

**Матеріали:** публікації ВООЗ, присвячені питанням психічного здоров'я, профілактиці психічних захворювань та розладів поведінки. **Метод:** інформаційно-аналітичний.

### Результати дослідження та їх обговорення

За даними ВООЗ, приблизно 20% дітей в усьому світі страждають на психічні розлади. Майже половина з них починаються у віці до 14 років [4]. У більшості країн із низьким та середнім рівнем достатку (у тому числі Україна) ресурси для охорони психічного здоров'я практично відсутні.

В Україні станом на 2015 р. зафіксовано 165064 випадки розладів психіки та поведінки в дітей 0–17 років, тобто 2167,7 на 100 тис. дитячого населення [2].

Для оцінки рівня психічного здоров'я школярів використовується класифікація, яку запропоновано Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України, що передбачає розподіл їх на п'ять груп:

1-ша група – здорові та оптимально адаптовані. Для цих дітей характерна активність, колективізм, упевненість у собі, ці діти наполегливі в досягненні цілі;

2-га група – ознаки напруження адаптаційних механізмів;

3-тя група – напруження і перенапруження адаптаційних механізмів, головним чином у формі астено-невротичних проявів, девіантної поведінки та інших стадій відносної компенсації;

4-та група – субкомпенсація, ознаки «зривів» адаптаційних механізмів. Для цих дітей характерна висока схильність до стресу, наростання емоційної збудженості, апатія з високим рівнем тривожності;

5-та група – хворі, які мають певні клінічні прояви, декомпенсація внаслідок «зламу» адаптаційних механізмів, необхідна активна терапія та госпіталізація [1].

Які ж найбільш поширені психічні захворювання серед школярів? За даними Американської Психіатричної Асоціації до них відносяться:

1. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (6–8% дітей у віці від 3 до 17 років).
2. Тривожний невроз.
3. Депресія (2,1% дітей віком від 3 до 17 років).
4. Розлади аутичного спектра.
5. ПТСР.
6. Невроз нав'язливих станів.
7. Синдром Туретта.
8. Зухвалий опозиційний розлад.
9. Кондуктивний розлад.
10. Розлади харчування (анорексія, булемія) [5].

Більшість цих розладів може бути спровокована екзогенними чинниками, такими як надмірне навантаження, стрес, проблеми в колективі та ін. Перші ознаки дезадаптації учня та можливого початку розвитку психічного захворювання є неспецифічними: втомлюваність, неувважність, тривога, підвищення або різке зниження активності, перепади настрою, відмова відвідувати уроки, замкненість тощо. Нерідко приєднуються соматичні симптоми, які не мають певного підґрунтя, наприклад нудота, біль у животі, незначне підвищення температури, свербіж шкіри та інші. Вкрай важливо вчасно зауважити подібні симптоми, ще краще – створити належне навчальне середовище та комфортні умови перебування у шкільному колективі.

Попри те, що психічне здоров'я дитини є однією з головних умов в освітньому процесі, на сьогодні існує низка проблем, які не сприяють належній підтримці здорового психічного стану учнів України. Найперше, це невідповідність шкільної програми віковим можливостям і потребам дитини, а також нераціональний розподіл навантаження. На жаль, коли мова іде про проблеми шкільної освіти, прийнято робити акцент на матеріально-технічному забезпеченні, а не на психологічному комфорті учнів. Профілактика психічних захворювань серед дітей має доволі безсистемний характер, а то й взагалі залишається поза увагою навчальних закладів (далеко не всі дошкільні та шкільні установи України мають у своєму складі психолога).

В інформаційному бюлетені ВООЗ, який вийшов у квітні 2016 року, в розділі, присвяченому шляхам зміцнення психічного здоров'я населення, виділено наступні пункти, спрямовані саме на дітей:

1. Заходів у ранньому дитинстві (наприклад, відвідування на дому вагітних жінок, дошкільні психосоціальні заходи, комбінована допомога в області харчування і психосоціальних аспектів для груп населення, що перебувають у несприятливих умовах).

2. Підтримку дітей (наприклад, програми з надбання навичок, програми з розвитку дітей і молодих людей).

3. Заходів щодо зміцнення психічного здоров'я в школах (наприклад, програми по впровадженню екологічних змін в школах і школи зі сприятливими умовами для дітей) [3].

Виходячи з усього вище сказаного, можна запропонувати такі заходи профілактики й раннього виявлення психічних захворювань і розладів поведінки:

1. Адекватний розподіл навантаження (врахування вікових особливостей і потреб дітей, перегляд гігієнічних норм розподілу навантаження в школах, складання розкладу уроків з урахуванням цих норм).

2. Мінімізація факторів ризику, що до розвитку психічних захворювань у дітей (створення комфортного психологічного клімату, забезпечення нормальної інтеграції кожного учня в колектив).

3. Раннє виявлення патологічних станів (регулярна робота з шкільним психологом, психологічні тестування, індивідуальні консультації в разі потреби).

4. Створення комфортних умов для інклюзивного навчання дітей з особливими потребами.

5. Проведення освітніх бесід з учнями та їх батьками, які будуть спрямовані на підвищення їх інформованості про психічні захворювання та розлади поведінки, фактори їх розвитку, ранні прояви, методи корекції.

6. Створення мережі кабінетів психологічної допомоги та гарячих ліній, куди зможуть звернутись діти та підлітки.

Станом на сьогоднішній день в Україні нема достатньої кількості спеціалістів необхідного рівня, які б могли здійснювати якісну діагностику психічних захворювань у дітей. Також, умови в школах не завжди дозволяють проводити профілактичні заходи, що спрямовані на усунення факторів ризику що до розвитку психічних патологій та поведінкових розладів. Значною проблемою є впровадження інклюзивної освіти в освітніх закладах, оскільки в Україні не ведеться на належному рівні підготовка олігофренопедагогів, тьюторів та інших спеціалістів для роботи з дітьми з особливими ментальними потребами.

### Висновки

За останні роки в усьому світі відмічається значне зростання захворюваності на психічні розлади та розлади поведінки серед дітей шкільного віку.

### Перспективи подальших досліджень

У зв'язку з цим доцільно впроваджувати в навчальних закладах заходи, спрямовані на профілактику та раннє виявлення цих патологій. Це дасть змогу підвищити ефективність навчального процесу, забезпечити гармонійний розвиток особистості та уникнути розвитку тяжких психічних захворювань у майбутньому.



## Література

1. *Валецька Р. О.* Основи валеології : підручник / Р. О. Валецька. – Луцьк : Волинська книга, 2007. – 122 с.
2. *Психічне здоров'я населення України : аналітико-статичний довідник за 2013–2015 рр.* (2016)
3. *Психическое здоровье : информационный бюллетень [Электронный ресурс] // http://www.who.int.* – 2016. – Режим доступа : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ru>. – Название с экрана.
4. *10 facts on mental health [Electronic resource] // http://www.who.int.* – Access mode : [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/ru](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/ru). – Title from screen.
5. *Green A.* 10 Common Mental Health Problems Students Face [Electronic resource] / A. Green. – Access mode : <http://www.edudemic.com/student-mental-health>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.04.2017 р.

### Сохранение психического здоровья детей в процессе школьного обучения

*А.Р. Иваць, О.П. Романів*  
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

**Цель** – определить основные проблемы сохранения психического здоровья учащихся в процессе школьного обучения и предложить пути профилактики психических и поведенческих расстройств у детей, посещающих организованные учебно-воспитательные коллективы.

**Материалы:** публикации ВОЗ, посвященные вопросам психического здоровья, профилактики психических заболеваний и расстройств поведения.

**Выводы.** За последние годы во всем мире отмечается значительный рост заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения среди детей школьного возраста. В связи с этим, целесообразно внедрять в учебных заведениях мероприятия, которые будут направлены на профилактику и раннее выявление этих патологий. Это позволит повысить эффективность учебного процесса, обеспечит гармоничное развитие личности и поможет избежать развития тяжелых психических заболеваний в будущем.

**Ключевые слова:** психическое здоровье школьников, профилактика психических заболеваний у детей, профилактика расстройств поведения у детей, общественное здоровье.

### Saving the mental health of children during education at school

*A.P. Ivats, O.P. Romaniv*  
SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

**Purpose** – to describe the main problems of saving mental health of students in the school and offer the ways to prevent mental and behavioral disorders in children attending organized training and educational groups.

**Materials:** WHO publications about issues of mental health, prevention of mental illnesses and behavior disorders.

**Conclusions.** In recent years, worldwide there is a significant increase in the incidence of mental disorders and behavior disorders among children of school age. In this regard, it is appropriate to take measures in schools aimed on prevention and early detection of pathologies. This will increase the effectiveness of the educational process, ensure harmonious development of personality and prevent the development of serious mental illnesses in the future.

**Key words:** mental health of students, prevention of mental disorders of children, prevention of behavior disorders of children, public health.

### Відомості про авторів

**Иваць Анна Романівна** – інтерн, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Романів Олександр Петрович** – к.мед.н., завідувач психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру, директор МЦ «Нейромед», асистент кафедри пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 614.23:616-057.212:378.1(477)

В.І. Клименко, І.М. Кремсарь, А.В. Коваленко

## Очно-дистанційна форма навчання – безперервна освіта для лікарів-управлінців (менеджерів) України

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

**Мета** – провести оцінку доцільності та ефективності впровадження циклу тематичного удосконалення з питань менеджменту в охороні здоров'я у вигляді очно-дистанційної форми навчання.

**Матеріали та методи.** Використано навчальні плани та програми з соціальної медицини, циклу спеціалізації та ПАЦ за спеціальністю «Організація та управління охороною здоров'я», проведено анкетування 41 слухача циклу ТУ «Сучасні аспекти менеджменту охорони здоров'я».

**Результати.** Висвітлено переваги очно-дистанційної форми навчання як безперервної освіти для удосконалення професійного розвитку керівників закладів охорони здоров'я області в період формування громад та децентралізації влади в Україні.

**Висновки.** Встановлено високу потребу у підвищенні рівня базових та спеціальних знань із питань менеджменту охорони здоров'я серед лікарів-управлінців (менеджерів) в Україні.

**Ключові слова:** менеджмент охорони здоров'я, лікарі-управлінці, тематичне удосконалення, очно-дистанційне навчання.

### Вступ

Ще з початку 90-х років Європейське регіональне бюро ВООЗ започаткувало широкомасштабну програму підтримки зусиль щодо підготовки та проведення реформ, які включали в себе наступні види діяльності: створення бази знань та інформаційної системи з питань реформування охорони здоров'я, створення мережі партнерів для обміну досвідом та для надання необхідної підтримки особам, що приймають відповідальні управлінські рішення, а також для надання безпосередньої консультативної допомоги з питань розробки і розвитку відповідних стратегій і забезпечення належної компетенції в окремих сферах [1].

Поряд з цим відбувається переорієнтація економіки України на ринкові механізми, що вимагає відповідної модернізації підготовки спеціалістів різних професій. Це стосується не тільки фахівців з економіки та управління, але й майбутніх лікарів, фармацевтів, менеджерів медичних фірм, підприємств у сферах постачання, збуту медичної продукції важливої галузі народного господарства – охорони здоров'я [2]. Таким чином, головний лікар, як керівник закладу охорони здоров'я, повинен не тільки мати спеціалізацію за фахом «організація та управління охороною здоров'я», але й постійно удосконалювати свої знання відповідно до вимог сучасного менеджменту.

Організація – це управлінська діяльність, за допомогою якої система управління пристосовується для виконання завдань, поставлених при плануванні [3]. Для досягнення запланованих цілей організації розробляється система заходів, яка регламентує діяльність апарату управління.

Прийняття рішень – постійна і дуже відповідальна частина роботи керівника, а здатність приймати правильні рішення – один з головних показників його діяльності, так як від них залежить успіх роботи всієї організації. Процес управління нерідко характеризується як сукупність методів з розробки та прийняття управлінських рішень і організації їх виконання. Головний лікар є менеджером організації роботи закладу охорони здоров'я, який виконує чотири основні функції управління: планування, організація, мотивація та контроль. Тому на практиці їм доводиться постійно приймати рішення по кожній з них. Розроблено цілий ряд вимог, що пред'являються до управлінського рішення. Основні з них: обґрунтованість, своєчасність, ефективність, несуперечність, конкретність, простота і ін. [9].

Рішення повинно бути своєчасним, простим і зрозумілим за формою викладу і для тих, хто його приймав, і для тих, хто його виконуватиме. Несуперечливість рішення означає його конкордатність із раніше прийнятими рішеннями, а також його відповідність нормативно-правовим документам, які регламентують діяльність закладу.

Актуальним завданням підготовки кваліфікованих медичних кадрів є не тільки наявність якісної професійної бази, але і здатність адаптуватися до умов ринкової економіки. Це вимагає значного підвищення рівня підготовки спеціалістів вищої категорії, які були б здатні на високому професійному рівні розв'язувати фінансово-економічні та господарські проблеми виробничо-медичного комплексу.

**Мета роботи** – провести оцінку доцільності та ефективності впровадження циклу тематичного удосконалення з питань менеджменту в охороні здоров'я у вигляді очно-дистанційної форми навчання.

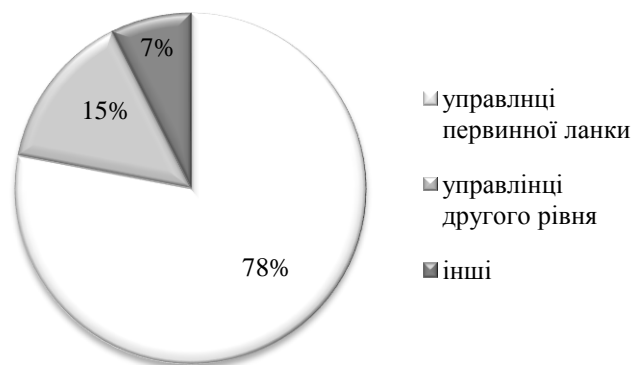
## Матеріали та методи

Навчальні плани та програми з питань соціальної медицини, економіки, менеджменту та маркетингу в охороні здоров'я [6–8, 11], програми циклу спеціалізації та ПАЦ за спеціальністю «Організація та управління охороною здоров'я» [7, 12], анкетування 41 слухача циклу ТУ «Сучасні аспекти менеджменту охорони здоров'я» (цикл інформації та стажування, переривчасті курси, 156 годин) за анкетною закритою формою, результати підсумованого модульного контролю слухачів у формі «залік» [12].

## Результати дослідження та їх обговорення

Протягом майже 4 місяців у Запорізькій області на базі Запорізького державного медичного університету проводився цикл з менеджменту охорони здоров'я для управлінців медичних закладів. Такий вид навчання обрано в зв'язку з особливим характером роботи керівників закладів охорони здоров'я, які повинні постійно підвищувати рівень своїх знань у зв'язку зі стрімким реформуванням галузі та одночасно перебувати на робочому місці, контролюючи всі процеси, що відбуваються у підпорядкованому закладі. Переривчасті курси удосконалення проводяться з частковим відривом від роботи на один-два дні в місяць на місцевих базах згідно п.3.4. діючого наказу МОЗ України від 22.07.1993 р. № 166 «Про подальше удосконалення системи післядипломної підготовки лікарів (провізорів)» [10]. Метою курсу було підвищення рівня знань з питань менеджменту управління охороною здоров'я шляхом удосконалення професійного розвитку керівників закладів охорони здоров'я області в період формування громад та децентралізації влади в Україні. Структура тренінгів передбачала 4 окремих змістових модулів: 1) управління процесами; 2) моніторинг та управління якістю; 3) фінансовий менеджмент; 4) управління інфраструктурою.

Структура слухачів циклу тематичного удосконалення за місцем роботи наведено на рис. 1.



**Рис. 1.** Структура слухачів циклу тематичного удосконалення за місцем роботи

На думку слухачів, теми змістових модулів за важливістю розподілились таким чином:

1-ше місце – змістовий модуль 1. Управління процесами – 78,95%;

2-ге місце – змістовий модуль 2. Моніторинг та управління якістю – 73,68%;

3-тє місце – змістовий модуль 3. Фінансовий менеджмент – 65,79%;

4-те місце – змістовий модуль 4. Менеджмент інфраструктур – 63,16%.

Задля якісної оцінки проведення як самого циклу в цілому, так і змістових модулів окремо для керівників закладів охорони здоров'я, що надають первинну медико-санітарну допомогу, було проведено соціологічне опитування слухачів по анкетам змішаного типу (закриті питання та відповіді на їх розсуд). У закритих питаннях слухачі повинні були за 5-бальною шкалою оцінити організаційні аспекти проведення циклу та відповідність практичним потребам наповнення тематики курсів, а щодо практичного впровадження отриманих знань було запропоновано написати перші 5 кроків, які зробіть керівник на своєму робочому місці, після отриманих ними знань.

При проведенні аналізу відповідей щодо основних п'яти перших кроків, які б зробили на роботі, після циклу, завдяки отриманим знанням (чи хотіли би зробити) слухачі, то переважна більшість надала відповіді про проблемні організаційні питання, які необхідно вирішити, але вони не мали жодного відношення до навчання. Це сформована домінанта керівника, який довготривалий час працює в конфлікті з самим собою та середовищем, не може вирішити самостійно питання через відсутність нормативно-правової бази та низький рівень матеріально-технічного оснащення закладу. Друге місце поділили змістові модулі з питань управління, особливо питання конфліктології, державні закупівлі в системі прозоро. Поодинокі відповіді стосувалися перегляду технічного стану споруд та відповідно фасіліті менеджменту. Це дійсно пов'язано з новим поняттям та відсутністю його впровадження в Україні. Підтвердженням нашого припущення є той факт, що протягом останніх понад 5 років серед медичної спільноти широко обговорюється питання запровадження електронного документообігу, телемедицини, реалізувати ці моменти, після удосконалення своїх знань готова переважна більшість слухачів, як і переглянути аспекти управління закладом.

Майже всі (92,11%) слухачі вважають доцільним та своєчасним проведення даного циклу тематичного удосконалення. Недосконалість технічного супроводу циклу та неможливість мовного спілкування під час проведення online на платформі Lync на тлі високої якості підготовки лекторів та тренерів (однакові оцінки їх роботи) призвели, на думку експертів, до необхідності удосконалення технічного супроводу й тематики (на думку слухачів).

Переважна більшість слухачів – понад три четвертих (76,32%) відповіли, що зміст циклу відповідає їх очікуванням. Тобто викладачам та організаторам навчання вдалося досягти своєї мети. Ті, що засвоїли тематику циклу, знають яким чином будуть використати

отримані знання в своїй роботі та поділяться отриманими знаннями з колегами.

Результати тестування підсумкового модульного контролю наведено на рис. 2.



Рис. 2. Результати підсумкового модульного контролю знань слухачів

Рівень засвоєння змістових модулів майже відповідає розподілу важливості тематики, за виключенням управління процесами: на думку слухачів це для них був найважливіший модуль (78,95%), але рівень отриманих знань виявився найнижчим – 60,82%. На нашу думку необхідно провести тестування вхідного рівня контролю знань з метою аналізу доцільності запропонованої тематики.

Найнижчий відсоток правильних відповідей (нижче 50%), які були за тематикою до змістового модулю 1, отримано на такі запитання:

1. Дайте визначення управлінню як процесу.
2. В якому аспекті розглядає менеджмент як управління класична наукова школа?
3. Як називається інструмент, за допомогою якого обґрунтовуються управлінські рішення в області господарської діяльності?
4. За місцем виникнення і напрямком руху інформацію поділяють на:
  - вхідну і вихідну, планову і нормативну;
  - внутрішню і зовнішню, вхідну і вихідну;
  - внутрішню і зовнішню, первинну і вторинну;
  - первинну і вторинну, планову і нормативну;
  - вхідну і вихідну, первинну і вторинну.
5. В якому порядку здійснюється комунікаційний процес?

Якщо 1 та 3 питання стосуються теоретичних знань, то 3 (Як називається інструмент, за допомогою якого обґрунтовуються управлінські рішення в області господарської діяльності?) й 4 (За місцем виникнення і напрямком руху інформацію поділяють на: Вхідну і вихідну, планову і нормативну; Внутрішню і зовнішню, вхідну і вихідну; Внутрішню і зовнішню, первинну і вторинну; Первинну і вторинну, планову і нормативну; Вхідну і вихідну, первинну і вторинну) та 5 (В якому порядку здійснюється комунікаційний процес?) повинні використовуватися слухачами в практиці щоденно. Такий низький рівень знань засвоєння інформації можна припустити через відсутність потреби їх використання в

роботі. В той час як у всьому світі стратегічне планування – це один з провідних методів роботи управління.

В той же час менеджмент інфраструктур, який викликав найменшу зацікавленість серед слухачів, був найгірше засвоєний ними. На наш погляд, це пов'язано з тим, що цей термін новий для нашого суспільства та майже не впроваджується в закладах охорони здоров'я України.

Рівень засвоєння знань відповідає рівню відповідальності керівників закладів охорони здоров'я та їх заступників перед владою та суспільством: на першому місці – якість медичної допомоги, друге – фінансовий менеджмент, третє – менеджмент інфраструктур, який за нормативно-правовими актами діючими в Україні пересікається з якістю медичної допомоги (харчування – невід'ємна складова лікування, як і прибирання, стерилізація медичного інструменту, ремонт приміщень та ін.). Останнє місце посів змістовий модуль з управління процесами через відсутність перше за все базисних теоретичних знань, доказом чого стали найнижчі відсотки правильних відповідей на тестові завдання, на тлі прочитаних лекцій, що ще раз підтверджує як недосконалість підбору персоналу, так і відсутність бажання отримувати та удосконалювати свої знання.

Таким чином, необхідно постійно проводити тематичне удосконалення для керівників закладів охорони здоров'я з урахуванням саме їх потреб. Очно-дистанційна форма навчання дозволяє отримувати достатній рівень знань без відриву від виробництва, що дуже важливо саме для керівницького складу лікарні. Дуже важливими темами є перше за все – якість медичної допомоги, а найбільшу зацікавленість викликав блок з фасіліті менеджменту. Але враховуючи недостатній досвід впровадження світових та європейських показників (навіть тих, що використовуються ВООЗ) щодо контролю за якістю медичної допомоги, організації роботи відділення невідкладних станів в лікарнях інтенсивної терапії, а саме зараз формуються госпітальні округи в об'єднаних територіальних громадах,

формування бюджету якої теж не відомо, як і організація роботи фасіліті менеджменту, є доцільним запросити тренерів з практичної охорони здоров'я Німеччини з метою ознайомлення з вищезазначеними питаннями та обміном досвідом.

Обсяг медичної допомоги повинен відповідати розробленим і затвердженим Міністерством охорони здоров'я України стандартам, які визначають як лікувальні, так і діагностичні заходи при різних видах патології, включаючи лабораторні дослідження, їх обсяг і періодичність для діагностики і моніторингу проведеного лікування. Медичні установи реалізують свою діяльність в системі охорони здоров'я, органами влади та професійними медичними асоціаціями.

Таким чином, проведений аналіз навчання слухачів курсів тематичного удосконалення у вигляді переривчастих курсів довели свою ефективність та постійну потребу у них, що повинно стати запорукою для кафедр (факультетів), де впроваджується післядипломна освіта.

## Висновки

Показано, що незважаючи на довготривалий час роботи в системі охорони здоров'я, в тому числі і на керівних посадах, рівень знань з питань менеджменту охорони здоров'я (особливо питань управління) є недостатнім, навіть після проходження курсу лекцій та семінарських занять.

Доведено, що проведення циклів тематичного удосконалення у вигляді переривчастих курсів з частковим відривом від роботи на один-два дні в місяць на базах (кафедра) дозволяє досягти безперервну освіту для лікарів-управлінців (менеджерів) в Україні. Встановлено високу потребу у підвищенні рівня базових та спеціальних знань з питань менеджменту охорони здоров'я серед лікарів-управлінців (менеджерів) в Україні.

**Перспективи подальших досліджень** будуть полягати в порівнянні знань між керівниками закладів охорони здоров'я різних рівнів та розробці переривчастих курсів на інші тематики.

## Література

1. Антипенко Э. С. Аспекты понятий и закономерностей формирования и развития системы здравоохранения (размышления) / Э. С. Антипенко, А. Э. Антипенко ; Моск. гос. медико-стоматол. ун-т им. А.И. Евдокимова МЗ РФ. – Москва : Спутник+, 2015. – Изд. 3-е, испр. и доп. – 167 с.
2. Вороненко Ю. В. Фінансовий менеджмент з основами економіки охорони здоров'я : навчально-методичний посібник / Ю. В. Вороненко, В. М. Пашенко. – Київ : Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2011. – 499 с.
3. Гурков И. Б. Стратегический менеджмент организации : учеб. пос. / И. Б. Гурков. – Москва : ТЕИС, 2011. – 2-е изд., испр. и доп. – 239 с.
4. Менеджмент в охороні здоров'я : підручник / за заг. ред. М. І. Хвисюка, І. І. Парфьонові. – Харків, 2008. – Ч. 2. – 550 с.
5. Менеджмент і маркетинг в охороні здоров'я (курс за вибором, програма для студентів медичних факультетів вищих закладів освіти III–IV рівнів акредитації). – Київ, 2009. – 17 с.
6. Нові технології навчання менеджменту в медицині : навчальний посібник / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, Н. Г. Гойди, О. П. Мінцера [та ін.]. – Київ : Книга плюс, 2009. – 416 с.
7. Організація і управління охороною здоров'я (навчальний план і уніфікована програма передатестаційного циклу за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я»). – Київ, 2014. – 21 с.
8. Організація і управління охороною здоров'я (навчальний план та програма спеціалізації за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я»). – Київ, 2014. – 14 с.
9. Практический опыт проведения оценки деятельности систем здравоохранения. Многолетний процесс в Европейском регионе. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012. – 102 с.
10. Про подальше удосконалення системи післядипломної підготовки лікарів (провізорів) : наказ МОЗ України від 22.07.1993 р. № 166 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0113-93>. – Назва з екрана.
11. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я (програма для студентів медичних факультетів вищих закладів освіти III–IV рівнів акредитації). – Київ, 2009. – 31 с.
12. Сучасні аспекти менеджменту охорони здоров'я (програма для лікарів циклу тематичного удосконалення). – Запоріжжя, 2016. – 19 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 07.04.2017 р.

**Очно-дистанционная форма обучения –  
непрерывное образование для врачей-управленцев  
(менеджеров) в Украине**

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

**Цель** – провести оценку целесообразности и эффективности внедрения цикла тематического усовершенствования по вопросам менеджмента в здравоохранении в виде очно-дистанционной формы обучения.

**Материалы и методы.** Использованы учебные планы и программы по социальной медицине, цикла специализации и ПАЦ по специальности «Организация и управление здравоохранением», проведено анкетирование 41 слушателя цикла ТУ «Современные аспекты менеджмента здравоохранения».

**Результаты.** Отражены преимущества очно-дистанционной формы обучения в качестве непрерывного образования для усовершенствования профессионального развития руководителей учреждений здравоохранения области в период формирования общин и децентрализации власти в Украине.

**Выводы.** Установлена высокая потребность в повышении уровня базовых и специальных знаний по вопросам менеджмента здравоохранения среди врачей-управленцев (менеджеров) в Украине.

**Ключевые слова:** менеджмент здравоохранения, врачи-управленцы, тематическое усовершенствование, очно-дистанционное обучение.

**Full-time distance learning – continuous  
education for physicians-managers in Ukraine**

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

**Purpose** – to assess the appropriateness and effectiveness of introducing a cycle of thematic improvement on health management in the form of full-time distance learning.

**Materials and methods.** Educational plans and programs of social medicine, the specialization cycle and the PAC for the specialty “Organization and management of public health services”, questioning of 41 listeners of the cycle “The Modern Aspects of Health Management”.

**Results.** Advantages of the internal-controlled from distance form of educating are reflected as continuous education for the improvement of professional development of leaders of establishments of health protection in area in the period of forming of communities and decentralization of power in Ukraine.

**Conclusions.** There is a high need to raise the level of basic and special knowledge on health management among medical managers in Ukraine.

**Key words:** medical doctors, health care institutions, thematic improvement, full-time distance education.

**Відомості про авторів**

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

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

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

УДК 614.2:616.132-082.001.73(477.44)

В.П. Клименюк, О.М. Очерedyкo, Г.С. Черешнюк, А.А. Ахмедова

## Удосконалення медичного обслуговування пацієнтів з гострим коронарним синдромом як складової медичної реформи у Вінницькій області

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

**Мета** роботи полягала в оцінці медико-соціальної ефективності реформи кардіологічної допомоги у Вінницькій області.

**Матеріали та методи.** Дані організовані за когортним дизайном. Контрольна когорта охоплювала 400 пацієнтів з уперше в житті встановленим ГКС, які лікувались у кардіологічному відділенні м. Вінниці до впровадження моделі, а саме у 2005–2006 рр. Основна когорта включала 400 пацієнтів, які лікувались у новоствореному кардіологічному центрі у 2008–2009 рр. на момент початку реформи і створення обласного кардіологічного центру. Проспективно вивчалися випадки летальності протягом перших п'яти років з моменту госпіталізації. За простежений період померло 270 з 800 пацієнтів, тобто 33,75%. Для вивчення виживаності і тестування гіпотези обраний гнучкий семи-параметричний підхід на основі фрейлті моделі виживання (Frailty Survival Model).

**Результати.** Ефект реформи щодо покращення виживаності виявився достовірним ( $\beta = -0,179$ ,  $p = 0,029$ ). Як свідчить коефіцієнт відносного ризику ( $BP = 0,836$ ), базовий ризик летального наслідку при ГКС унаслідок впровадження зменшувався на 19,6% ( $[1/BP - 1] \times 100\%$ ). З'ясувалося, що саме вчасність допомоги являється вирішальним моментом зменшення базового ризику летального наслідку. А саме, якщо пацієнтів госпіталізували після 10 год., базовий ризик летального наслідку збільшувався на 43,6% ( $[BP - 1] \times 100\%$ ). Ефективність тромболітичної терапії та стентування тісно прив'язані до часу від моменту виникнення гострого коронарного синдрому, а саме перших 10–12 год. Аналіз показав, що вчасне проведення тромболітичної терапії зменшувало базовий ризик летального наслідку при ГІМ на 26,6% ( $[1/BP - 1] \times 100\%$ ), а вчасне виконання стентування на 31,1%.

**Висновки.** Впровадження елементів реформи організації медичної допомоги за цими принципами забезпечило додатково 0,8788 місяців життя пацієнту з ГКС протягом перших 5 років від початку хвороби. Ефект впровадження оцінюється як 1757,6 додаткових місяців життя щорічно протягом перших 5 років від початку хвороби в масштабах Вінницької області. Основний ефект, а саме 84,2% ефекту впровадження пов'язано саме з покращенням вчасності медичної допомоги. 15,8% від ефекту впровадження пов'язано з покращенням якості лікування пацієнтів.

**Ключові слова:** гострий коронарний синдром, виживаність, медична реформа.

### Вступ

В Україні серцево-судинна патологія поширена серед  $\frac{3}{4}$  населення України, в 62,5% випадків вона є причиною смерті, що значно вище, ніж у розвинених країнах Європи. Україна посідає перше місце в Європі за смертністю від серцево-судинних захворювань (ССЗ): щомісяця від цієї патології серед дорослого населення в Україні помирає 37 960 осіб з жахливим рівнем 1 людина за хвилину [3], що доводить актуальність удосконалення організації кардіологічної допомоги. Найінформативнішим показником ефективності медичного обслуговування є виживаність пацієнтів. Саме тому ми обрали виживаність як критерій для вивчення ефективності впровадження елементів моделі медичного обслуговування пацієнтів з гострим коронарним синдромом (ГКС) у Вінницькій області як пілотній щодо реформування медичної допомоги, так як саме скорочення тривалості життя є важливим медико-соціальним ефектом при ГКС [9]. Аспекти виживаності пацієнтів з ГКС широко вивчаються в розвинутих країнах світу [10]. Основним висновком є важливість своєчасної інтенсивної допомоги

та наступної реабілітації, які збільшують виживаність пацієнтів від 10% до 50%, що співпадає з результатами власних досліджень [1, 3]. Такі широкі варіації залежать від схем інтенсивної допомоги, послідовності реабілітаційного процесу, варіацій дослідника та контингентів досліджуваних, зокрема структури ГКС за нозологічними одиницями [2].

Впровадження моделі на території Вінницької області, де реформування медицини почалося саме із створення служби екстреної медицини (ЕМД). У 2009 р. був створений Вінницький обласний центр ЕМД та медицини катастроф з централізованою оперативно-диспетчерською службою, відділами медицини катастроф, санітарної авіації, телемедицини, консультативної допомоги, інформаційно-аналітичним, який є головною установою і розпорядником коштів системи ЕМД. Реформування ЕМД включала створення в сільських районах 6 станцій, 31 підстанцій та відділень швидкої медичної допомоги (ШМД), 81 пунктів ШМД, які входять до складу закладів охорони здоров'я районного та міських рівнів та в сільських районах згідно критичним радіусам обслуговування, 39 лікувально-

профілактичних закладів (ЛПЗ) задіяні до надання екстреної медичної допомоги, до 10 тис. ліжок різного профілю для обслуговування екстрених випадків, створення додаткових бригад (41,25), одиниць санітарного транспорту (59), посад лікарів (52,8) та середнього медичного персоналу ШМД (633,4) з розміщенням додаткових ресурсів відповідно до задоволення вчасного прибуття. Отримано погодження місцевих органів влади щодо надання приміщень на правах оренди для розміщення пунктів базування бригад ШМД із забезпеченням нормативу 10- та 20-хвилинної транспортної доступності надання ЕМД. Впроваджено цілеспрямоване вертикальне фінансування і централізовані поставки, що дозволило збільшити бюджетні асигнування на виклик в 7 разів протягом 2009–2013. Впроваджено наступні елементи моделі організації медичного обслуговування пацієнтів з ГКС: а) устаткування санітарного транспорту електрокардіографами з пристроями для дистанційної передачі кардіограми до обласного діагностичного дистанційного центру, б) оснащення станцій, підстанцій, санітарного транспорту обладнанням для проведення тромболітичної терапії, в) оснащення лікарських і фельдшерських бригад тропоніновими тестами для верифікації гострого інфаркту міокарду (ГІМ), як невід'ємної складової таблиці оснащення, г) зміну маршруту пацієнта, для чого забезпечено автомобілями категорії Б кожен підстанцію; автомобілі обладнані для спеціалізованих заходів серцево-легеневої реанімації та тромболітичної терапії з обов'язковою доставкою хворого в обласний кардіологічний центр з подальшим стентуванням у разі доставки у 3-годинне вікно; д) створення санітарної авіації, що дозволяє забезпечити доставку пацієнта у перші 3 години до кардіологічного центру; е) забезпечення безкоштовності проведення коронарографії та стентування за екстреними показами. Для інтеграції ресурсів і закінченості маршруту пацієнта з ГКС у вересні 2008 р. створено обласний кардіологічний центр.

Перевагами запропонованої моделі є: екстериторіальність, інтеграція медичної допомоги в єдиний медичний простір, поєднання таких критеріїв оптимізації, як вчасність і ефективність, відповідність до регіональної ситуації щодо здоров'я сільського населення, його розселення та ресурсних можливостей системи охорони здоров'я. Ліквідація територіальної нерівномірності забезпечення медичною допомогою за робочою гіпотезою повинна суттєво вплинути на рівень летальності і виживаності осіб з ГКС.

**Мета роботи** – оцінити медико-соціальну ефективність реформи кардіологічної допомоги у Вінницькій області.

#### Матеріали та методи

Дані організовані за когортним дизайном. Контрольна когорта охоплювала 400 пацієнтів з уперше в житті встановленим ГКС, які лікувались в кардіологічному відділенні м. Вінниці до впровадження моделі, а саме у 2005–2006 рр. Основна когорта включала

400 пацієнтів, які лікувались в новоствореному кардіологічному центрі у 2008–2009 рр. на момент початку реформи і створення обласного кардіологічного центру. Проспективно вивчались випадки летальності протягом перших п'яти років з моменту госпіталізації. За простежений період померло 270 з 800 пацієнтів, тобто 33,75%. Для вивчення виживаності і тестування гіпотези обраний гнучкий семи-параметричний підхід на основі фрейлті моделі виживання (Frailty Survival Model). Остання необхідна для врахування індивідуальної спроможності до виживання, яка звичайно різна для окремих інвалідів і відповідно призводить до різних термінів виживання не залежно від інших факторів, зокрема незалежно від вчасності та якості медичного обслуговування. Недоврахування фрейлті призводить до зміщених і малозмістовних оцінок ефектів моделі, зокрема зміщення ефективності впровадження реформи. Модель має три головні компоненти (функції): а) змінна у часі базова функція ризику, б) функція факторів ризику, які видозмінюють базовий ризик, в) функція, яка описує розподіл фрейлті. Параметрична базова функція ризику не специфікувалась, натомість оцінювалась семи-параметрично на основі оцінщика Аалена [4]. Такий підхід уникає можливості неправильної специфікації базової функції ризику, так як апіорно її параметрична форма невідома. В якості функції факторів ризику прийнято класичну експоненційну. Обраний позитивний стабільний рандомізований розподіл (positive stable random distribution) як функцію розподілу фрейлті:

$$f(z) = \frac{1}{\pi} \sum_{k=1}^{\infty} (-1)^{k+1} \frac{\Gamma(k\gamma + 1)}{k!} z^{-k\gamma-1} \sin(k\gamma\pi), \quad (1)$$

де  $z$  – значення фрейлті ( $z \geq 0$ ),  $\gamma$  – єдиний параметр розподілу, який фактично є оберненою мірою дисперсії (гетерогенності розподілу)  $z$ ,  $0 < \gamma \leq 1$ ,  $\Gamma(\bullet)$  – гама функція.

В спеціальному випадку  $\gamma = 1$  розподіл дегенерує до постійної точки маси  $z = 1$ , тобто свідчить про однакову індивідуальну спроможність до виживання всіх членів когорти. З іншого боку, наближення  $\gamma$  до нуля свідчить про велику гетерогенність розподілу індивідуальної спроможності до виживання. Саме тому іншою назвою моделі є позитивна стабільна фрейлті модель (Positive Stable Frailty Model). Ми обрали позитивний стабільний рандомізований розподіл фрейлті (ф.1) перш за все тому, що це єдиний вид статистичного розподілу фрейлті, який зберігає пропорційність ефектів факторів в часі після виінтегрування фрейлті розподілу, тобто в простому випадку бінарного фактору ризику  $X$  співвідношення ризиків за градації 1 проти градації 2 та ефект не залежить від часу  $t$ :

$$\frac{\mu(t | X = 1)}{\mu(t | X = 0)} = e^{\gamma\beta}. \quad (2)$$



Коефіцієнти моделі (ефекти факторів на виживання)  $\beta$  та параметр дисперсії фрейлті  $\gamma$  розраховувались за двома семи-параметричними методами: ЕМ (*expectation-maximization*) алгоритмом та штрафної правдоподібності (*penalized likelihood*). Основною для обох методів стала класична функція лог-правдоподібності для фрейлті моделі умовних пропорційних ризиків, а саме:

$$L = \sum_{i=1}^N \sum_{j=1}^M \{I_{ij} [\beta X_{ij} + \ln h(t_{ij})] - z_i H(t_{ij}) \exp(\beta X_{ij})\}, \quad (3)$$

де:  $i$  – номер пацієнта (від 1 до  $N$ ),  $N$  – загальна кількість пацієнтів (800),  $j$  – порядковий номер місяця спостереження когорти (від 1 до  $M$ ),  $M=12 \times 5=70$ ,  $I_{ij}$  – індикатор правого цензурування (пацієнт  $i$  в момент часу  $j$ : 1 – помер, 0 – цензурований);  $z_i$  – значення фрейлті для  $i$ -го пацієнта.

Тоді як значення фрейлті передбачається незмінним в часі, модель допускає зміну факторів ризику в часі через  $X_{ij}$ . Повна форма (ф.3) враховує ще константи  $I_{ij} \times \ln(z_i)$ , проте вони не впливають на результат максимізації ф.3, так як похідні за  $\beta$  цих констант дорівнюють нулю. Максимізація ф.3 складає  $M$ -крок ЕМ алгоритму. За отриманим вектором  $\beta$  і  $H$  здійснюється  $E$  крок ЕМ алгоритму (*expectation*), на якому розраховують очікувані значення фрейлті  $E(z_i|\beta, X_i)$  за формулою [11]:

$$E(z_i) = \frac{E[z_i^{D_i+1} \exp(-H_i z_i)]}{E[z_i^{D_i} \exp(-H_i z_i)]}, \quad (4)$$

де:  $D_i = \sum_{j=1}^M I_{ij}$  є спостереженим наслідком (помер/цензурований) у пацієнта  $i$ .

Аналіз здійснено за допомогою SAS 9.1 Level 1M3 XP Home platform, S/N 882876, Site #12300001 licensed to Ocheredko Oleksandr. Ми внесли модифікацію до алгоритму SAS макро [8]. Максимізацію ми проводили за технікою золотого пошуку після попереднього обмеження можливого простору рішення за ґрид-сеч методом.

### Результати дослідження та їх обговорення

Логічний контент композиції моделі полягає у врахуванні груп факторів, які свідчать про доступність, якість медичної допомоги, а також коваріат, які за даними клінічних досліджень [7] є важливими предикторами виживаності при ГКС, зокрема, це вік, стать, супутня патологія, локалізація інфаркту, ускладнення, важкість стану пацієнта, фракція викиду лівого шлуночка, наявність патологічного зубця Q, значення систолічного тиску, зупинка серця, які вимірювались на момент госпіталізації. Статистичні оцінки ефектів вказаних факторів наведені в таблиці. Обрані лише достовірні ефекти.

Тестування гіпотези ґрунтується на ефекті «Впровадження реформи». Ефект виявився достовірним ( $\beta=-0,179$ ,  $p=0,029$ ). Як свідчить коефіцієнт відносного ризику ( $VR=0,836$ ), базовий ризик летального наслідку при ГКС внаслідок впровадження зменшувався на 19,6% ( $[1/VR-1] \times 100\%$ ). З'ясувалося, що саме вчасність допомоги являється вирішальним моментом зменшення базового ризику летального наслідку.

А саме, якщо пацієнтів госпіталізували після 10 годин, базовий ризик летального наслідку збільшувався на 43,6% ( $[VR-1] \times 100\%$ ).

Таблиця

Статистичні оцінки достовірних ефектів досліджених факторів

№	Фактори	$\beta$	m	$\chi^2$	df	p	VR
1	Впровадження реформи	-0,179	0,082	4,777	1	0,029	0,836
2	Вік (+1 понад 40)	0,013	0,006	5,652	1	0,017	1,013
3	Стать (ч=1, ж=0)	-0,275	0,121	5,194	1	0,023	0,759
4	Затримка госпіталізації понад 10 годин	0,362	0,118	9,485	1	0,002	1,436
5	Важкий стан пацієнта*	0,197	0,072	7,445	1	0,006	1,218
6	Індекс Чарлсона $\geq 5$	0,179	0,100	3,198	1	0,074	1,196
7	Фракція викиду $\leq 0,3$ *	0,333	0,119	7,880	1	0,005	1,395
8	Систолічний тиск $>170$ *	0,321	0,185	5,169	1	0,023	1,378
9	+Q	0,169	0,070	5,762	1	0,016	1,184
10	Зупинка серця*	0,483	0,247	3,838	1	0,050	1,621
11	Стентування	-0,271	0,103	6,905	1	0,009	0,763
12	Тромболітична терапія	-0,236	0,104	5,195	1	0,023	0,790

Параметр дисперсії  $\gamma = 0,305$

Примітка:  $\beta$  – оцінка парціального коефіцієнта регресії; m – помилка парціального коефіцієнта регресії;  $\chi^2$  – тестова статистика достовірності ефекту хі-квадрат; df – ступені свободи; p – оцінка достовірності ефекту за тестом хі-квадрат; VR – відносний ризик; \* – станом на момент госпіталізації.

Ефективність тромболітичної терапії та стентування тісно прив'язані до часу від моменту виникнення гострого коронарного синдрому, а саме перших 10–12 годин. Саме в цьому періоді вони і застосовуються, адже відома найкраща ефективність тромболітичної терапії до 6 годин, стентування до 3,5 годин. Аналіз показав, що вчасне проведення тромболітичної терапії зменшувало базовий ризик летального наслідку при ГІМ на 26,6% ( $[1/VP-1] \times 100\%$ ), а вчасне виконання стентування на 31,1%. За даними зарубіжних досліджень, ефективність вказаних процедур вища зі зменшенням базового ризику майже вдвічі з чітко вираженою віковою моделлю, а саме більшою ефективністю в молодших групах (VP досягає 0,5 і менше), і навпаки підвищенням ризику після 70–75 років (VP перевищує 1) [5]. Суто клінічні фактори, які наряду з вчасністю допомоги модифікували летальність прогнозовано. Так, зупинка серця до або на момент госпіталізації Q збільшувала базовий ризик летального наслідку на 62,1% на межі достовірності  $p=0,05$ . Як і у випадку з індексом Чарлсона, низька достовірність пов'язана перш за все з рідкістю зазначених явищ. Значення VP погоджується з результатами інших авторів, які наводять VP у межах 1,2–1,8 [6]. Кожний наступний рік життя після віку 40 років збільшував базовий ризик летальності на 1,3%. Знову наші дані співзвучні з оцінками зарубіжних авторів (VP від 1,01 до 1,07) [7]. Жінки мали вищий (на 31,7%) ризик летального наслідку, ніж чоловіки ( $[1/0,759-1] \times 100\%$ ), що знаходиться у відповідності результатам інших дослідників [7].

Поряд з тестуванням гіпотези на основі відносного ризику ми вивчили ефективність удосконалення медичного обслуговування пацієнтів з гострим коронарним синдромом за кривими виживаності. Останні наглядно описують ефект заходів, які змінюють популяційні ризики летальності. Вони будуються за спостереженими даними щодо виживаності, і дозволяють моделювати ті чи інші елементи чи сценарії систем медичного захисту. На рисунку зображені криві виживаності пацієнтів з ГКС до і після впровадження удосконаленої моделі організації медичного обслуговування осіб з ГКС. Очевидний позитивний зміст впровадження, який кількісно виражається у різниці

площ під кривими. Ця різниця становить 0,8788 місяців. Це означає, що в середньому впровадження забезпечило додатково 0,8788 місяців життя пацієнту протягом перших 5 років від початку хвороби. Відповідно 100 пацієнтів покращить своє виживання на 87,88 місяців протягом перших 5 років від початку хвороби. Щороку по Вінницькій області реєструється близько 2000 випадків з гострим коронарним синдромом. Відповідно ефект впровадження оцінюється як 1757,6 додаткових місяців життя протягом перших 5 років від початку хвороби в масштабах Вінницької області щорічно.

Нами встановлено [8], що основний ефект (84,2%) впровадження пов'язаний із покращенням вчасності медичної допомоги. 15,8% від ефекту впровадження пов'язано з покращенням якості лікування пацієнтів.

### Висновки

Хвороби серцево-судинної системи, обкрадаючи середню тривалість життя українців, залишають великий резерв керованості. Важливим аспектом удосконалення медичної допомоги залишається саме вчасність та доступність. Впровадження елементів реформи організації медичної допомоги за цими принципами забезпечило додатково 0,8788 місяців життя пацієнту з ГКС протягом перших 5 років від початку хвороби. Ефект впровадження оцінюється як 1757,6 додаткових місяців життя щорічно протягом перших 5 років від початку хвороби в масштабах Вінницької області. Основний ефект, а саме 84,2% ефекту впровадження пов'язано саме з покращенням вчасності медичної допомоги. 15,8% від ефекту впровадження пов'язано з покращенням якості лікування пацієнтів. Тестування робочої гіпотези на основі когортного дизайну за аналізом виживаності показав, що, ефект впровадження реформи виявився достовірним ( $\beta=-0,179$ ,  $p=0,029$ ). Базовий ризик летального наслідку при ГКС зменшився впровадженням на 19,6%.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у вирівнянні виживаності на пов'язані з ГКС обмеженнями у вигляді вирівняння на якість (QALY), або ж інвалідність (DALY) років життя після випадку ГКС.

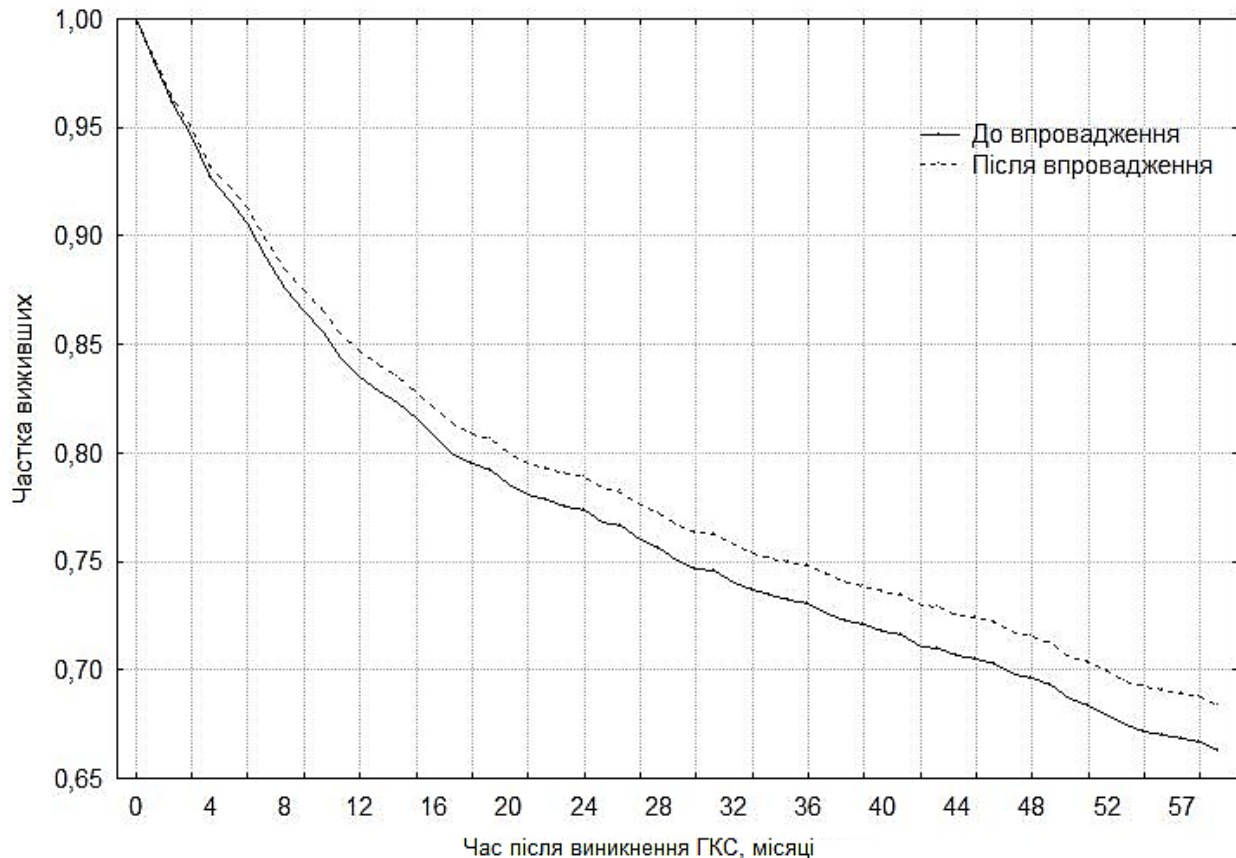


Рис. Криві виживаності пацієнтів після перенесеного ГКС до і після впровадження

## Література

1. Клименюк В. П. Аналіз модифікації 6-річної виживаності інвалідів внаслідок гострого інфаркту міокарда та інсульту інваріантними факторами способу життя та анамнезу на основі моделі Кокса / В. П. Клименюк // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 1 (110), № 3. – С. 157–163.
2. Клименюк В. П. Аналіз модифікації 6-річної виживаності інвалідів внаслідок гострого інфаркту міокарда та інсульту клінічними факторами на основі моделі пропорційного ризику Кокса / В. П. Клименюк, О. М. Очередько // Буковинський медичний вісник. – 2014. – Т. 18, № 3 (71). – С. 175–181.
3. Клименюк В. П. Вивчення ефектів медикаментозної терапії та стану пацієнта на момент виписування із стаціонару на 6-річну виживаність при гострому інфаркті міокарда та інсульту / В. П. Клименюк // Українські медичні вісті. – 2014. – Т. 11, № 80–83. – С. 474–478.
4. Aalen O. O. Survival and Event History Analysis: A Process Point of View / O. O. Aalen, O. Borgan, H. K. Gjessing. – Berlin : Springer, 2015. – 432 p.
5. Early and Long-Term Clinical Outcomes Associated With Reinfarction Following Fibrinolytic Administration in the Thrombolysis In Myocardial Infarction Trials / C. M. Gibson, Juhana Karha, Sabina A. Murphy [et al.] // J. of the Am. College of Cardiology. – 2013. – Vol. 42, № 1. – P. 7–16.
6. Early coronary intervention following pharmacologic therapy for acute myocardial infarction (the combined TIMI 10B-TIMI 14 experience) / M. J. Schweiger, C. P. Cannon, S. A. Murphy [et al.] // Am. J. Cardiol. – 2016. – Vol. 88. – P. 831–836.
7. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations / K. Kuulasmaa, H. Tunstall-Pedoe, A. Dobson [et al.] // Lancet. – 2000. – Vol. 355. – P. 675–687.
8. Klimenyk V. The positive stable frailty model application to assess survival effect of health care reform on patients with acute myocardial infarction / O. Ocheredko, V. Klimenyk // The Pharma Innovation J. – 2014. – Vol. 3 (8). – P. 67–72.
9. Long term survival after evidence based treatment of acute myocardial infarction and revascularisation: follow-up of population based Perth MONICA cohort, 1984–2005 / T. Briffa, S. Hickling, M. Knuiman [et al.] // BMJ. – 2015. – Vol. 338. – 356 p.

10. *Secular changes in cardiovascular risk factors and attack rate of myocardial infarction among men aged 50 in Gothenburg, Sweden. Accurate prediction using risk models / L. Wilhelmsen, L. Welin, K. Svardsudd [et al.] // J. Intern. Med. – 2016. – Vol. 263. – P. 636–643.*
11. *Wang S. T. Semi-parametric estimation of covariate effects using the positive stable frailty model / S. T. Wang, J. P. Klein, M. L. Moeschberger // Applied Stochastic Models and Data Analysis 11. – 2015. – P. 121–133.*

Дата надходження рукопису до редакції: 10.04.2017 р.

**Усовершенствование медицинского обслуживания пациентов с острым коронарным синдромом как составной медицинской реформы в Винницкой области**

*В.П. Клименюк, А.Н. Очередько,  
Г.С. Черешнюк, А.А. Ахмедова*

Винницкий национальный медицинский университет  
имени Н.И. Пирогова, г. Винница, Украина

**Цель** работы заключалась в оценке медико-социальной эффективности реформы кардиологической помощи в Винницкой области.

**Материалы и методы.** Данные организованы за когортным дизайном. Контрольная когорта охватывала 400 пациентов из впервые в жизни установленным острым коронарным синдромом (ОКС), которые лечились в кардиологическом отделении г. Винницы до внедрения модели, а именно в 2005–2006 гг. Основная когорта включала 400 пациентов, которые лечились в новом кардиологическом центре в 2008–2009 гг. на момент начала реформы и создания областного кардиологического центра. Проспективно изучались случаи летальности в течение первых пяти лет с момента госпитализации. За прослеженный период умерло 270 из 800 пациентов, то есть 33,75%. Для изучения выживаемости и тестирования гипотезы избран гибкий семи-параметрический подход на основе фрейлти модели выживания (Frailty Survival Model).

**Результаты.** Эффект реформы относительно улучшения выживаемости оказался достоверным ( $b=-0,179$ ,  $p=0,029$ ). Как свидетельствует коэффициент относительного риска (ОР=0,836), базовый риск летального исхода при ОКС в результате внедрения уменьшился на 19,6% ( $[1/ОР-1] \times 100\%$ ). Выяснилось, что именно своевременность оказания помощи является решающим моментом уменьшения базового риска летального исхода. А именно, если пациентов госпитализировали после 10 часов, базовый риск летального исхода увеличивался на 43,6% ( $[ОР-1] \times 100\%$ ). Эффективность тромболитической терапии и стентирования тесно привязаны к времени от момента возникновения острого коронарного синдрома, а именно первые 10–12 часы. Именно в этом периоде они и применяются, ведь известна наилучшая эффективность тромболитической терапии до 6 часов, стентирование до

3,5 часов. Анализ показал, что своевременное проведение тромболитической терапии уменьшало базовый риск летального исхода при ОИМ на 26,6% ( $[1/ОР-1] \times 100\%$ ) а своевременное выполнение стентирования на 31,1%.

**Выводы.** Внедрение элементов реформы организации медицинской помощи за этими принципами обеспечило дополнительно 0,8788 месяцев жизнь пациенту с ОКС в течение первых 5 лет от начала заболевания. Эффект внедрения оценивается как 1757,6 дополнительных месяцев жизни ежегодно в течение первых 5 лет от начала заболевания в масштабах Винницкой области. Основным эффектом, а именно 84,2% эффекта внедрения связано именно с улучшением своевременности оказания медицинской помощи. 15,8% от эффекта внедрения связано с улучшением качества лечения пациентов.

**Ключевые слова:** острый коронарный синдром, выживаемость, медицинская реформа.

**Improvement of medical care to the patients with acute coronary syndrome as constituent to health reform in Vinnitsa region**

*V.P. Klimenyk, O.M. Ocheredko,  
G.S. Cheresheynyk, A.A. Achmedova*

Pirogov Memorial Vinnitsa National Medical University,  
Vinnitsa, Ukraine

**Purpose** of investigation was to evaluate medical and social efficacy of cardiological care reform in Vinnitsa region.

**Materials and methods.** Data organized by cohort design. Control cohort comprised 400 patients with incidental acute coronary syndrome (ACS) treated in cardiological inpatient department before reform implementation (2005–2006). Experimental cohort comprised 400 patients with incidental ACS treated in innovative oblast cardiological center introduced at the beginning of reform implementation (2008–2009). Lethal ACS cases were registered in 5 years following discharge prospectively. In given period 270 lethal ACS cases registered out of 800 patients, i.e. 33.75%. To investigate survival and to test hypotheses we opted for flexible semi-parametric frailty survival model.

**Results.** Impact of the reform on survival proved to be significant ( $\beta=-0.179$ ,  $p=0.029$ ). According to relative risk ratio ( $RR=0.836$ ), basic risk of lethality under reform decreased by 19.6% ( $[1/RR-1]\times 100\%$ ). It appeared that it was timeliness of care that proved to be crucial for basic risk reduction. So that given patient was admitted to the hospital after 10 hours basic risk of lethal outcome increased by 43.6% ( $[RR-1]\times 100\%$ ). Efficacy of thrombolytic therapy and stenting closely related to the timeliness of administration too, particularly being effective in first 10–12 hours. In time administered thrombolytic therapy reduced basic risk by

26.6%, while in time stenting rendered 31.1% risk reduction.

**Conclusions.** Implementation of reform by substantiated principles safeguarded average gain of 0.8788 months to patient with ACS in first 5 years from incidence. Effect of implementation assessed to reach 1757.6 gained months of life annually in first 5 years from incidence scaled to Vinnitsa region. Main component (84.2% of effect) pertained to improvement of timeliness of emergency care. 15.8% of effect explained by improvement of treatment quality.

**Key words:** acute coronary syndrome, survival, health reform.

### Відомості про авторів

**Клименюк Володимир Петрович** – к.мед.н., асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21006, Україна.

**Очерedyкo Олександр Миколайович** – д.мед.н., професор, завідувач кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21006, Україна.

**Черешнюк Галина Семенівна** – старший викладач кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21006, Україна.

**Ахмедова Анастасія Абдукарімівна** – асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21006, Україна.

УДК 616.314-053.2-08.001.57(477.87)

О.В. Клітинська

## Функціонально-організаційна модель профілактики та лікування карієсу в дітей Закарпатської області

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

**Мета** – розробити комплексну функціонально-організаційну модель профілактики та лікування карієсу в дітей Закарпатської області.

**Матеріали та методи.** В статті описано функціонально-організаційну модель профілактики та лікування карієсу в дітей, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду.

**Результати.** Центральним елементом даної моделі є діти, які повинні мати здорові зуби, її стратегічним напрямком є забезпечення стоматологічного здоров'я дітей, а тактичним напрямком системи – забезпечення всіх учасників процесу комплексною інформацією з питань профілактики основних стоматологічних захворювань, мотивації до профілактичних заходів, включаючи профілактичні заходи та відвідування лікарів з профілактичною метою, поетапного лікування дітей Закарпатської області.

**Висновки.** У сучасних умовах реформування медичної галузі України з підвищенням ролі профілактичної ланки медицини, особливо в дитячому віці, зокрема, зниження стоматологічної захворюваності, можливе лише за умови удосконалення медико-організаційних форм профілактики, якісної ранньої діагностики та поетапного лікування карієсу у дітей.

**Ключові слова:** діти, профілактика карієсу, функціонально-організаційна модель, стоматологічне здоров'я.

### 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).

За останнє десятиліття відмічається збільшення рівня стоматологічної захворюваності дитячого населення, незважаючи на стрімкий розвиток матеріалознавства та запровадження нових методик у практичну охорону здоров'я [2–9, 16, 21–23]. Досить відчутні проблеми у тих регіонах, де існує природний біогеохімічний дефіцит фтору та йоду як мікроелементів, які є есенціальними для повноцінного росту дітей [10–13].

Результати епідеміологічних досліджень, проведених у різних регіонах України, свідчать про збільшення поширеності та інтенсивності проявів основних стоматологічних захворювань, зокрема, за даними Л. О. Хоменко, О. І. Остапко, поширеність карієсу постійних зубів у місті Києві та Київській області становить 63,4% при інтенсивності 8,4; а тимчасових зубів – 87,3% при інтенсивності 9,2 [17]; у Львівській області – 73,4% при інтенсивності 9,4, а тимчасових зубів – 89,3% при інтенсивності 11,2 [16]; у Полтавській області – 56,4% при інтенсивності 5,4, а тимчасових зубів – 88,3% при інтенсивності 9,2 [4, 20]; у Закарпатській області – 91,4% при інтенсивності 11,3, а тимчасових зубів – 98,3% при інтенсивності 14,9 [6–8].

Однією з причин високого рівня поширеності стоматологічних захворювань є недостатня, а часом

відсутня система диспансеризації дитячого населення. Не носять системного характеру медико-організаційні заходи, спрямовані на підвищення рівня медичної інформованості, медико-соціальної та профілактичної активності дітей і батьків, що призводить до їх звернення за стоматологічною допомогою при наявності уже більш тяжких стадій стоматологічної патології [15, 18, 19].

Відсутні належний аналіз потреби та доступність стоматологічних послуг для дітей і підлітків, обґрунтування організаційних форм лікаря-стоматолога в умовах дитячих поліклінік та шкільних стоматологічних кабінетів, а посада дитячого стоматолога вводиться лише в лікувальних та лікувально-профілактичних закладах третього рівня надання медичної допомоги [1–3, 14]. Це визначило мету та завдання даного дослідження і обумовило її актуальність.

**Мета роботи** – розробити комплексну функціонально-організаційну модель профілактики та лікування карієсу в дітей, які проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду.

### Результати дослідження та їх обговорення

При розробці комплексної функціонально-організаційної моделі профілактики та лікування карієсу у дітей, які проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду ми виходили з того, що вказаний процес є складним, комплексним і за часом постійним процесом. Також ми враховували процес реформування системи надання медичної допомоги з пріоритетним напрямком розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини. При

цьому на законодавчому рівні визначено, що лікарі загальної практики – сімейні лікарі (ЛЗПСЛ) мають надавати ПМСД як дорослому так і дитячому населенню, а головним напрямком їх діяльності визначено профілактичний. Згідно із затвердженою кваліфікаційною характеристикою, ЛЗПСЛ мають надавати медичну допомогу стоматологічного профілю.

Розроблена нами комплексна функціонально-організаційна модель профілактики та лікування карієсу у дітей представлена на рисунку. Центральним елементом моделі стають діти, які повинні мати здорові зуби.

Стратегічним напрямком моделі є забезпечення стоматологічного здоров'я дітей. Тактичним напрямком системи є забезпечення всіх учасників процесу комплексною інформацією з питань профілактики захворювань зубів та слизової оболонки порожнини рота, мотивації до профілактичних заходів, включаючи профілактичні заходи та відвідування лікарів з профілактичною метою, поетапного лікування при ураженнях зубів, ясен та слизової оболонки.

Учасниками процесу забезпечення стоматологічного здоров'я дітей є їхні батьки, вихователі дошкільних закладів та вчителі навчальних закладів, сімейні лікарі та лікарі-стоматологи дитячі. Для кожного учасника процесу забезпечення стоматологічного здоров'я дітей визначені функції.

Лікарі загальної практики-сімейні лікарі інформують дітей, батьків, працівників дитячих дошкільних закладів, вчителів навчальних закладів з питань профілактики основних стоматологічних захворювань. Нами рекомендовано організація шкіл «Здорова усмішка», які створюються та функціонують на базі навчальних закладів. З метою максимального охоплення батьків заняття проводяться під час батьківських зборів у навчальному закладі, розроблено план занять в школі «Здорової усмішки», де тематика занять залежить від віку дітей.

Індивідуальні консультації батьків та дітей під час відвідування ними сімейної амбулаторії. Сімейні консультації із збереження стоматологічного здоров'я під час відвідування сімейним лікарем сімей.

Проведення профілактичних оглядів дітей з метою встановлення стану органів та тканин порожнини рота. При відсутності патології даються рекомендації з догляду за порожниною рота та зубами з наступним профілактичним оглядом через рік.

За наявності факторів ризику розробляється індивідуальний план профілактики стоматологічної патології та усунення факторів ризику, який обговорюється з батьками і даються конкретні рекомендації батькам з наступним профілактичним оглядом через 6 місяців.

При патології дитина скеровується до лікаря стоматолога дитячого про що ставиться до відома класний керівник в школі (вихователь дитячого садочка). Необхідність відвідування лікаря – стоматолога дитячого обговорюється з батьками.

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі заповнюється спеціальне направлення до стоматологічної поліклініки, яке має зворотну частину. В зворотній частині, лікар-стоматолог, вносить рекомендації сімейному лікарю з подальшого ведення дитини. Зворотна частина ЛЗПСЛ передається централізовано. Така форма організації консультації одночасно виконує функцію контролю за відвідуванням дитиною лікаря-стоматолога дитячого.

Батьки дітей забезпечують наявність рекомендованих засобів гігієнічного догляду за порожниною рота та зубами, навчають дитину правилам гігієнічного догляду за порожниною рота та зубами, контролюють виконання дітьми правил гігієни; збалансоване харчування дітей; виконують індивідуальні плани профілактики та лікування розроблені ЛЗПСЛ та лікарями-стоматологами дитячими; відвідують заняття в школі «Здорова усмішка».

Вихователі дошкільних дитячих закладів: та вчителі навчальних закладів сумісно з ЛЗПСЛ організовують роботу школи «Здорова усмішка» та приймають участь у заняттях школи; контролюють, а при необхідності організують, своєчасність відвідування дітьми ЛЗПСЛ та лікарів-стоматологів дитячих з профілактичною метою; в дитячих дошкільних закладах організують виконання дітьми правил гігієнічного догляду за порожниною рота та зубами; при необхідності організують консультації психологів з корекції психоемоційного стану дитини.

Лікарі-стоматологи дитячі аналізують стан стоматологічного здоров'я та розробляють популяційні заходи профілактики та оздоровлення дітей; контролюють виконання регіональних програм збереження стоматологічного здоров'я дітей; забезпечують поетапне лікування дітей з стоматологічною патологією.

В організаційному плані лікарі-стоматологи дитячі повинні мати можливість проводити дослідження з визначення мікробіологічного профілю порожнини рота в дітей з метою призначення (корекції) специфічного лікування. Розроблено перелік станів при яких діти в області підлягають мікробіологічному обстеженню.

В умовах впровадження в практичну охорону здоров'я даної системи підвищується значення кафедр дитячої стоматології по забезпеченню в регіоні активної роботи з профілактики та лікування карієсу у дітей. Основними задачами кафедри стають:

- Науково-методичне забезпечення учасників процесу збереження стоматологічного здоров'я дітей.
- Розробка інформаційних матеріалів для батьків з питань збереження та зміцнення стоматологічного здоров'я дітей.
- Навчання ЛЗПСЛ основам профілактики у дітей стоматологічної патології шляхом організації та проведення курсів тематичного удосконалення.
- Організація навчально-методично-консультативних виїздів до дитячих поліклінік в області.

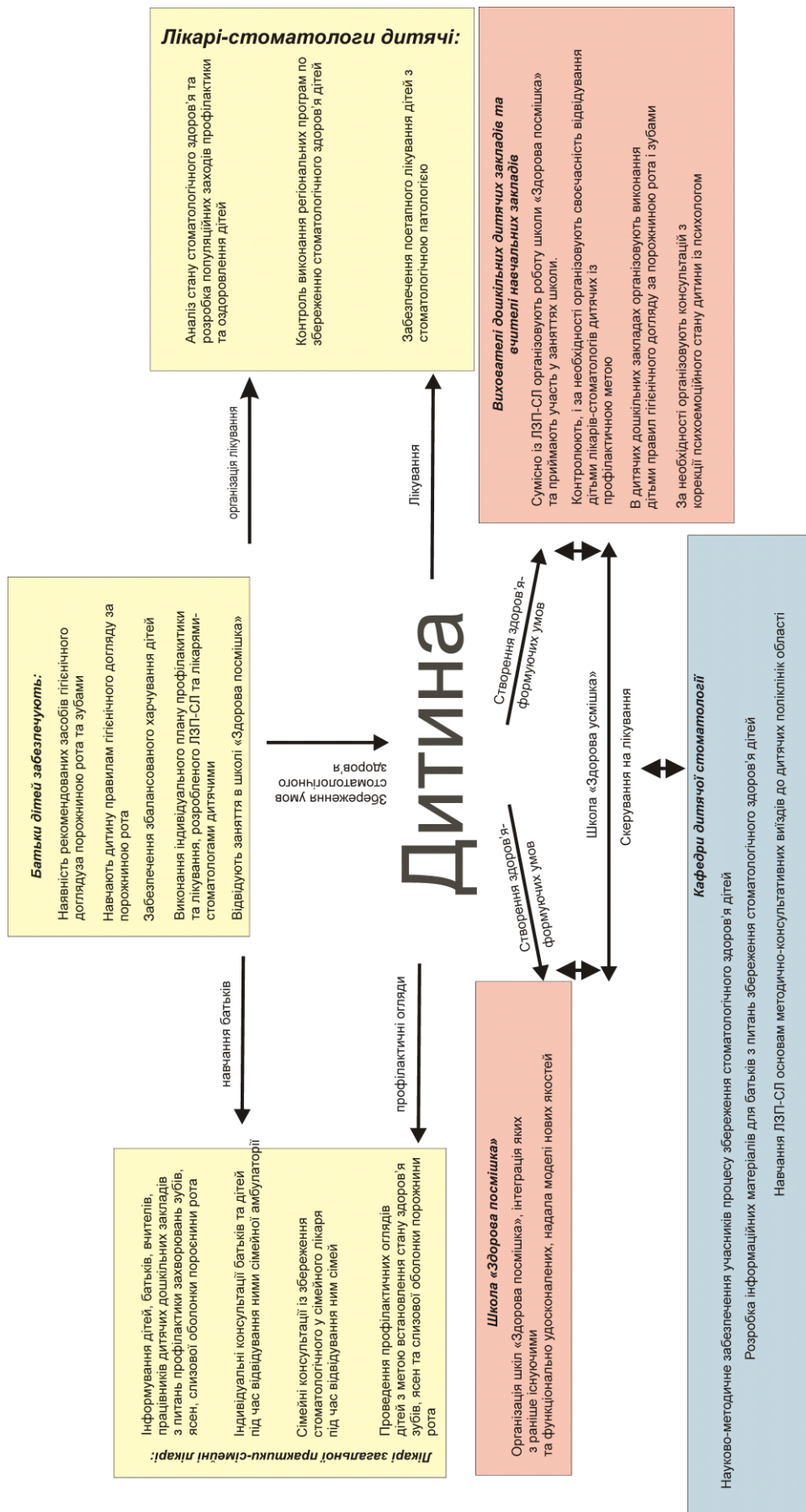


Рис. Комплексна функціонально-організаційна модель профілактики та лікування карієсу в дитині



Зв'язок лікарів первинного рівня надання медичної допомоги з дитячими стоматологічними поліклініками здійснюється шляхом: проведення семінарів, тренінгів та практичних занять для ЛЗПСЛ на базі дитячих стоматологічних поліклінік з метою їхньої безперервної професійної підготовки; організації виїзних планових консультацій лікарів-стоматологів дитячих до центрів первинної медико-санітарної допомоги; проведення обласних днів дитячої стоматології з розглядом актуальних питань організації стоматологічної допомоги дитячому населенню з запрошенням ЛЗПСЛ.

Вертикаль управління організацією профілактичної стоматологічної допомоги дитячому населенню забезпечується через головних позаштатних спеціалістів обласного, міських і районних управлінь (відділів) охорони здоров'я.

Особливістю структурної побудови моделі стало включення до неї:

1. Існуючих елементів системи охорони здоров'я, причетних до організації профілактики стоматологічної патології у дітей. В умовах тотального ураження карієсом дітей, які проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду не рекомендується скорочення посад лікарів-стоматологів дитячих, що відбувається останнім часом в Україні.

2. Існуючих складових, але частково змінених за рахунок їх функціональної оптимізації.

3. Якісно нових елементів (підготовка ЛЗПСЛ, залучення вчителів шкіл та вихователів дошкільних дитячих закладів, організація шкіл «Здорова усмішка») інтеграція яких з раніше існуючими та функціонально удосконаленими надала моделі нових якостей із досягненням головної мети дослідження.

Використання даної системи дозволить при оптимальних затратах забезпечити комплексну

профілактику карієсу у дітей, які проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду з максимальним охопленням профілактичними програмами дітей регіону.

### Висновки

Розроблена комплексна функціонально-організаційна модель ранньої діагностики, профілактики та лікування карієсу, центральним елементом якої є діти, які повинні мати здорові зуби, її стратегічним напрямком є забезпечення стоматологічного здоров'я дітей, а тактичним напрямком системи є забезпечення всіх учасників процесу комплексною інформацією з питань профілактики основних стоматологічних захворювань, мотивації до профілактичних заходів, включаючи профілактичні заходи та відвідування лікарів з профілактичною метою, поетапного лікування дітей, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду.

У сучасних умовах реформування медичної галузі України з підвищенням ролі профілактичної ланки медицини, особливо в дитячому віці, зокрема, зниження стоматологічної захворюваності, можливе лише за умови удосконалення медико-організаційних форм профілактики, якісної ранньої діагностики та поетапного лікування карієсу у дітей.

### Перспективи подальших досліджень

Застосування описаної структурно-організаційної моделі дасть змогу поліпшити стоматологічне здоров'я дітей Закарпатської області, тим самим зміцнити здоров'я нації в майбутньому.

## Література

1. Багдасарова О. А. Выбор рациональной системы профилактики кариеса зубов у детей школьного возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук за специальностью 14.01.21 «Стоматология» / О. А. Багдасарова. – Самара, 2009. – 18 с.
2. Бычкова А. М. Швейцарская формула укрепления здоровья / А. М. Бычкова, Е. А. Сливак // Doctor. – 2002. – № 5. – С. 66–67.
3. Вихідні умови для застосування раціональної моделі профілактики стоматологічних захворювань в Україні / А. Еліашова, Ю. О. Мочалов, О. В. Клітинська, В. З. Розлуцька // Молодий вчений. – 2015. – № 6 (21). – С. 64–67.
4. Епідеміологічні дослідження – основа планування заходів профілактики стоматологічних хвороб у дітей / Л. Ф. Каськова, Н. В. Левченко, О. Ю. Андріанова [та ін.] // Український стоматологічний альманах. – 2011. – № 2. – С. 25–26.
5. Заявление международной стоматологической ассоциации (FDI) «Глобальные цели в области стоматологического здоровья (Совместное заявление FDI – ВОЗ – IADR)» [Электронный ресурс] / Принято Генеральной Ассамблеей FDI 18 сентября 2003 года. – Режим доступа : [http://www.e-stomatology.ru/star/info/fdi/fdi\\_global.htm](http://www.e-stomatology.ru/star/info/fdi/fdi_global.htm). – Название с экрана.
6. Клітинська О. В. Аналіз якості контролю за індивідуальною гігієною порожнини рота школярів, які проживають в умовах мікроелементозів фтору та йоду / О. В. Клітинська, А. А. Васько // Молодий вчений. – 2014. – № 5 (08). – Ч. II. – С. 164–166.
7. Клітинська О. В. Епідеміологічний аналіз визначення факторів ризику розвитку стоматологічних захворювань у дітей Закарпаття / О. В. Клітинська // Вісник проблем біології та медицини. – 2012. – Т.1 (94), № 4. – С. 194–198.
8. Клітинська О. В. Особливості організації надання кваліфікованої стоматологічної допомоги дітям Закарпаття / О. В. Клітинська // Проблеми клінічної педіатрії. – 2013. – Вип. № 3 (21). – С. 69–72.
9. Ковач І. В. Роль екоотоксикантів та недостатності аліментарних фітоадаптогенів у виникненні основних стоматологічних захворювань у дітей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук за спеціальністю 14.01.22 «Стоматология» / І. В. Ковач. – Одеса, 2006. – 32 с.
10. Концепція Загальнодержавної цільової соціальної програми розвитку фізичної культури і спорту на 2012–2016 роки [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
11. Леус П. А. Стоматологическое здоровье населения Республики Беларусь в свете глобальных целей Всемирной Организации Здравоохранения и в сравнении с другими странами Европы / П. А. Леус // Современная стоматология. – 1997. – № 2. – С. 3–12.
12. Малькова И. Л. Анализ связи уровня заболеваемости кариесом детского населения и содержания фтора в питьевой воде города Чайковского / И. Л. Малькова, Л. Г. Пьянкова // Вестник УдмГУ. – 2008. – № 6–2. – С. 21–23.
13. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология / А. П. Авцын, А. А. Жаворонков, М. А. Риш, Л. С. Строчкова. – Москва : Медицина, 1991. – 496 с.
14. Мочалов Ю. О. Позитивні сторони відновлення стоматологічного кабінету на базі поліклінічного відділення міської дитячої лікарні / Ю. О. Мочалов, О. В. Клітинська // Здоровье ребенка. – 2015. – № 3 (63). – С. 118–121.
15. Савичук Н. О. Аналіз програм профілактики основних стоматологічних захворювань в розвинених країнах / Н. О. Савичук, О. В. Клітинська // Современная стоматология. – 2014. – № 4. – С. 64–67.
16. Смоляр Н. І. Тенденція та прогноз ураження зубів карієсом у дітей м. Львова у світі глобальних цілей ВООЗ / Н. І. Смоляр, Е. В. Безвужко, Т. Г. Гутор // Новини стоматології. – 2009. – № 3 (60). – С. 90–92.
17. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта: практическое руководство / Л. О. Хоменко, Н. В. Биденко, Е. И. Остапко [и др.]. – Киев : Книга Плюс, 2001. – 207с.
18. Стоматологическая профилактика у детей : руководство для студентов и врачей / В. Г. Сунцов, В. К. Леонтьев, В. А. Дистель, В. Д. Вагнер. – Москва : Мед. книга; Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2001. – 344 с.
19. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения // Основные документы. – Женева, 1995. – 40-е изд. – С. 5–26.
20. Шешукова О. В. Показники ураженості карієсом та його ускладненнями в дітей в регіоні з високим умістом фтору в питній й воді / О. В. Шешукова, В. П. Труфанова // Український стоматологічний альманах. – 2011. – № 3. – С. 25–27.
21. Bánóczy J. Milk fluoridation for the prevention of dental caries / J. Bánóczy, P. E. Petersen, A. J. Rugg-Gunn. – Geneva : WHO, 2009. – 92 p.
22. Health Care Systems in Transition: Lithuania. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1996. – 72 p.
23. Petersen P. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme / P. Petersen. – Geneva : WHO, 2003. – 42 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.04.2017 р.

**Функционально-организационная модель профилактики и лечения кариеса у детей Закарпатской области***О.В. Клитинская*ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

**Цель** – разработать комплексную функционально-организационную модель профилактики лечения кариеса у детей, которые проживают в условиях биогеохимического дефицита фтора и йода.

**Материалы и методы.** В статье описана функционально-организационная модель ранней диагностики, профилактики и лечения кариеса.

**Результаты.** Центральным элементом данной модели выступают дети, которые должны иметь здоровые зубы, ее стратегическим направлением является обеспечение стоматологического здоровья детей, а тактическим направлением системы – обеспечение всех участников процесса комплексной информацией по вопросам профилактики основных стоматологических заболеваний, мотивации к профилактическим мероприятиям, включая профилактические этапы и посещение врача с профилактической целью, поэтапного лечения детей Закарпатской области.

**Выводы.** В современных условиях реформирования медицинской сферы Украины с увеличением роли профилактического звена, особенно в детском возрасте, снижение стоматологической заболеваемости возможно лишь при условии усовершенствования медико-организационных форм профилактики, качественной ранней диагностики и поэтапного лечения кариеса у детей.

**Ключевые слова:** дети, профилактика кариеса, функционально-организационная модель, стоматологическое здоровье.

**Functional organizational model of prevention and treatment caries in children Transcarpathian region***O.V. Klitynska*

SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

**Purpose** – develop a comprehensive functional-organizational-organizational model for the prevention of caries treatment in children who live in conditions of biogeochemical deficiency of fluoride and iodine.

**Materials and methods.** This paper describes the functional and organizational model of early diagnosis, prevention and treatment of dental caries.

**Results.** the centrepiece of which is the children who should have healthy teeth, its strategic direction is to provide dental health of children and tactical direction of the system is to provide all stakeholders with comprehensive information the prevention of common dental diseases, motivation for preventive measures, including preventive measures and visits to doctors for preventive purposes phasing of treating children Transcarpathian region.

**Conclusions.** In modern conditions of reforming the medical sphere of Ukraine with the increasing role of the preventive link, especially in childhood, the reduction of dental morbidity is possible only if the medical and organizational forms of prevention, quality early diagnosis and phased caries treatment in children are improved.

**Key words:** children, caries prevention, functional organizational model dental health.

**Відомості про автора**

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

УДК 614.2:614.88:312.6](477-25)" 2011/2015"

О.В. Короткий

## Аналіз стану здоров'я населення та функціонування системи надання первинної медичної допомоги у 2011–2015 рр. (на прикладі міста Києва)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Інститут післядипломної освіти, м. Київ, Україна

**Мета** – провести аналіз медико-демографічної ситуації та стану здоров'я населення міста Києва протягом періоду 2011–2015 рр.; за даними офіційних статистичних звітів дослідити діяльність центрів первинної медичної допомоги міста Києва та їх кадрове забезпечення.

**Матеріали та методи.** Використано офіційні статистичні звіти центрів ПМД, дані проаналізовано методами описової статистики.

**Результати.** Медико-демографічна ситуація в місті Києві характеризується: збільшенням чисельності населення; нижчим за всеукраїнський коефіцієнтом смертності немовлят; зростанням смертності населення міста Києва за усіма досліджуваними класами причин смерті; зростанням захворюваності на всі форми активного туберкульозу; зростанням захворюваності на рак молочної залози та рак шийки матки.

**Висновки.** Результати даного дослідження можуть бути застосовані при розробці моделі діяльності первинної медико-санітарної допомоги та скринінгових програм.

**Ключові слова:** первинна медична допомога, демографічний показник, первинна захворюваність, поширеність хвороб, укомплектованість штатних посад.

### Вступ

У вересні 2015 р. в рамках 70-ї сесії Генеральної Асамблеї ООН у Нью-Йорку відбувся Саміт ООН для прийняття Порядку денного в галузі розвитку на період після 2015 р.

Після Саміту перед країнами-членами ООН поставили нові завдання адаптації визначених на глобальному рівні цілей та їх моніторингу. В Україні також розпочалась робота зі встановлення цілей сталого розвитку (ЦСР) на 2016–2030 рр., відповідних завдань та показників моніторингу досягнення цілей [3].

Одна з цілей (ЦСР 3) спрямована на «Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці». Її 13 завдань акцентовані, насамперед, на боротьбу з неінфекційними захворюваннями та забезпечення загальним охопленням населення послугами охорони здоров'я.

Відповідно до Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [2], в 8 районах міста Києва в 2013 р. відбувся процес реорганізації амбулаторно-поліклінічної допомоги, який завершився розмежуванням надання первинної та вторинної медичної допомоги та створенням центрів первинної медичної допомоги та консультативно-діагностичних центрів.

Аналіз тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед населення є однією з важливих складових стратегічного планування медичної галузі [1]. Тому проведення аналізу стану здоров'я населення через дослідження діяльності центрів первинної медичної допомоги й обумовило актуальність даної роботи.

**Мета роботи** – дослідити медико-демографічну ситуацію, стан здоров'я населення міста Києва, а також функціонування системи надання первинної медичної допомоги (ПМД) протягом періоду 2011–2015 рр. з урахуванням створення у 2013 р. центрів первинної медичної допомоги.

### Результати дослідження та їх обговорення

#### Загальна характеристика медико-демографічної ситуації в місті Києві

За даними матеріалів дослідження, проведений ретроспективний аналіз медико-демографічної ситуації в місті Києві за період 2011–2015 рр.

Аналіз динаміки чисельності постійного населення протягом досліджуваного періоду засвідчив її зростання – з 2757,9 до 2846,7 тис. осіб (рис. 1).

Збільшення чисельності населення міста Києва відбувалось двома шляхами: переважно – за рахунок міграційних процесів, включаючи внутрішньо-регіональну, міжрегіональну та міждержавну міграцію (рис. 2), а також природнім шляхом за рахунок перевищення числа народжених над числом померлих.

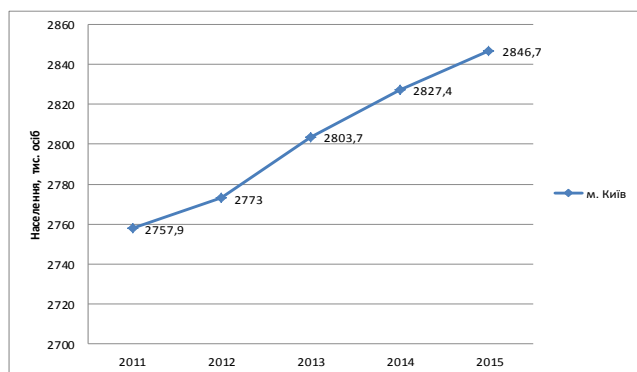


Рис. 1. Динаміка чисельності населення міста Києва у 2011–2015 рр. (тис. осіб)

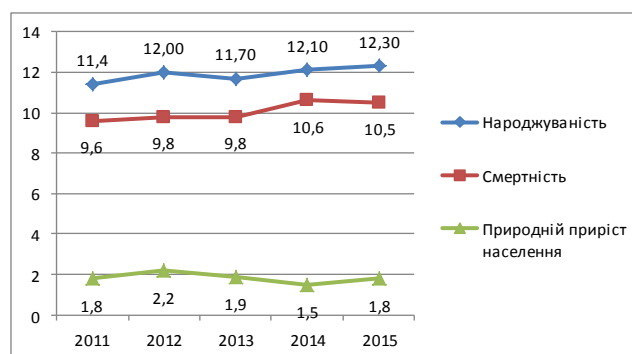


Рис. 3. Динаміка показників природного руху населення міста Києва у 2011–2015 рр. (%)

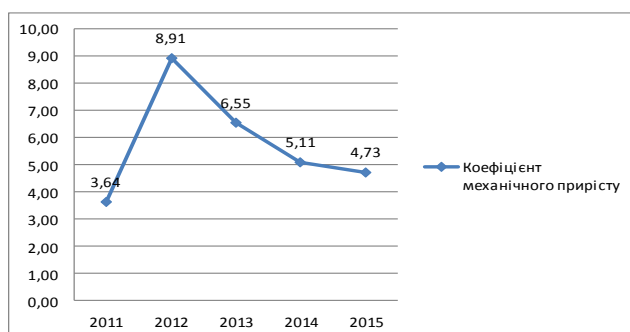


Рис. 2. Динаміка механічного приросту населення міста Києва за рахунок усіх потоків міграції у 2011–2015 рр. (%)

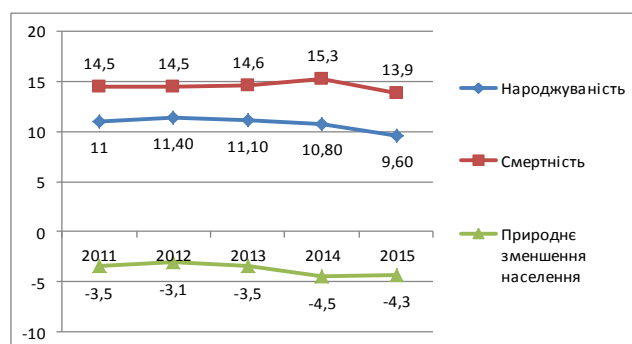


Рис. 4. Динаміка показників природного руху населення України у 2011–2015 рр. (%)

Слід відмітити, що починаючи з 2013 р. простежується тенденція до зменшення позитивного сальдо міграції та коефіцієнта механічного приросту чисельності населення.

Показники природного руху населення міста Києва протягом досліджуваного періоду свідчать про перевищення числа народжених над числом померлих (рис. 3), на відміну від показників природного руху населення України, які фіксують неухильне стабільне зменшення чисельності населення (депопуляцію), (рис. 4).

Важливим показником смертності та одночасно якості життя є коефіцієнт смертності немовлят – кількість померлих у віці до одного року у розрахунку на 1000 народжених живими. Цей коефіцієнт досить неухильно знижувався в Україні протягом останніх десятиліть. У 2015 р. порівняно з 2011 р. показник смертності немовлят знизився на 10,1%. Зафіксований в Україні у 2015 р. рівень смертності дітей до одного року (8,1%) досі залишається приблизно в 2–3 вищим, ніж у багатьох розвинутих країнах [1].

У місті Києві протягом досліджуваного періоду коефіцієнт смертності немовлят з урахуванням іногородніх мешканців дещо нижчий за всеукраїнський та має тенденцію до зменшення з 7,98 до 7,56%. Коефіцієнт смертності немовлят без урахування іногородніх мешканців значно нижчий за всеукраїнський, але має тенденцію до збільшення з 5,86 до 5,97% (рис. 5).

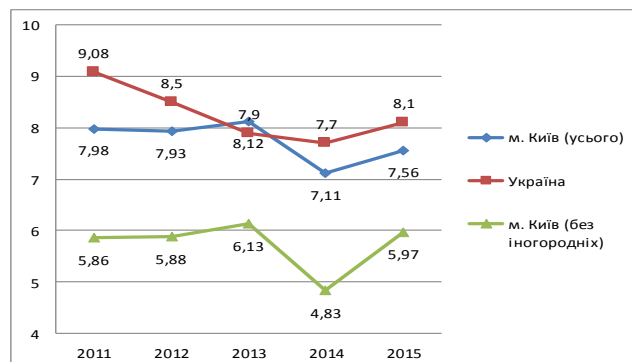


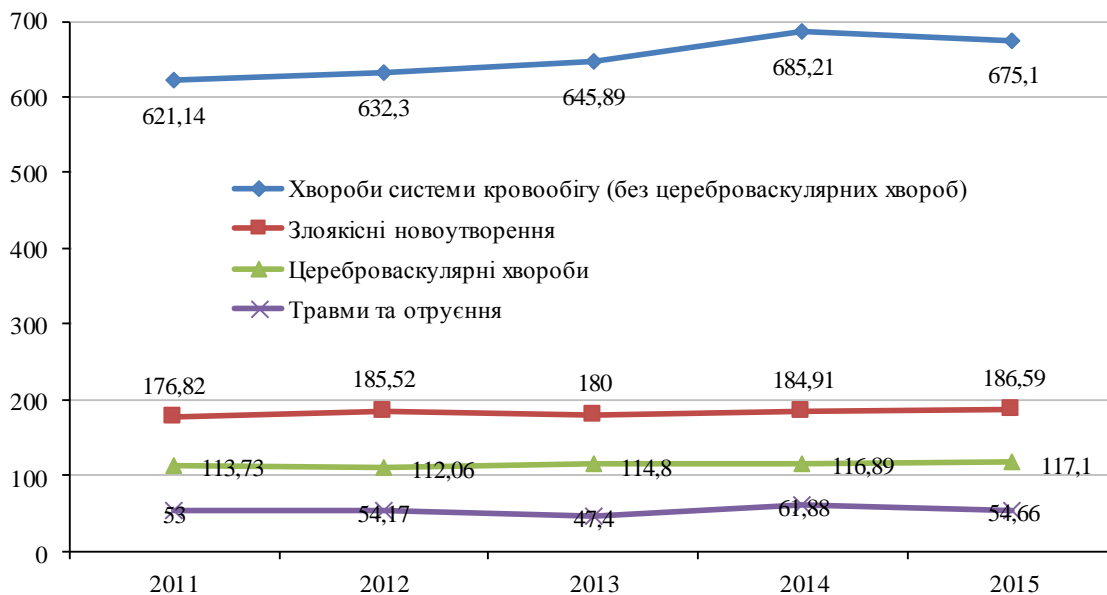
Рис. 5. Динаміка смертності дітей у віці до одного року в місті Києві у 2011–2015 рр. (%)

Сучасна структура причин смерті населення України поєднує у собі елементи традиційної і сучасної структури патологій, у якій високий рівень смертності від ендогенних захворювань (хвороби системи кровообігу і новоутворень) межує з не менш значущою смертністю від екзогенних причин (нещасні випадки, травми та отруєння). У середньому до 86% усіх смертних випадків нині в Україні припадає на три основні класи причин смерті: хвороби системи кровообігу, зловживання та зовнішні причини смерті [1].

У структурі причин смерті населення міста Києва протягом досліджуваного періоду, перші місця стають такі класи: хвороби системи кровообігу (без

цереброваскулярних хвороб), злоякісні новоутворення, цереброваскулярні хвороби, травми та отруєння (рис. 6). Причому темп зміни показника смертності від хвороб системи кровообігу (без цереброваскулярних хвороб) становить +8,7%, темп зміни показника смертності від

злоякісних новоутворень становить +5,5%, темп зміни показника смертності від цереброваскулярних хвороб становить +3,0%, темп зміни показника смертності від травм та отруєнь становить +3,1%.



**Рис. 6.** Структура та динаміка смертності населення в місті Києві у 2011–2015 рр. (на 100 тис. населення)

Встановлено зростання смертності населення міста Києва за усіма досліджуваними класами причин смерті протягом досліджуваного періоду. Це явище можливо обумовлено регресивними подіями в сфері охорони здоров'я, зниженням якості життя людей, змінами у статевому-віковому складі населення.

**Аналіз стану здоров'я населення міста Києва. Діяльність центрів первинної медичної допомоги міста Києва за даними статистичних звітів**

Протягом досліджуваного періоду відбулося зниження рівня поширеності хвороб серед населення міста Києва (на 2,8%, 24476,6 на 10 тис. нас. у 2011 р. та 23792,2 на 10 тис. нас. у 2015 р.). Рівень первинної захворюваності знизився на 11,6% (8030,3 на 10 тис. нас. у 2011 р. та 7096,6 на 10 тис. нас. у 2015 р.), (табл. 1).

Протягом 2011–2015 рр. у структурі поширеності хвороб за класами захворювань серед населення міста Києва відзначається зростання питомої ваги наступних

класів: хвороби системи кровообігу (з 30,0% у 2011 р. до 31,0% у 2015 р.); хвороби органів травлення (з 12,4% у 2011 р. до 12,5% у 2015 р.); хвороби ендокринної системи (з 3,8% у 2011 р. до 4,3% у 2015 р.); новоутворення (з 2,8% у 2011 р. до 3,2% у 2015 р.), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (з 5,9% у 2011 р. до 6,0% у 2015 р.), (табл. 2).

Проте слід зазначити, що у 2015 р. відбулося підвищення рівня поширеності хвороб порівняно з 2013 р. (рік створення центрів первинної медико-санітарної допомоги у 8 районах міста Києва) за наступними класами: новоутворення (темп зміни показника +3,7%); хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин (темп зміни показника +3,1%); хвороби системи кровообігу (темп зміни показника +1,7%); хвороби органів травлення (темп зміни показника +0,2%); вроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення (темп зміни показника +10,1%), (табл. 3).

*Таблиця 1*  
**Динаміка показників поширеності хвороб та первинної захворюваності населення міста Києва за період 2011–2015 рр. (на 10 тис. населення)**

Показник	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2015
Поширеність хвороб	24476,6	24500,3	24003,8	23831,2	23792,2
Первинна захворюваність	8030,3	7783,3	7494,8	7121,9	7096,6

Таблиця 2

Динаміка показників та структури поширеності хвороб серед населення міста Києва за основними класами хвороб у 2011 та 2015 рр.

Клас хвороб	2011 р., на 10 тис. нас.	%	2015 р., на 10 тис. нас.	%
Усі хвороби, у т.ч.:	24476,6	100	23792,2	100
деякі інфекційні та паразитарні хвороби новоутворення	381,2	1,6	292,2	1,2
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	696,4	2,8	752,1	3,2
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	81,9	0,3	83	0,3
ендокринні хвороби, розлади травлення та порушення обміну речовин	921,4	3,8	1021,9	4,3
хвороби нервової системи	900,6	3,7	876,2	3,7
хвороби ока та його придаткового апарату	1385,8	5,7	1205,7	5,1
хвороби вуха та соскоподібного відростка	487,3	2,0	471,2	2,0
хвороби системи кровообігу	7332,8	30,0	7367,5	31,0
хвороби органів дихання	4014	16,4	3718,2	15,6
хвороби органів травлення	3022,9	12,4	2970,9	12,5
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	514,8	2,1	442,6	1,9
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	1450,6	5,9	1423	6,0
хвороби сечостатевої системи	1934,7	7,9	1890,2	7,9
вроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення	14,3	0,1	17,4	0,1
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	748,7	3,1	725	3,0

Таблиця 3

Динаміка показників поширеності хвороб серед населення міста Києва за основними класами хвороб у 2013 та 2015 рр. (на 10 тис. населення)

Клас хвороб	2013 р.	2015 р.	Динаміка, % 2015/2013
Усі хвороби, у т.ч.:	24003,8	23792,2	-0,9
деякі інфекційні та паразитарні хвороби новоутворення	330	292,2	-11,5
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	725,2	752,1	3,7
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	85,8	83	-3,3
ендокринні хвороби, розлади травлення та порушення обміну речовин	991,1	1021,9	3,1
хвороби нервової системи	893,8	876,2	-2,0
хвороби ока та його придаткового апарату	1336,4	1205,7	-9,8
хвороби вуха та соскоподібного відростка	493,6	471,2	-4,5
хвороби системи кровообігу	7241,2	7367,5	1,7
хвороби органів дихання	3719,4	3718,2	-0,03
хвороби органів травлення	2966,1	2970,9	0,2
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	478,4	442,6	-7,5
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	1432,1	1423	-0,6
хвороби сечостатевої системи	1930,7	1890,2	-2,1
вроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення	15,8	17,4	10,1
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	811,3	725	-10,6

Протягом 2011–2015 рр. у структурі первинної захворюваності за класами захворювань серед населення міста Києва відзначається зростання питомої ваги наступних класів: хвороби системи кровообігу (з 7,5% у 2011 р. до 8,0% у 2015 р.); хвороби органів травлення (з 3,5% у 2011 р. до 3,7% у 2015 р.); хвороби ендокринної системи (з 1,3% у 2011 р. до 1,4% у 2015 р.); хвороби вуха та соскоподібного відростку (з 4,1% у 2011 р. до 4,3% у 2015 р.); хвороби сечостатевої системи (з 10,7% у 2011 р. до 11,0% у 2015 р.); травми, отруєння та деякі інші

наслідки дії зовнішніх чинників (з 8,8% у 2011 р. до 9,6% у 2015 р.), (табл. 4).

Проте слід зазначити, що у 2015 р. відбулося підвищення рівня первинної захворюваності, порівняно з 2013 р. (рік створення центрів первинної медико-санітарної допомоги у 8 районах міста Києва) за наступними класами: хвороби органів травлення (темپ приросту становить +1,4%). За всіма іншими класами реєструється зниження рівня первинної захворюваності (табл. 5).

Таблиця 4

**Динаміка показників та структури первинної захворюваності серед населення міста Києва за основними класами хвороб у 2011 та 2015 рр. (на 10 тис. населення)**

Клас хвороб	2011 р.	%	2015 р.	%
Усі хвороби, у т.ч.:	8030,3	100	7096,6	100,0
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	269,6	3,4	203,6	2,9
новоутворення	162,6	2,0	136,5	1,9
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	9,6	0,1	7,8	0,1
хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	104,3	1,3	97,8	1,4
хвороби нервової системи	241	3,0	206,9	2,9
хвороби ока та його придаткового апарату	477,7	5,9	398,1	5,6
хвороби вуха та соскоподібного відростку	329	4,1	303,5	4,3
хвороби системи кровообігу	602,8	7,5	566,8	8,0
хвороби органів дихання	2962,7	36,9	2596,8	36,6
хвороби органів травлення	284,3	3,5	259,4	3,7
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	429,4	5,3	361,9	5,1
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	403,2	5,0	322,2	4,5
хвороби сечостатевої системи	855,7	10,7	780,7	11,0
врожені аномалії, деформації та хромосомні порушення	0,7	0,01	0,8	0,01
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	705,8	8,8	684,2	9,6

Таблиця 5

**Динаміка показників первинної захворюваності серед населення міста Києва за основними класами хвороб у 2013 та 2015 рр. (на 10 тис. населення)**

Клас хвороб	2013 р.	2015 р.	Динаміка, % 2015/2013
Усі хвороби, у т.ч.:	7494,8	7096,6	-5,3
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	226,6	203,6	-10,2
новоутворення	147,6	136,5	-7,5
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	7,8	7,8	0,0
ендокринні хвороби, розлади травлення та порушення обміну речовин	100,8	97,8	-3,0
хвороби нервової системи	229,3	206,9	-9,8
хвороби ока та його придаткового апарату	448,3	398,1	-11,2
хвороби вуха та соскоподібного відростка	320,1	303,5	-5,2
хвороби системи кровообігу	578,2	566,8	-2,0



Продовження таблиці 5

хвороби органів дихання	2650,2	2596,8	-2,0
хвороби органів травлення	255,8	259,4	1,4
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	409,8	361,9	-11,7
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	371,6	322,2	-13,3
хвороби сечостатевої системи	138,2	138,1	-0,1
вроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення	0,9	0,8	-11,1
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	772,2	684,2	-11,4

Соціально значущі хвороби – хвороби людини, виникнення і поширення яких в визначальною мірою залежать від впливу несприятливих умов соціально-економічного ладу. Важлива роль лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗПСЛ) у профілактиці та виявленні соціально значущих захворювань, таких як туберкульоз, ВІЛ/СНІД, злоякісні новоутворення. Так, протягом досліджуваного періоду захворюваність на всі форми активного туберкульозу в місті Києві зросла на 18,8%; з 38,2 у 2011 р. до 45,4 на 100 тис. населення у 2015 р., а смертність знизилась на 24,4%; з 7,8 у 2011 р. до 5,9 відповідно у 2015 р. (рис. 7).

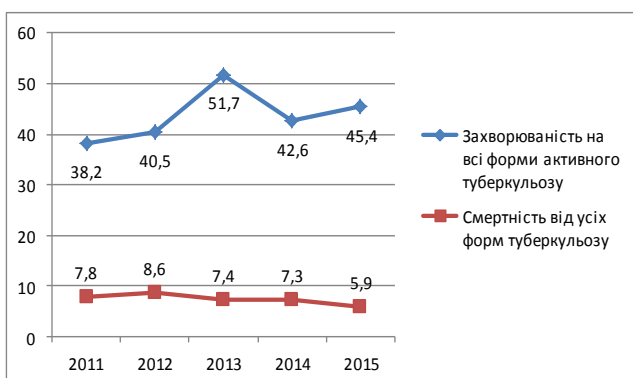


Рис. 7. Динаміка захворюваності та смертності від усіх форм туберкульозу в місті Києві протягом 2011–2015 рр. (на 100 тис. населення)

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію в місті Києві знизилась на 0,4%; з 45,4 у 2011 р. до 45,2 на 100 тис. населення у 2015 р., а захворюваність на СНІД знизилась на 0,6%; з 16,7 у 2011 р. до 16,6 відповідно у 2015 р. (рис. 8).

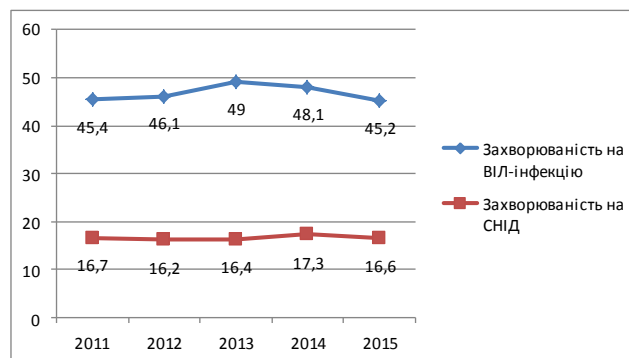


Рис. 8. Динаміка захворюваності на ВІЛ-інфекцію та СНІД у місті Києві протягом 2011–2015 рр. (на 100 тис. нас.)

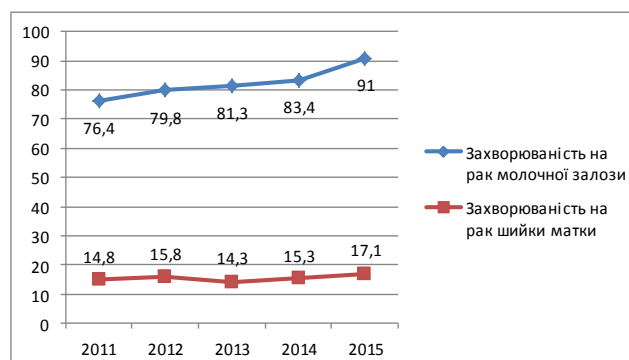
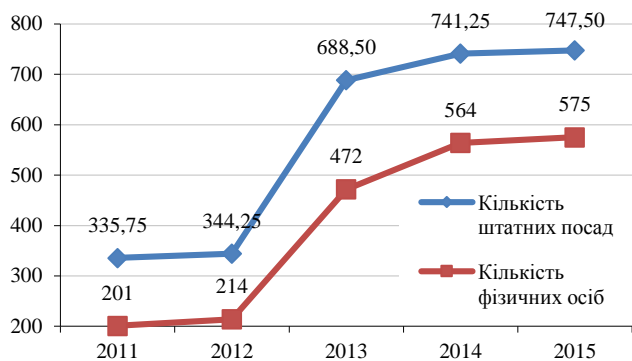


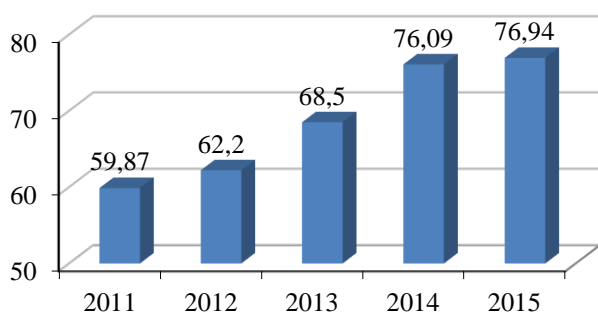
Рис. 9. Динаміка захворюваності жіночого населення міста Києва на злоякісні новоутворення за окремими локалізаціями протягом 2011–2015 рр. (на 100 тис. жінок)

### Характеристика кадрового забезпечення центрів ПМД міста Києва

Кількість штатних посад ЛЗПСЛ у штатних розписах закладів ПМД протягом досліджуваного періоду зросла на 122,6%; з 335,75 у 2011 р. до 747,5 у 2015 р., а кількість фізичних осіб лікарів, які ці посади обіймали, збільшилась на 186,1%; з 201 у 2011 р. до 575 лікарів у 2015 р. Укомплектованість штатних посад ЛЗПСЛ у місті Києві зросла з 59,87% у 2011 р. до 76,94% у 2015 р. (темп приросту складає + 28,5%) (рис. 10, 11).



**Рис. 10.** Кількість штатних посад і фізичних осіб лікарів загальної практики – сімейних лікарів у місті Києві за період 2011–2015 рр.



**Рис. 11.** Динаміка укомплектованості штатних посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів фізичними особами у місті Києві за період 2011–2015 рр.

Така досить висока укомплектованість штатних посад ЛЗПСЛ пов'язана насамперед із запровадженням у місті Києві з 2011 р. процесом спеціалізації лікарів-терапевтів дільничних та лікарів-педіатрів дільничних у ЛЗПСЛ, послідуєчим перепрофілюванням штатних посад та введенням у штатні розписи центрів первинної медичної допомоги посад ЛЗПСЛ. Окремо слід зазначити, що місті Києві, відповідно до наданих обліково-статистичних звітів, досить низька кількість ЛЗПСЛ, що надають ПМД пацієнтам від народження і протягом усього життя

протягом усього життя (загалом по місту Києву цей показник у 2015 р. становив лише 6,0% [4]).

## Висновки

Встановлено, що медико-демографічна ситуація в місті Києві характеризується щорічним збільшенням чисельності населення за рахунок міграційних процесів, а також природнім шляхом; коефіцієнт смертності немовлят нижчий за всеукраїнський та має тенденцію до зменшення, хоча і залишається приблизно в 2–3 вищим, ніж у багатьох розвинутих країнах; встановлено зростання смертності населення міста Києва за усіма досліджуваними класами причин смерті протягом досліджуваного періоду.

Спостерігається погіршення ситуації щодо розповсюдження соціально значущих захворювань, зокрема, протягом досліджуваного періоду захворюваність на всі форми активного туберкульозу в місті Києві зросла на 18,8%; захворюваність жіночого населення міста Києва на рак молочної залози протягом досліджуваного періоду зросла на 19,1%, а захворюваність на рак шийки матки – на 15,5%.

Встановлено значне зростання кількості штатних посад і фізичних осіб лікарів загальної практики – сімейних лікарів в місті Києві протягом досліджуваного періоду. Спостерігається високий відсоток укомплектованості штатних посад ЛЗПСЛ фізичними особами. Проте це пов'язано, насамперед, із запровадженням у місті Києві з 2011 р. процесом спеціалізації лікарів-терапевтів дільничних та лікарів-педіатрів дільничних у ЛЗПСЛ, послідуєчим перепрофілюванням штатних посад та введенням у штатні розписи центрів первинної медичної допомоги посад ЛЗПСЛ. Окремо слід зазначити, що в місті Києві, відповідно до наданих обліково-статистичних звітів, досить низька кількість ЛЗПСЛ, що надають ПМД пацієнтам від народження і протягом усього життя (загалом по місту Києву цей показник у 2015 р. становив лише 6,0% [4]).

**Перспективи подальших досліджень** полягають у продовженні вивчення порушеної у статті теми.

## Література

1. Знаменська М. А. Аналіз захворюваності та поширеності хвороб серед населення [Електронний ресурс] / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2015. – Т. V, № 3 (17). – Режим доступу : [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE\\_FILE\\_DOWNLOAD=1&Image\\_file\\_name=PDF/Nkhp\\_m\\_2015\\_5\\_3\\_5.pdf](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Nkhp_m_2015_5_3_5.pdf). – Назва з екрана.
2. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>. – Назва з екрана.
3. Цілі сталого розвитку 2016–2030 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku>. – Назва з екрана.

4. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.04.2017 р.

**Анализ состояния здоровья населения  
и функционирования системы оказания  
первичной медицинской помощи в 2011–2015 гг.  
(на примере города Киева)**

*А.В. Короткий*

Национальный медицинский университет  
имени А.А. Богомольца, Институт последипломного  
образования, г. Киев, Украина

**Цель** – провести анализ медико-демографической ситуации и состояния здоровья населения города Киева в период 2011–2015 гг.; по данным официальных статистических отчетов исследовать деятельность центров первичной медицинской помощи города Киева и их кадровое обеспечение.

**Материалы и методы.** Используются официальные статистические отчеты центров ПМП, данные проанализированы методами дескриптивной статистики.

**Результаты.** Медико-демографическая ситуация в городе Киеве характеризуется: увеличением численности населения; коэффициентом младенческой смертности, который ниже, чем всеукраинский; ростом смертности населения города Киева по всем исследуемым классам причин смерти; ростом заболеваемости всеми формами активного туберкулеза; ростом заболеваемости раком молочной железы и раком шейки матки.

**Выводы.** Результаты данного исследования могут быть применены при разработке модели деятельности первичной медико-санитарной помощи и скрининговых программ.

**Ключевые слова:** первичная медицинская помощь, демографический показатель, первичная заболеваемость, распространенность болезней, укомплектованность штатных должностей.

**The analysis of the population's health status  
and functioning of the primary health care system  
in 2011–2015 (on example of the city of Kyiv)**

*O.V. Korotkiy*

Bogomolets National Medical University,  
Institute of postgraduate education, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – the analysis of the medical and demographic situation and the analysis of the population's health status were carried out during the study period. The activities of primary health care centers of the city of Kyiv and their staffing were investigated using official statistical reports.

**Materials and methods.** The next scientific methods are used in this work: descriptive statistics.

**Results.** Medical and demographic situation in city of Kiev is characterized by: increase in population (by migration and natural way); infant mortality rate lower than the national; increase in mortality on all studied classes of causes of death; increase in the incidence of all forms of active tuberculosis; increase in the incidence of breast cancer and cervical cancer.

**Conclusions.** The results of this study might be applied in the development of the model of primary health care activity and screening programs.

**Key words:** primary health care, demographic indicator, primary morbidity, prevalence of diseases, staffing.

**Відомості про автора**

**Короткий Олександр Володимирович** – аспірант кафедри менеджменту охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; вул. Маршала Якубовського, 6, м. Київ, 03191, Україна.

УДК 618.36-008-009.24:618.396]-084

О.О. Корчинська<sup>1</sup>, М.М. Черняк<sup>1</sup>, С. Жултакова<sup>2</sup>, Г. Галдунова<sup>2</sup>, А. Шлоссерова<sup>2</sup>

## Прегравадарна підготовка у жінок із плацентарною дисфункцією в анамнезі

<sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

<sup>2</sup>Пряшівський університет, м. Пряшев, Словаччина

**Мета** – проаналізувати дані сучасної спеціалізованої літератури щодо прегравадарної підготовки жінок із плацентарною дисфункцією в анамнезі.

**Матеріали та методи.** Контент-аналіз фахових журналів, монографій, національних керівництв.

**Результати.** При підготовці таких жінок до наступної вагітності ключовим моментом є визначення індивідуального тригерного чинника та, по можливості, його максимальна корекція до настання вагітності.

**Висновки.** Адекватна та своєчасна корекція екстрагенітальної патології, гормонального, імунного статусу сприяє підвищенню вірогідності нормального перебігу наступної вагітності і дозволяє уникнути повторення порушень в системі мати-плацента-плід.

**Ключові слова:** плацентарна дисфункція, профілактика, прегравадарна підготовка.

### Вступ

Плацентарна дисфункція (ПД) є одним із найбільш поширених патологічних синдромів, який, в тому чи іншому клінічному прояві, наявний у 17–35% вагітних. До клінічних проявів ПД належать: невиношування вагітності, прееклампсія, дистрес плода, антенатальна загибель плода та затримка внутрішньоутробного росту плода. У випадку наявності в анамнезі у жінки даних щодо плацентарної дисфункції важливо провести заходи по підготовці до наступної вагітності з метою профілактики повторення даного клінічного синдрому.

**Мета роботи** – проаналізувати дані сучасної спеціалізованої літератури щодо прегравадарної підготовки жінок з ПД в анамнезі.

### Матеріали та методи

У роботі використано контент-аналіз фахових журналів, монографій, національних керівництв.

### Результати дослідження та їх обговорення

Плацентарна дисфункція зустрічається при невиношуванні в 50–77%, при гестозі – в 32%, при поєднанні вагітності з екстрагенітальною патологією – в 25–45%, у вагітних, які перенесли бактеріальну або вірусну інфекцію, – більш ніж у 60% випадків. Перинатальні втрати у жінок з явищами плацентарної дисфункції складають серед доношених новонароджених 10,3%, серед недоношених – 49% [10, 15].

Провівши численні дослідження, було встановлено, що затримка росту плода і більшість інших ускладнень вагітності виникають ще на початку вагітності внаслідок неповноцінної інвазії трофобласту. При плацентації відбувається два взаємокоординованих процеси: інвазія трофобласту та ремоделювання спіральних артерій.

Порушення процесу плацентації призводить до розвитку різних гестаційних ускладнень залежно від ступеня вираженості і терміну вагітності, на якому почалися порушення. Недостатнє проникнення трофобласту в товщу ендометрію під час першої хвилі інвазії є критичним для подальшого перебігу вагітності і сприяє її перериванню. Порушення другої хвилі інвазії при вже закладеному матково-плацентарному кровотоку призводить до того, що плід не тільки не отримує належного об'єму поживних речовин, але їх надходження обмежується перепадами тиску материнського організму. При неадекватному ремоделюванні спіральних артерій їхня чутливість до впливу вазоактивних речовин зберігається, вони перебувають у стані перманентного спазму. Таким чином, порушення, які виникають на етапі плацентації зумовлюють численні акушерські ускладнення [14, 16].

*Фактори ризику розвитку плацентарної дисфункції* поділяють на такі групи:

Соціально-побутові: вік вагітної до 18 та понад 30 років, психоемоційні навантаження, негативний вплив ксенобіотиків, недостатнє харчування, важка фізична праця.

Соматичні: серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, варикозна хвороба, захворювання легенів, нирок, печінки, спадкові і набуті тромбофілії, антифосфоліпідний синдром.

Акушерсько-гінекологічні: інфантилізм, вади розвитку та пухлини матки, ендометріоз, порушення менструального циклу, операції на органах малого таза, безпліддя, запальні захворювання матки та її придатків, мимовільне та штучне переривання вагітності, звичне невиношування, ускладнений перебіг вагітності та пологів, антенатальна загибель плода або народження дітей з низькою масою тіла в анамнезі.

Ускладнення цієї вагітності: загроза переривання, прееклампсія, багатоплідна вагітність, передлежання

плаценти, уrogenітальні інфекції, ізосенсибілізація крові матері та плода [2, 7, 11].

### Етіологія

Дослідження по визначенню причин невиношування вагітності дозволили виокремити такі фактори: у 72,2% виявлені інфекції, що передаються статевим шляхом, причому у 74,4% із них патогенна флора носила змішаний характер; у 59,3% випадків відмічалась гіперкоагуляція в плазменній та тромбоцитарній ланках гемостазу; спадкові тромбофілії виявлені у 43,9% пацієнтів; недостатність лютетінової фази менструального циклу – у 22,8%; антифосфоліпідний синдром – у 21%; гіперандрогенія різного генезу – у 14%; гіпергомоцистеїнемія – у 12,3%; внутрішньоматкова патологія виявлена у 10,5%; дефіцит вітаміну В12 – у 3,5%. Змішаний генез невиношування був виявлений у 54,4% пацієнтів. Невизначена причина була у 12,3% [1, 13].

Ендокринні порушення у вигляді недостатності лютетінової фази супроводжуються зниженням інвазійної здатності трофобласту. Лейоміома, вади розвитку, стани після операції на матці зумовлюють недорозвинення судинної стінки ендометрію. Екстрагенітальні захворювання, асоційовані з артеріальною гіпертензією, зумовлюють спазм маткових судин. Варикозна хвороба, набряковий синдром під час вагітності є причиною погіршення венозного відтоку від матки та закономірного зниження рівня гемодинамічних процесів у фетоплацентарній системі. Останніми роками збільшилось значення екологічно та соціально індукованої плацентарної дисфункції, а також встановлено роль підвищеної репродуктивної активності, хронічного стресу та синдрому хронічної втоми в її генезі. Тільки врахування та детальний аналіз всіх вказаних факторів ризику та можливих причин розвитку ПД дозволяє провести комплекс заходів щодо їх усунення та попередження розвитку ПД під час наступної вагітності, шляхом фокусної корекції кожного тригерного механізму в кожному конкретному випадку [1, 7].

Прегравадарна підготовка – це консультування та обстеження майбутніх батьків до зачаття. Вона включає пошук та, за можливості, мінімізацію поведінкових, біомедичних і соціальних факторів ризику несприятливого закінчення вагітності як для матері, так і для плода. Дані заходи охоплюють обстеження стану здоров'я подружжя і, за необхідності, лікування та стабілізацію патології, яка може підвищити ризик ускладнень вагітності та пологів, а також мінімізацію та корекцію негативного впливу соціальних, екологічних, психоемоційних факторів, хронічної інтоксикації, професійних шкідливостей, які порушують гомеостаз організму. Також проводять консультування щодо харчування та впливу лікарських препаратів на організм. В основі прегравадарної підготовки лежать кілька основних напрямків – це діагностика та лікування соматичної та генітальної патології подружньої пари. Медичне дослідження із застосуванням необхідних лабораторних досліджень та консультації фахівців з урахуванням анамнестичних даних; корекція харчування

з застосуванням всіх необхідних компонентів та використання вітамінно-мінеральних комплексів. За основу прегравадарної підготовки для жінок із неускладненим анамнезом запропоновано застосування вітамінів та мікроелементів протягом 3–4 менструальних циклів. У жінок із супутньою соматичною патологією та обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом необхідною умовою прегравадарної підготовки є корекція наявних та виявлених змін (корекція соматичної патології під спостереженням фахового спеціаліста, курс комплексної протизапальної терапії, з подальшою розсмоктувальною терапією, санаторно-курортним лікуванням). Обов'язковою умовою та запорукою успіху є комплексне лікування подружньої пари [6].

### Особливості прекоценційної підготовки

Антифосфоліпідний синдром, генетичні форми тромбофілії індукують ендотеліальну дисфункцію та порушення матково-плацентарного кровотоку на тлі гіперкоагуляції та підвищеного рівня вазоконстрикторів. У випадку наявності антифосфоліпідного синдрому прегравадарна підготовка включає ацетилсаліцилову кислоту 75 мг/добу, низькомолекулярний гепарин у дозі 2500 МО 1 раз на добу, натуральний мікронізований прогестерон 100 мг на ніч вагінально у другу фазу менструального циклу. Тривалість проведення терапії залежить від ефективності лікування та зникнення маркерів тромбофілії, після чого планують вагітність [8].

Окрему групу причин непліддя та плацентарної дисфункції становлять інфекційні фактори, оскільки плодове яйце є ідеальним середовищем для розмноження бактерій, вірусів і найпростіших. На тлі хронічних запальних захворювань статевих органів (ХЗЗСО) виникають зміни в ендокринній системі, які вже є факторами ендокринної безплідності та плацентарної дисфункції. З найбільшою частотою при ХЗЗСО реєструються грампозитивні коки (епідермальний та золотистий стафілокок, ентерокок, стрептококи різних серологічних груп). Кокова мікрофлора має здатність адаптуватися до несприятливих умов зовнішнього середовища, антисептиків, антибіотиків. Домінуючі позиції займають стафілококи, які мають великий спектр факторів агресії та власного захисту. Золотистий стафілокок синтезує летальний токсин, дермонекротоксин, лейкоцидин, гемолізін та ентеротоксин. До факторів патогенності стафілококів відносять також їх здатність продукувати плазмокоагулазу, лецитиназу, викликати гемоліз еритроцитів. Також збудниками інфекційних процесів можуть бути грамнегативні палички кишкової групи та анаероби різних видів. Вірулентність ентеробактерій пов'язана з бактеріальними екзо- та ендотоксинами. Вони спричиняють лізис еритроцитів і лейкоцитів, а також призводять до протеолізу клітин. Поряд із бактеріями у формуванні запальних процесів беруть участь гриби роду *Candida*. Розвиток кандидозу посилюється гормональними порушеннями, вірусним інфікуванням, імунодефіцитами, змінами обміну речовин, неадекватною терапією. У розвитку кандидозу піхви важливими етапами є філаментация та наступна адгезія

*Candida* до слизової оболонки піхви. Основним фактором вірулентності грибів *Candida* є їх генотипічна й фенотипічна нестабільність, а також секреція протеїназ, що призводить до адгезії й інвазії збудника в слизову оболонку. Факторами, що спричиняють активізацію адгезивних властивостей грибів *Candida*, є лікарські препарати, які досить часто використовуються в акушерсько-гінекологічній практиці. Антибактеріальні препарати збільшують вірулентність грибів за рахунок супресорного впливу на імунологічну реактивність. Із високою частотою в жінок фертильного віку зустрічаються гарднерели. Ці факультативно-анаеробні бактерії мають здатність продукувати токсичні біопродукти: муколітичні ферменти та гемолізін. При зростанні проліферації *Gardnerella vaginalis* на фоні пригнічення її головних антагоністів — лактобактерій вона набуває патогенних властивостей, які проявляються в продукуванні деякими штамами ферменту спалідази, активної до глобулярних лікопротеїдів слизової оболонки піхви. Вважають, що лейкотоксичний фактор, продукований гарднерелою, викликає структурні та функціональні порушення лейкоцитів. Розроблені методи лікування ХЗСО у жінок із безпліддям та репродуктивними втратами в анамнезі довели свою високу ефективність. У зв'язку з цим важливим є проведення лікувально-профілактичних заходів щодо запобігання рецидивів ХЗСО та підготовки жінок до безпечного материнства. З метою підготовки до вагітності жінкам призначається комплексна прегравідарна підготовка, яка включає прийом гормональних препаратів гестагенного ряду з 5-го по 21-й день менструального циклу. Імуномодулююча терапія протягом 10 днів. Антибактеріальна терапія макролідами по схемі. Повторне обстеження на наявність інфекції проводиться через 3 місяці після проведення курсу лікування. У жінок із проявами гострої HSV-інфекції в комплексну терапію прегравідарної підготовки включають противірусні препарати. Після повторного визначення титрів IgM курс прегравідарної підготовки проводять через 3 місяці. Вагітність дозволяється через 6 місяців після лікування [5, 9].

Комплексна прегравідарна підготовка у пацієнок з ожирінням та синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ) повинна враховувати ступінь ожиріння, зміни ліпідного спектра, порушення в системі гомеостазу. Для корекції виявлених порушень рекомендовано застосування, крім базової терапії, препаратів омега-3-поліненасичених жирних кислот, дієти та відповідно розроблених фізичних вправ. При ефективності прегравідарної підготовки і настанні вагітності з комплексу необхідно виключити фізичні навантаження, дієту збагатити білками [6, 12].

Особливе занепокоєння викликає перебіг вагітності та пологів у жінок із дисгормональними розладами, при яких вагітність супроводжується невиношуванням у ранніх термінах, позаматковою локалізацією вагітності, передчасними пологами, плацентарною дисфункцією, затримкою внутрішньоутробного розвитку плода, антенатальною загибеллю плода, відшаруванням плаценти, кровотечами в післяпологовому періоді.

У зв'язку з цим особливою актуальністю набуває питання проведення у пацієнок з дисгормональними порушеннями індивідуальної прегравідарної підготовки. Для таких пацієнток запропонована схема, яка включає застосування препаратів із вмістом екстракту *Agnus castus* BNO 1095 зі стандартизованим вмістом специфічних детерпінів, що мають тропність до допамінових рецепторів нейронів гіпоталамуса, які регулюють синтез пролактину (ПРЛ) у гіпофізі. Такі препарати застосовуються при лікуванні передменструального синдрому і порушення менструального циклу, спричинених недостатністю лютеїнової фази на фоні латентної гіперпролактинемії. В процесі досліджень встановлено, що ці детерпіни мають високу спорідненість до D2 допамінових рецепторів, інгібують виділення ПРЛ із культури пролактотрофних клітин гіпофіза. Такий вплив приводить до нормалізації ритмічної секреції гонадотропних гормонів гіпофіза, усунення естроген-прогестеронового дисбалансу і нормалізації менструального циклу. Застосовуються такі препарати за схемою протягом 5–6 місяців. Така корекція дисгормональних змін у жінок репродуктивного віку є патогенетичною, адекватною та має найменшу кількість протипоказань та побічних ефектів, оскільки передбачає застосування природних рослинних препаратів. Дане лікування рекомендовано для прегравідарної підготовки у пацієнок з дисгормональними розладами, зокрема дисменореєю [4].

У жінок зі стрес-індукованим невиношуванням вагітності в анамнезі комплекс прегравідарної підготовки включає терапевтичні заходи, які спрямовані на виявлені ланки патогенезу стрес-індукованих порушень репродуктивної функції: функціональну гіперпролактинемію, гіпопрогестеронемію, периферичний вазоспазм, оксидантний стрес, тривожно-депресивні прояви та вегетативний дисбаланс. Курс підготовки включає рекомендації щодо зміни способу життя та психологічної саморегуляції і спрямований на гормональну підтримку лютеїнової фази. Застосовують дуфастон (по 10 мг двічі на день із 16-го по 26-й дні циклу), фолієву кислоту (по 0,001 г 4 рази на день), препарат м'якої дофамінергічної дії та засоби антиоксидантної і антигіпоксичної дії. Диференційовану складову лікування розроблено на основі виявлених психологічних та нейрогуморальних особливостей формування стрес-індукованих розладів у жінок. Пацієнткам із переважанням тривожно-депресивних проявів призначають анксиолітичний препарат адаптол та антидепресант на рослинній основі геларіум гіперікум, а жінкам із високим рівнем астенизації на тлі виснаження адаптивних ресурсів – ноотропний препарат ноофен і препарат метаболічної дії на рослинній основі трибестан [5].

При звичному невиношуванні на прегравідарному етапі загальноприйняті заходи доповнюють елементами індивідуальної психокорекції та формуванням «домінанти вагітності» із застосуванням сеансів електросну, роботи в кабінеті психолога та препарату мебікар, для корекції метаболічних порушень –  $\alpha$ -ліпоева

кислота, з метою корекції гормонального дисбалансу – препарат природного походження – сухий екстракт трави якірців сланких, для покращення реологічних властивостей крові та нормалізації цитокинового профілю – ензимотерапія, для корекції депресії місцевого імунітету – препарат інтерферону- $\alpha 2$  інтравагінально [5].

При дефіциті фолатів і вітаміну В12 або порушенні їх обміну накопичення гомоцистеїну призводить до розвитку ендотеліопатії, гіперкоагуляції, тромбозу та розвитку тяжких акушерських ускладнень. Запропоновано схема прегравідарної підготовки жінок з невиношуванням вагітності з гіпергомоцистеїнемією: фолієва кислота 4 мг на добу протягом фертильного циклу, ацетилсаліцилова кислота 75 мг на добу протягом фертильного циклу, комплекси вітамінів групи В по 1 таб. 3 рази на добу протягом фертильного циклу. Дефіцит фолієвої кислоти є причиною різноманітних ускладнень вагітності, таких як мимовільні викидні, передчасні пологи, передчасне відшарування плаценти, ризик гіпотрофії плода та недоношеності. Комплекс вітамінів групи В може бути рекомендований для прегравідарної підготовки протягом 12 тиж. до зачаття, протягом вагітності та до кінця періоду годування грудьми. Щоденне застосування препарату в рекомендованій дозі дозволяє досягти оптимального рівня фолату/фолієвої кислоти у клітинах і тканинах приблизно через 4 тиж. [3, 9].

Триває розробка підходів до нормалізації мікробіологічного складу кишкового та вагінального біоценозів під час прегравідарної підготовки жінок із гіперандрогенією та репродуктивними втратами в анамнезі. Рання прегравідарна підготовка покликана активувати системи детоксикації організму жінки по закінченні невдалого гравідарного періоду. Лікувальна програма включає видалення тих етіологічних чинників, які призводять до патології шлунково-кишкового тракту, відновлення або заміщення секреторної активності залоз, які беруть участь у процесі травлення, відновлення нормальної флори кишечника та стимулювання репаративних процесів у тонкій кишці. Тривалість такої програми складає від 1 до 3 місяців. Ефективність оцінюють мікроскопічним та мікробіологічним дослідженнями через 3 місяці по закінченню терапії [7].

Розвитку плацентарної дисфункції та її клінічних проявів сприяє наявність екстрагенітальної патології, зокрема захворювання серцево-судинної системи. Прегравідарна підготовка кардіологічної хворої включає:

- комплексне обстеження з метою встановлення причини та ступеня ураження структур серця, стадії серцевої недостатності, функціонального класу пацієнтки (за NYHA), діагностики можливих ускладнень, визначення показань до хірургічного лікування;

- радикальне хірургічне лікування основного захворювання та/або його ускладнень (за наявності показань);

- адекватне медикаментозне лікування, спрямоване на ліквідацію причини захворювання та зменшення ступеня його ускладнень;

- корекцію станів, які обтяжують перебіг кардіологічної патології (анемія, порушення системи гемостазу, тиреоїдна дисфункція тощо);

- санацію вогнищ хронічної інфекції;

- нормалізацію маси тіла;

- підвищення толерантності до фізичних навантажень.

Преконцепційне консультування має на меті інформувати хвору, яка перебуває на диспансерному обліку, щодо таких питань:

- ступінь ризику майбутньої вагітності для здоров'я та життя жінки;

- необхідність продовження медикаментозного лікування під час вагітності і можливий негативний вплив його на плід;

- ризик уродженого захворювання серця в майбутньої дитини;

- очікувана тривалість життя жінки і здатність її здійснювати догляд за дитиною.

Після проведення прекоцепційного консультування хвора і лікар спільно приймають рішення щодо планування вагітності та проведення відповідної підготовки чи контрацепції [1, 2].

## Висновки

При проведенні прегравідарної підготовки жінок з обтяженим акушерським анамнезом щодо клінічних проявів синдрому плацентарної дисфункції з метою попередження їх повторення при наступній вагітності слід паралельно вести два напрямки: загальногігієнічні і зміцнюючі заходи та заходи, направлені на корекцію індивідуального етіологічного чинника, що спричинив розвиток ПД у минулому, який, у більшості випадків, при поглибленому обстеженні вдається виявити. Якщо перша група заходів є загальною і не відрізняється від схем прекоцепційної підготовки жінок без ПД в анамнезі, то друга група – для досягнення максимального ефекту, потребує виключно індивідуального підходу.

## Перспективи подальших досліджень

Широке розповсюдження клінічних проявів ПД та відсутність етіологічного лікування потребують подальшої розробки нових та удосконалення наявних методів прегравідарної підготовки, ранньої профілактики та лікування цього ускладнення.

## Література

1. *Акушерство* : национальное руководство / Э. К. Айламазян, В. И. Кулаков, В. Е. Радзинский, Г. М. Савельева. – Москва, 2009. – С. 263–271.
2. *Гестозы* : руководство для врачей / Б. М. Венцовский, В. Н. Запорожан, А. Я. Сенчук, Б. Г. Скачко. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2005. – С. 93–114.
3. Жук С. І. Прегравідарна підготовка та патогенетична корекція невиношування вагітності в жінок із гіпергомоцистеїнемією та гестагенною недостатністю / С. І. Жук, С. Б. Чечуга // *Здоровье женщины*. – 2009. – № 1 (37). – С. 127–131.
4. Жук С. І. Прегравідарна підготовка у жінок із дисгормональними порушеннями репродуктивної системи / С. І. Жук ; Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. – Київ, 2013.
5. *Коптюх В. І.* Прегравідарна підготовка у пацієнок із завмерлою вагітністю / В. І. Коптюх, Д. М. Дуве ; ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. – Тернопіль, 2010.
6. *Корнацька А. Г.* Прегравідарна підготовка жінок з ожирінням та синдромом полікістозних яєчників / А. Г. Корнацька, О. Г. Даниленко, І. В. Овчар ; ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України». – Київ, 2015.
7. *Пересада О. А.* Комплексная профилактика и терапия плацентарной недостаточности в амбулаторных и стационарных условиях / О.А. Пересада, Е. А. Писаренко // *Репродуктивное здоровье в Беларуси*. – 2009. – № 1 (01). – С. 49–55.
8. *Подольський В. В.* Прегравідарна підготовка жінок фертильного віку з безпліддям / В. В. Подольський // *Перинатология и педиатрия*. – 2016. – № 3. – С. 53–57.
9. *Прегравідарная* подготовка у пациенток с невынашиванием беременности в анамнезе [Электронный ресурс] / М. В. Михалева, М. Б. Шаманова, А. П. Кирющенко, Е. Б. Херсонская // *Вестник РГМУ*. – 2011. – № 2 Спецвыпуск. – Режим доступа : <http://www.twirpx.com/file/704319>. – Название с экрана.
10. *Радзинский В. Е.* Акушерская агрессия / В. Е. Радзинский. – Москва : Изд-во журнала StatusPraesens, 2012. – С. 223–245.
11. *Радзинский В. Е.* Руководство к практическим занятиям по акушерству : учебное пособие / В. Е. Радзинский. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 282–288.
12. *Семенюк Л. М.* Рання прегравідарна підготовка жінок із невиношуванням вагітності на тлі гіперандрогенії [Електронний ресурс] / Л. М. Семенюк, М. Є. Яроцький, Т. І. Дашук // *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. – 2013. – № 3. – Режим доступу : <http://jcees.endocenter.kiev.ua/article/view/77852>. – Назва з екрана.
13. *Сидорова И. С.* Клинико-диагностические аспекты фетоплацентарной недостаточности / И. С. Сидорова, И. О. Макаров. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2005. – 296 с.
14. *Impaired vascular dilatation in women with a history of pre-eclampsia* / К. Н. Lampinen, М. Ronnback, R. J. Kaaja [et al.] // *J. Hypertens*. – 2006. – Vol. 24. – P. 751–756.
15. *Impairment of endothelial function in women with a history of preeclampsia: an indicator of cardiovascular risk* / Р. К. Agatista, R. B. Ness, J. M. Roberts [et al.] // *Am. J. Physiol. Heart. Circ. Physiol.* – 2004. – Vol. 286. – H1389–H1393.
16. *Sheppard S. J.* Risk factors and mediators of the vascular dysfunction associated with hypertension in pregnancy / S. J. Sheppard, R. A. Khalil // *Cardiovasc. Hematol. Disord. Drug. Targets*. – 2010. – Vol. 10. – P. 33–52.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.04.2017 р.



**Прегравидарная подготовка у женщин с плацентарной дисфункцией в анамнезе**

*О.А. Корчинская<sup>1</sup>, М.М. Черняк<sup>1</sup>,  
С. Жултакова<sup>2</sup>, Г. Галдунова<sup>2</sup>, А. Шлоссерова<sup>2</sup>*  
<sup>1</sup>ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина  
<sup>2</sup>Пряшевский университет, г. Пряшев, Словакия

**Цель** – проанализировать данные современной специализированной литературы по прегравидарной подготовке женщин с плацентарной дисфункцией в анамнезе.

**Материалы и методы.** Контент-анализ специализированных журналов, монографий, национальных руководств.

**Результаты.** При подготовке таких женщин к следующей беременности ключевым моментом является определение индивидуального триггерного фактора и, по возможности, его максимальная коррекция до наступления беременности.

**Выводы.** Адекватная и своевременная коррекция экстрагенитальной патологии, гормонального, иммунного статуса способствует повышению вероятности нормального течения следующей беременности и позволяет избежать повторения нарушений в системе мать–плацента–плод.

**Ключевые слова:** плацентарная дисфункция, профилактика, прегравидарная подготовка.

**Preconception care of women with placental dysfunction syndrome anamnesis**

*O.O. Korchynska<sup>1</sup>, M.M. Chernyak<sup>1</sup>,  
S. Zultakova<sup>2</sup>, H. Galdunova<sup>2</sup>, A. Schlosserova<sup>2</sup>*  
<sup>1</sup>SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine  
<sup>2</sup>Prešovská univerzita v Prešove, Slovakia

**Purpose** – to analyze methods of preconception care of women with placental dysfunction syndrome anamnesis by using current specialist literature.

**Material and methods:** content-analysis of professional journals, monographs, national guidelines.

**Results.** In preconception care of women with placental dysfunction syndrome the key factor determining individual trigger and, if possible, it's maximum correction before pregnancy.

**Conclusions.** Adequate and timely correction extragenital pathology, hormonal, immune status improves the probability of the normal course of the next pregnancy and to avoid repetition of disturbances in the mother-placenta-fetus.

**Key words:** placental dysfunction, preeclampsia, prevention, preconception care.

**Відомості про авторів**

**Корчинська Оксана Олександрівна** – д.мед.н, професор кафедри акушерства та гінекології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Черняк Михайло Михайлович** – лікар-інтерн-акушер-гінеколог ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

PhDr **Silvia Žultáková** PhD Vedúca katedry, Katedra pôrodnej asistencie, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovskej univerzity v Prešove, Ul. 17. novembra č.15080 01 Prešov, Slovakia.

PaedDr Bc. **Helena Galdunová**, PhD Odborní asistenti, Katedra pôrodnej asistencie, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovskej univerzity v Prešove, Ul. 17. novembra č.15080 01 Prešov, Slovakia.

PhDr Bc. **Alena Schlosserová**, PhD Odborní asistenti, Katedra pôrodnej asistencie, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovskej univerzity v Prešove, Ul. 17. novembra č.15080 01 Prešov, Slovakia.

УДК 614.4:616-082-051:002

Л.В. Крохмалюк

## Рівень інформованості медичних працівників стаціонарних відділень про правила забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатoproфільної лікарні (за результатами соціологічного дослідження)

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

**Мета** – вивчити рівень інформованості медичних працівників стаціонарних відділень про правила забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатoproфільної лікарні.

**Матеріали та методи.** Використано соціологічний метод дослідження. За спеціально розробленою анкетною опитано 400 медичних працівників стаціонарних відділень лікарень другого рівня надання медичної допомоги, з яких 38 завідувачів відділень, 184 лікарі, 38 старших медичних сестер відділень і 140 медичних сестер. Отримані під час соціологічного дослідження результати опрацьовано з використанням статистичних методів.

**Результати.** Встановлено низький рівень знань у завідувачів стаціонарних відділень, лікарів та медичних сестер і достовірно вищий рівень знань у старших медичних сестер стаціонарних відділень із правил забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатoproфільної лікарні.

**Висновки.** Результати дослідження вказують на необхідність запровадження курсів тематичного удосконалення для медичних працівників із правил забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатoproфільної лікарні.

**Ключові слова:** багатoproфільна лікарня, санітарно-епідеміологічного благополуччя, забезпечення, медичні працівники, рівень знань, самооцінка.

### Вступ

Санітарно-протиепідемічне благополуччя лікарні є складовою системи безпечного перебування пацієнтів у закладі охорони здоров'я та безпечних умов праці медичних працівників [2, 3].

З метою охорони здоров'я населення, забезпечення оптимальних умов перебування хворих у закладах охорони здоров'я і безпечних умов праці медичних працівників держава забезпечує дотримання належного санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму. За виконання санітарних правил покладається на керівників закладів охорони здоров'я. Вимоги санітарних правил є обов'язковими для юридичних та фізичних осіб – суб'єктів інвестиційної діяльності на території України незалежно від їх відомчого підпорядкування і форм власності [4, 5].

У забезпеченні санітарно-протиепідемічного благополуччя лікарні значну роль відіграє відповідна діяльність медичних працівників усіх рівнів [1], що залежить від рівня їх підготовки з даного питання.

**Мета роботи** – вивчити рівень інформованості медичних працівників стаціонарних відділень про принципи забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатoproфільної лікарні.

### Матеріали та методи

За спеціально розробленою анкетною опитано 400 медичних працівників стаціонарних відділень лікарень другого рівня надання медичної допомоги, з яких 38 завідувачів відділень, 184 лікарів, 38 старших медичних

сестер відділень та 140 медичних сестер. Отримані під час соціологічного дослідження результати опрацьовані з використанням статистичних методів. При виконанні даного дослідження використано соціологічний метод дослідження.

### Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження нами вивчено рівень самооцінки вказаними медичними працівниками знань щодо принципів забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатoproфільної лікарні. Отримані дані наведено в табл. 1 та 2.

Аналіз наведених в табл. 1 даних вказує на низький рівень самооцінки лікарями особистих знань із забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатoproфільної лікарні. Дали позитивну оцінку даних знань 40,3% завідувачів відділеннями та 37,5% лікарів.

Наведені в табл. 2 результати дослідження вказують на самий високий рівень самооцінки своїх знань із забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатoproфільної лікарні старшими медичними сестрами відділень (65,8%). Медичні сестри відділень більш низько, але теж достатньо високо оцінили рівень особистих знань із забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатoproфільної лікарні – 45,3%.

Далі було вивчено рівень самооцінки вказаними медичними працівниками окремих правил забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатoproфільної лікарні. Отримані дані наведено в табл. 3 та 4.

Таблиця 1  
Рівень самооцінки лікарями знань із забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні (%)

Показник	Завідувачі відділеннями		Лікарі	
	так	не визначився	так	не визначився
Знаю	11,4	11,4	9,2	6,5
Скоріше знаю, ніж не знаю	28,9	11,4	28,3	6,5
Скоріше не знаю, ніж знаю	35,1	11,4	41,9	6,5
Не знаю	13,2	11,4	14,1	6,5

Таблиця 2  
Рівень самооцінки середніми медичними працівниками знань із забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні (%)

Показник	Старші медичні сестри відділень		Медичні сестри	
	так	не визначився	так	не визначився
Знаю	39,5	10,5	20,7	5,7
Скоріше знаю, ніж не знаю	26,3	10,5	22,8	5,7
Скоріше не знаю, ніж знаю	23,7	10,5	32,2	5,7
Не знаю	-	10,5	18,6	5,7

Таблиця 3  
Рівень самооцінки лікарями знання окремих правил забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні (%)

Показник	Завідувачі відділеннями			Лікарі		
	так	ні	не визначився	так	ні	не визначився
Правила використання деззасобів під час прибирання приміщень різного призначення	15,8	78,9	5,3	11,3	87,1	1,6
Правила санітарного прибирання приміщень різного призначення	15,8	78,9	5,3	11,3	87,1	1,6
Методологія стандартизації на рівні лікарні лікарських і сестринських маніпуляцій	71,1	28,9	-	18,4	78,9	2,7
Правила обробки та стерилізації інструментарію	15,8	84,2	-	32,9	65,5	1,6
Вимоги до контролю та особистими продуктами харчування пацієнтів і умов для їх зберігання і вживання	28,9	71,1	-	9,2	89,2	1,6
Правила профілактики професійного інфікування ВІЛ та парентеральних гепатитів	94,7	5,3	-	92,9	7,1	-
Правила знешкодження та утилізації біоматеріалів	15,8	76,3	7,9	11,3	86,0	2,7
Основи лікувально-охоронного режиму	73,9	18,2	7,9	52,9	45,5	1,6

Аналіз наведених у табл. 3 результатів дослідження вказує на те, що як завідувачі відділеннями так і лікарі достатньо низько оцінили рівень особистих знань із окремих напрямків забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні. При цьому найвище вони оцінили знання правил профілактики професійного інфікування ВІЛ і парентеральних гепатитів – відповідно 94,7% та 92,9%.

Завідувачі відділеннями низько оцінили рівень особистих знань із правил використання деззасобів під час прибирання приміщень різного призначення, правил

санітарного прибирання приміщень різного призначення, правил обробки та стерилізації інструментарію, правил знешкодження та утилізації біоматеріалів (по 15,8%).

Лікарі низько оцінили рівень особистих знань із вимог до контролю та особистими продуктами харчування пацієнтів і умов для їх зберігання і вживання (9,2%), правил використання деззасобів під час прибирання приміщень різного призначення, правил санітарного прибирання приміщень різного призначення, правил знешкодження та утилізації біоматеріалів (по 11,3%).

Аналіз наведених у табл. 4 даних та їх порівняння з даними, наведеними в табл. 3, вказує на більш високий рівень знань із окремих напрямків забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні у старших медичних сестер

стаціонарних відділень та медичних сестер, ніж рівень відповідних знань у завідувачів відділеннями та в лікарів. При цьому найвищий рівень знань мають старші медичні сестри стаціонарних відділень.

Таблиця 4

**Рівень самооцінки середніми медичними працівниками знання окремих правил забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні (%)**

Показник	Старші медсестри			Медсестри		
	так	ні	не визначився	так	ні	не визначився
Правила використання деззасобів під час прибирання приміщень різного призначення	89,5	10,5	-	45,0	55,0	-
Правила санітарного прибирання приміщень різного призначення	89,5	10,5	-	77,9	22,1	-
Методологія стандартизації на рівні лікарні лікарських і сестринських маніпуляцій	31,6	68,4	-	3,6	92,1	4,3
Правила обробки та стерилізації інструментарію	100,0	-	-	80,0	20,0	-
Вимоги до контролю та особистими продуктами харчування пацієнтів і умов для їх зберігання і вживання	89,5	10,5	-	59,3	40,7	-
Правила профілактики професійного інфікування ВІЛ та парентеральних гепатитів	92,1	7,9	-	72,8	25,8	1,4
Правила знешкодження та утилізації біоматеріалів	89,5	10,5	-	65,0	31,4	3,6
Основи лікувально-охоронного режиму	94,7	5,3	-	63,6	36,4	-

Наступним кроком дослідження було дослідження питань вивчення питань принципів забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні під час проходження курсів підвищення кваліфікації в закладах післядипломної освіти. Отримані дані наведено в табл. 5 та 6.

За наведеними в табл. 5 даними видно, що ні завідувачі відділеннями, ні лікарі під час проходження курсів підвищення кваліфікації комплексно не вивчали принципи забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні. Фрагментарно вказані питання вивчали 57,9% завідувачів відділень та

40,2% лікарів. 36,8% завідувачів відділень та 51,6% лікарів під час проходження курсів підвищення кваліфікації дані питання взагалі не вивчали.

Аналіз даних, наведених у табл. 6 вказує на те, що середні медичні працівники під час проходження курсів підвищення кваліфікації комплексно не вивчали принципи забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні. І тільки 50,0% старших медичних сестер відділень та 48,6% медичних сестер стаціонарних відділень вивчали вказані питання фрагментарно.

Таблиця 5

**Вивчення лікарями під час проходження курсів підвищення кваліфікації правил забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні (%)**

Показник	Завідувачі відділеннями		Лікарі	
	так	не визначився	так	не визначився
Вивчали комплексно	-	5,3	-	8,2
Вивчали фрагментарно	57,9	5,3	40,2	8,2
Не вивчали	36,8	5,3	51,6	8,2

Таблиця 6

Вивчення середніми медичними працівниками під час проходження курсів підвищення кваліфікації правил забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні (%)

Показник	Старші медичні сестри відділень		Медичні сестри	
	так	не визначився	так	не визначився
Вивчали комплексно	-	13,2	-	12,1
Вивчали фрагментарно	50,0	13,2	48,6	12,1
Не вивчали	36,8	13,2	39,3	12,1

### Висновки

Встановлено низький рівень знань у завідувачів стаціонарних відділень, лікарів та медичних сестер і достовірно вищий рівень знань у старших медичних сестер стаціонарних відділень із правил забезпечення

санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні.

### Література

1. Крохмалюк Л. В. Методичні підходи до забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні / Л. В. Крохмалюк // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – С. 111–114.
2. *Поняття* про лікувально-охоронний, санітарно-гігієнічний режими, особливості їх застосування у дитячій лікарні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://studopedia.ru/11\\_188973\\_ponyattya-pro-likuvalno-ohoronniy-sanitarno-gigienichniy-rezhimi-osoblivosti-ih-zastosuvannya-u-dityachiy-likarni.html](http://studopedia.ru/11_188973_ponyattya-pro-likuvalno-ohoronniy-sanitarno-gigienichniy-rezhimi-osoblivosti-ih-zastosuvannya-u-dityachiy-likarni.html). – Назва з екрана.
3. Рукавцова О. М. Гигиена лечебных учреждений / О. М. Рукавцова, О. М. Ландина. – Київ : Здоров'я, 1988.
4. *Санітарно-протиепідемічний режим, його мета, засоби забезпечення* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://referat.repetitor.ua>. – Назва з екрана.
5. *Схема контролю за состоянием санитарно-противоэпидемического режима в лечебно-профилактических учреждениях : методичні рекомендації.* – Москва, 1990.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.04.2017 р.

**Уровень информированности медицинских работников стационарных отделений о правилах обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия многопрофильной больницы (по результатам социологического исследования)**

*Л.В. Крохмалюк*

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

**Цель** – изучить уровень информированности медицинских работников стационарных отделений о правилах обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия многопрофильной больницы.

**Материалы и методы.** Использован социологический метод исследования. С использованием специально разработанной анкеты опрошены 400 медицинских работников стационарных отделений больниц второго уровня оказания медицинской помощи, из которых 38 заведующих отделениями, 184 врача, 38 старших медицинских сестер отделений и 140 медицинских сестер. Полученные результаты обработаны с использованием статистических методов.

**Результаты.** Установлен низкий уровень знаний у заведующих отделениями, врачей и медицинских сестер и достоверно более высокий уровень знаний у старших медицинских сестер стационарных отделений о правилах обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия многопрофильной больницы.

**Выводы.** Результаты исследования указывают на необходимость внедрения курсов тематического усовершенствования для медицинских работников стационарных отделений о правилах обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия многопрофильной больницы.

**Ключевые слова:** многопрофильная больница, санитарно-эпидемиологическое благополучие, обеспечение, медицинские работники, уровень знаний, самооценка.

**The level of awareness of medical workers in inpatient departments about the rules for ensuring the sanitary and epidemiological well-being of a multi-profile hospital (based on the results of a sociological survey)**

*L.V. Krokhmaljuk*

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

**Purpose** – to study the level of awareness of medical workers in inpatient departments about the rules for ensuring the sanitary and epidemiological well-being of a multi-profile hospital.

**Materials and methods.** The sociological method of research was used. Using a specially developed questionnaire, 400 medical staff of in-patient departments of second level hospitals were interviewed, of which 38 department heads, 184 doctors, 38 senior nurse departments and 140 nurses. The results obtained are processed using statistical methods.

**Results.** A low level of knowledge has been established among department heads, doctors and nurses and a significantly higher level of knowledge among senior nurses of inpatient departments on the rules for ensuring the sanitary and epidemiological well-being of a multidisciplinary hospital.

**Conclusions.** The results of the research point to the need to introduce courses of thematic improvement for medical workers in inpatient departments on the rules for ensuring the sanitary and epidemiological well-being of a multidisciplinary hospital.

**Key words:** multidisciplinary hospital, sanitary and epidemic well-being, provision, medical workers, level of knowledge, self-esteem.

**Відомості про автора**

**Крохмалюк Любомир Валерійович** – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 614.2:616-084.001.3(100)(477)

В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, О.П. Максименко, М.І. Заярський, Е.В. Бродська

## Порівняльний аналіз підходів до профілактики в Європі та Україні

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

**Мета** – обґрунтувати підвищення якості профілактичної роботи в українській системі охорони здоров'я на основі проведення порівняльного аналізу підходів до профілактики в Європі та Україні.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано систематичні огляди літератури, матеріали ВООЗ, нормативно-правові документи МОЗ України. Застосовано бібліосемантичний, історичний та аналітичний методи.

**Результати.** Між Європою та Україною існують розбіжності щодо основних підходів проведення профілактичних заходів. В Європі використовуються переважно скринінгові програми, в Україні – диспансеризація, першим етапом якої є профілактичні медичні огляди. За кордоном при запровадженні національних профілактичних програм спираються на результати рандомізованих клінічних випробувань та оцінки економічної ефективності втручань. В Україні, при наявності розуміння, що доказова профілактика повинна стати галузевою політикою, існує певний дисбаланс у нормативній базі та практичних заходах.

**Висновки.** Диспансерний підхід до профілактики в Україні є застарілим, оскільки вступає в протиріччя з доведено ефективними міжнародними підходами. Для гармонізації з Європейською політикою потрібно переглянути в найкоротший термін наказ про диспансеризацію з позиції доказової профілактики та при оцінці витратної ефективності профілактичних програм.

**Ключові слова:** доказова профілактика, диспансеризація, скринінг.

### Вступ

В основах Європейської політики «Здоров'я 2020» підкреслюється необхідність переорієнтації систем охорони здоров'я в країнах регіону з винесенням на перший план таких напрямків роботи, як профілактика захворювань, що пов'язано з низкою причин таких як зміни демографічних характеристик з відповідним збільшенням числа хронічних захворювань та станів, пов'язаних зі старінням; зростанням обсягів достовірних наукових даних по економічних аспектах профілактики, які демонструють можливості стримування витрат на охорону здоров'я, що набуває особливого значення в кризових умовах [3].

Профілактична спрямованість традиційно декларується як один з провідних принципів діяльності системи охорони здоров'я в Україні. Розвивається концепція доказової профілактики як сучасної галузевої та надгалузевої політики і практики [10]. Одним із найважливіших аргументів необхідності зміцнення первинної медичної допомоги, яка в останні роки постійно знаходиться у фокусі всіх перетворень в сфері охорони здоров'я, є підвищення продуктивності та ефективності профілактичної роботи [5]. Проте якісних змін у профілактичній діяльності поки що не відбулося: зусилля системи в основному зосереджені на виявленні захворювань без подальшої корекції стану хворих; частка захворювань, що виявляються в ранніх стадіях обмежена; роль первинної ланки звужена, оскільки диспансерний нагляд часто здійснюється лікарями-спеціалістами без участі лікарів загальної практики [2].

Пошук шляхів підвищення ефективності профілактики в країні примушує звернутися до досвіду

країн, перш за все Європейського регіону, де якість та ефективність профілактичної роботи істотно вища.

**Мета роботи** – обґрунтування підвищення якості профілактичної роботи в українській системі охорони здоров'я на основі проведення порівняльного аналізу підходів до профілактики в Європі та Україні.

### Матеріали та методи

Для аналізу профілактичних підходів в країнах Європи використані систематичні огляди літератури, матеріали Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) стосовно політики застосування скринінгових програм. Для характеристики ситуації в Україні були проаналізовані нормативно-правові документи Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) щодо диспансеризації населення та медико-технологічні документи по окремих станах та захворюваннях. Порівняння підходів до профілактики в країнах Європи та в Україні проводилося з застосуванням бібліосемантичного, історичного та аналітичного методів.

### Результати дослідження та їх обговорення

Звертає на себе увагу, що між Європою та Україною існують як термінологічні, так і змістовні відмінності стосовно інструментарію профілактики захворювань. В Європі – основним дієвим інструментом вважаються скринінгові програми, в Україні традиційно ще радянських часів – диспансеризація, першим етапом якої є профілактичні медичні огляди.

Старт до запровадження скринінгових програм в Європі та Північній Америці дали дослідження Канадської

Робочої групи профілактичних програм, яка ще в 1979 році довела неефективність загальних періодичних медичних оглядів і рекомендувала відмовитися від них [17]. Такі рекомендації були підтверджені опублікованими в 2012 р. даними систематичного огляду 16 рандомізованих клінічних випробувань (РКВ) із загальним числом учасників 182 880 осіб, які довели, що регулярне проходження періодичних профілактичних оглядів безсимптомними особами у віці до 65 років не знижує ні загальну смертність, ні смертність від якихось окремих захворювань (відносний ризик смерті 0,99 [95% довірчий інтервал 0,95–1,03]) [13]. У результаті, базуючись на доказових даних, в Канаді, потім в США, Австралії та європейських країнах перейшли до застосування цільового профілактичного скринінгу на конкретні захворювання з урахуванням статі, віку і факторів ризику.

За більш ніж три десятиліття було сформовано чітку, доказову методологічну базу профілактики на основі скринінгових програм, яка була представлена у 2008 р. Всесвітньою організацією охорони здоров'я від імені Європейської обсерваторії по системах та політиці охорони здоров'я [14].

В європейському регіоні прийнято британське визначення скринінгу як послуги у сфері охорони здоров'я, яка полягає в тому, що представникам конкретної популяції (які не обов'язково розуміють, що вони схильні до ризику захворювання або вже страждають на хворобу чи її ускладненнями) задаються питання або пропонується тест для виявлення осіб, яким з високою ймовірністю буде надана допомога, а не завдано шкоди, подальшими тестами або лікуванням з метою зниження ризику захворювання або його ускладнень [16].

Характерними особливостями сучасних скринінгових програм є: 1) застосування їх для визначених цільових популяцій; 2) не лише виявлення захворювань в ранніх стадіях, а й здійснення по відношенню до осіб, охоплених скринінгом, усього необхідного спектра втручань, включаючи інформування про результати скринінгових тестів, надання рекомендацій як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях з профілактики та лікування виявлених захворювань та контроль ефективності програми; 3) баланс соціальної та економічної ефективності програми.

За рекомендаціями Європейського регіонального бюро ВООЗ ефективно організована програма проведення скринінгу повинна включати наступні компоненти [14]:

- визначення цільової популяції;
- виділення у складі цільової популяції осіб, які будуть проходити скринінг;
- заохочення всіх осіб, які відповідають встановленим критеріям, до участі в скринінгу;
- забезпечення наявності відповідних приміщень, обладнання та персоналу для можливості проведення скринінгових досліджень у сприятливій обстановці, прийнятній для учасників;
- існування задовільного методу, що забезпечує підтримку найвищих стандартів тестування за допомогою:

підготовки та безперервного навчання персоналу, що проводить тести; демонстрації стандартів технічного обслуговування обладнання, що використовується при дослідженні; рутинних перевірок надійності проведених тестів (наприклад, вибірових повторних біохімічних, цитологічних і рентгенологічних вимірювань);

– наявність відповідного, задовільно функціонуючого обладнання для діагностики та лікування будь-якої особи, якій це потрібно, з мінімізацією часу між участю в скринінгу, ознайомленням із негативним результатом тесту, повідомленням про те, що результат скринінг-тесту вимагає подальшого дослідження і направлення до відповідного закладу для подальшого обстеження і лікування, здійснення постійного моніторингу дотримання інтервалів між різними стадіями;

– проведення регулярної перевірки ступеня задоволеності осіб, охоплених скринінгом, включаючи всіх тих, що пройшли обстеження, обстежених з негативними результатами і запрошених, але тих, які не взяли участі в тестуванні;

– постійний контроль якості діючої програми. Проведення періодичної перевірки медичних карт осіб, які брали участь у скринінгу для контролю стану їх здоров'я.

Визначені ВООЗ критерії застосування скринінгових тестів представлені в таблиці 1 [14].

Безпосередньо до скринінгових тестів вважаються обов'язковими такі вимоги:

– ефективність тесту (за показниками захворюваності та смертності) повинна бути підтверджена в рамках рандомізованих клінічних випробувань;

– тест має бути простим у використанні та інтерпретації та, по можливості, виконуватися середнім медичним персоналом;

– тест повинен бути безпечним для здоров'я пацієнта, точним щодо виявлення досліджуваного захворювання;

– тест має бути клінічно прийнятним і етичним для обстежуваної популяції;

– тест повинен давати подібні результати в повторюваних випробуваннях;

– тест повинен давати позитивний результат в разі наявності відповідного стану у обстежуваного індивіда (мати високу чутливість);

– тест повинен давати негативний результат в разі відсутності відповідного стану у обстежуваного індивіда (мати високу специфічність);

– користь від проведення скринінгу повинна перевищувати можливу фізичну і психологічну шкоду, яку може відчувати пацієнт в результаті участі в скринінговій програмі;

– вартість скринінгу не повинна перевищувати витрати на діагностику та лікування захворювання, при його виявленні в більш пізніх термінах.

Останнє потребує додаткового роз'яснення. Незважаючи на те, що більшість скринінг-тестів проста, а їх процедури відносно дешеві, фактична вартість скринінгу досить велика. Всі процедури проведення скринінгу включають в себе дослідження та тестування



великої кількості осіб з метою виявлення незначної групи людей з тією чи іншою патологією, в результаті чого вартість виявлення одного випадку захворювання виявляється досить дорогою. На послуги скринінгу, що забезпечуються для однієї популяції, витрачаються

ресурси, які будуть недоступні для використання в іншому місці. Тому перед застосуванням процедур скринінгу вважається необхідним використання строгих критеріїв, які дозволяють дати кількісну оцінку витрат і вигід кожної конкретної скринінгової програми.

Таблиця 1

## Критерії застосування скринінгових тестів

Категорія	Критерії
Стан	Відповідний стан має бути важливою проблемою здоров'я, анамнез якого, включаючи розвиток від прихованого до вираженого захворювання, повинен бути правильно зрозумілий. Необхідно, щоб стан мав приховану або ранню симптоматичну стадію, яку можна розпізнати
Діагноз	Повинен існувати відповідний діагностичний тест, безпечний і прийнятний для охопленої популяції. Повинна бути узгоджена політика, заснована на надійних результатах тесту і національних стандартах, які визначають, кого слід вважати пацієнтами, а весь процес повинен бути безперервним
Лікування	Для осіб, у яких виявлені захворювання або до нозологічний стан, повинно існувати визнане і встановлене лікування або втручання, а також має бути доступне обладнання для лікування
Вартість	Вартість виявлення випадків захворювання (включаючи діагностику та лікування) повинна бути економічно збалансована з можливими витратами на медико-санітарну допомогу

Джерело: Holland W.W., 2008 [14].

У таблиці 2 в якості прикладу представлено узагальнені Ж.В. Максимовою та Д.М. Максимовим на основі рекомендацій робочої групи профілактичних програм США (U.S. Preventive Services Task Force – USPSTF), рекомендацій по періодичних медичних оглядах Американської асоціації сімейних лікарів (American Academy of Family Physicians – AAFP) дані щодо скринінгових заходів (скринінг тестів та їх кратності) для дорослих, проведення яких виправдано з точки зору доказової медицини [4].

Слід зазначити, що підходи до скринінгових заходів постійно переглядаються, перш за все в напрямку підвищення їх витратної ефективності без погіршення результативності. До втручань, які довели свою ефективність з точки зору витрат, відносять скринінг на аневризму черевної аорти, на діабет і знижену толерантність до глюкози, на депресію при діабеті; медичний огляд по виявленню судинних захворювань. До найбільш витратноєфективних програм відносяться скринінг на рак шийки матки, рак молочної залози і товстої кишки [1].

У 2016 р. були опубліковані нові об'єднані Європейські рекомендації з кардіоваскулярної профілактики, розроблені на принципах доказової медицини шостою об'єднаною робочою групою Європейського товариства кардіологів (ESC – European Society of Cardiology) і дев'ятьма різними професійними співтовариствами, в яких зокрема не рекомендується систематична оцінка серцево-судинного ризику у чоловіків у віці молодше 40 років і жінок молодше 50 років без відомих факторів ризику [12]. Звужено також віковий інтервал для проведення скринінгу на рак шийки матки з 21–65 років до 30–65 років.

Реальні програми і практика скринінгу у різних європейських та північноамериканських країнах широко

варіюються, що пов'язано з екологічними та демографічними особливостями населення, відмінностями структури та фінансування послуг охорони здоров'я. Наприклад, скринінг на туберкульоз в країнах старої Європи на даний час не рекомендується як національна програма, оскільки епідеміологічна ситуація з цією хворобою змінилася на сприятливу.

Водночас, у нових державах-членах ЄС та країнах-кандидатах такі скринінг програми рекомендовані і проводяться як національні. Найбільш розвинені скринінгові програми в США та Сполученому Королівстві, але й між ними є певні відмінності. У США кількість рекомендованих програм більша – це скринінг на онкологічні, серцево-судинні захворювання, діабет, алкоголізм, депресію, ожиріння, остеопороз. У Великобританії рекомендуються програми скринінгу на деякі онкологічні захворювання (рак молочної залози, рак шийки матки, колоректальний рак), діабетичну ретинопатію і аневризму черевної відділу аорти тощо [11].

Що стосується організації скринінгових заходів, то доцільно відмітити певні важливі загальні тенденції, а саме: чітка прихильність до встановлених критеріїв скринінгу, наявність точного реєстру населення, ключова роль лікарів загальної практики, а також прагнення до створення в країні єдиного національного органу, що відповідає за практику і політику скринінгу, моделлю якого може служити заснований у 1996 р. у Великій Британії Національний комітет по скринінгу.

В Україні традиційним методом профілактики залишається диспансеризація – метод медичного обслуговування населення, який передбачає активне виявлення захворювань на ранніх стадіях, нагляд за певними групами хворих з метою забезпечення їх життєдіяльності та працездатності, проведення оздоровчих заходів.

Таблиця 2

Скринінгові втручання з доведеною ефективністю для раннього виявлення хронічних неінфекційних захворювань та їх факторів ризику [4]

Захворювання/ стан	Вік / Скринінг													Кратність проведення (при негативному результаті)
	18	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	
Артеріальний тиск (АТ)	Вимірювання АТ													Кожні 2 роки
Куріння	Визначення курильного статусу (опитування)													Одноразово, далі за потребою
Зловживання алкоголем	Оцінка кількості вживаного алкоголю (анкета AUDIT-C)													Одноразово, далі за потребою
Ожиріння (ІМТ $\geq$ 30 кг/м <sup>2</sup> )	Визначення ІМТ (індексу маси тіла)													Одноразово, далі за потребою
Депресія	Опитування на виявлення симптомів депресії. За умов, якщо є персонал, навчений лікуванню депресії													Одноразово, далі за потребою
Цукровий діабет 2 типу	Глюкоза плазми натще при ІМТ $\geq$ 25 кг/м <sup>2</sup> і наявності інших ( $\geq$ 1) факторів ризику цукрового діабету (ЦД) <sup>1</sup>													Кожні 3 роки
Дисліпідемія (чол.)		холестерин, якщо підвищений ризик ІХС <sup>2</sup>		Холестерин										Кожні 5 років
Дисліпідемія (жін.)		Холестерин, якщо підвищений ризик ІХС (ішемічної хвороби серця) <sup>2</sup>											Кожні 5 років	
Рак шийки матки		Мазок на онкоцитологію з 21 року + ВПЛ (вірус папіломи людини) тест з 30 років										Кожні 3 роки (+ВПЛ тест – кожні 5 років)		
Рак молочної залози		Мамографія											Кожні 2 роки	
Колоректальний рак										Кал на приховану кров (КПК) або ректороманоскопія (РМС) або колоноскопія (КС)			КПК щорічно або КПК + РМС кожні 5 років або КС кожні 10 років	
Рак легенів (курці)										Нижньодольова комп'ютерна томографія легенів			Щорічно, якщо індекс пачко/років $\geq$ 30	
Остеопороз (жін.)											Денситометрія або ризик переломів по FRAX		Одноразово	
Аневризма черевної аорти (курці чол.)											УЗД черевної аорти		Одноразово	

Примітки: <sup>1</sup>Інші, крім надлишкової маси тіла та ожиріння, фактори ризику ЦД: низька фізична активність; діабет у родичів першого ступеня кривості (батьки, брати і сестри); у жінок – народження дитини вагою більше 4 кг або гестаційний діабет, або синдром полікістозу яєчників; артеріальна гіпертензія (АТ $\geq$ 140/90 мм рт. ст. або терапія з приводу гіпертонії); рівень ХС ліпопротеїни високої щільності <0,90 ммоль/л і/або тригліцеридів>2,82 ммоль/л.; <sup>2</sup>Фактори ризику ІХС (ішемічної хвороби серця): ЦД, сімейний анамнез серцево-судинних захворювань у чоловіків до 55 років, у жінок до 65 років, куріння, артеріальна гіпертензія, ожиріння (ІМТ $\geq$ 30 кг/м<sup>2</sup>).

Проведення диспансеризації регламентовано наказом Міністерства охорони здоров'я від 27.08.2010 р. №728 «Про диспансеризацію населення» [6]. Згідно з цим наказом, диспансеризація включає: медичний огляд населення з проведенням визначеного обсягу

лабораторних та інструментальних обстежень; додаткове обстеження осіб, які цього потребують; виявлення осіб з факторами ризику, що спричиняють виникнення та розвиток захворювань; своєчасне виявлення захворювань; розробку та проведення комплексу необхідних медичних

та соціальних заходів; динамічне спостереження за станом здоров'я населення. Навіть поверхневий аналіз цього спектру заходів дозволяє зробити висновок про збережену з радянських часів обмеженість селективного підходу до диспансеризації окремих категорій населення.

Розглянемо більш детально фрагмент наказу, що стосується медичних оглядів дорослого населення. Звертає на себе увагу: 1) необґрунтована надлишковість переліку досліджень; 2) відсутність націленості окремих досліджень на виявлення певної патології; 3) застосування без аргументації не доказових тестів (невалідизованої анкети, пальпації молочних залоз, пневмотахометрії тощо). Загалом унормований цим наказом підхід абсолютно суперечить зазначеним вище доведено ефективним міжнародним підходам.

Паралельно в Україні в останні роки при розробці уніфікованих клінічних протоколів з окремих станів і нозологій рекомендовані скринінгові заходи, що базуються на доказових даних і дуже близькі до європейський аналогів, зокрема скринінговому дослідженню на рак молочної залози підлягають жінки у віці 50–69 років 1 раз на 3 роки [8]; на рак шийки матки – жінки у віці 18–60 років 1 раз на 3 роки [7]. У проєкті медико-технологічного документу щодо профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ), який представлено до публічного обговорення [9], передбачено виявлення у пацієнтів факторів ризику, що сприяють розвитку ССЗ (тютюнокуріння, нездорового харчування, низької фізичної активності); визначення у всіх осіб чоловічої статі від 40 років та жіночої статі від 50 років, у яких немає цукрового діабету, хронічної хвороби нирок або ССЗ, загального або відносного ризику розвитку ССЗ з використанням шкали SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation), а також проведення низки клінічних

досліджень: вимірювання АТ, визначення індексу ІМТ, реєстрація ЕКГ, лабораторні обстеження – загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, загальний холестерин, глікемія, креатинін. При цьому у всіх зазначених документах передбачається проведення не медикаментозної та/або медикаментозної корекції факторів ризику.

Така суперечливість у нормативних актах не лише створює правову колізію, але й здатна спричинити негативний вплив на якість профілактичної роботи та сприяти неефективному використанню обмежених ресурсів системи охорони здоров'я.

### Висновки

Диспансерний підхід до профілактики в тому вигляді, як він існує в Україні, є застарілим, вступає в протиріччя з доведено ефективними міжнародними підходами і повинен бути переглянутий в найкоротший термін.

Оновлена редакція наказу про диспансеризацію населення повинна базуватися на доказовій профілактиці, оцінці витратної ефективності і мати чітко прописані функції середнього медичного персоналу у проведенні профілактичної роботи.

Для підвищення якості та ефективності профілактичної роботи доцільно прискорити роботу по створенню реєстру пацієнтів та розглянути можливість формування в країні національного органу, відповідального за політику у сфері профілактики.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у проведенні мета-аналізу наукових випробувань із даної проблеми.

## Література

1. *Аргументы* в пользу инвестиций в общественное здоровье. Краткий доклад по вопросам общественного здравоохранения для ОФОЗ-8 / ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген : Региональное издательство ВОЗ, 2014. – 40 с.
2. *Бойцов С. А.* Профилактика неинфекционных заболеваний в практике участкового терапевта: содержание, проблемы, пути решения и перспективы / С. А. Бойцов, С. В. Вылегжанин // *Терапевтический архив*. – 2015. – № 87 (1). – С. 4–9.
3. *Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века* / ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген : Региональное издательство ВОЗ, 2013. – 224 с.
4. *Максимова Ж. В.* Скрининг: современный взгляд на раннюю диагностику и профилактику хронических неинфекционных заболеваний / Ж. В. Максимова, Д. М. Максимов // *Архив внутренней медицины*. – 2014. – № 6 (20). – С. 52–56.
5. *Одринський В. А.* Медико-соціальне обґрунтування моделі первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню на рівні адміністративного району : дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / В. А. Одринський. – Київ, 2015. – 107 с.
6. *Про диспансеризацію населення* : наказ МОЗ України від 27.08.2010 р. № 728 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20100827\\_728.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100827_728.html). – Назва з екрана.
7. *Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при дисплазії та раку шийки матки* : наказ МОЗ України від 02.04.2014 р. № 236 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20140402\\_0236.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140402_0236.html). – Назва з екрана.
8. *Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при раку молочної залози* : наказ МОЗ України від 30.06.2015 р. № 396 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20150630\\_0396.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20150630_0396.html). – Назва з екрана.
9. *Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в частині профілактики серцево-судинних захворювань: проект наказу МОЗ України* [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20151222\\_2.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20151222_2.html). – Назва з екрана.
10. *Пузанова О. Г.* Обґрунтування та інформаційне забезпечення концепції доказової профілактики в охороні здоров'я : автореф. дис. ... д. мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / О. Г. Пузанова. – Київ, 2015. – 40 с.
11. *Пядушкина Е. А.* Зарубежные рекомендации по раннему выявлению хронических неинфекционных заболеваний: опыт Великобритании и США / Е. А. Пядушкина, М. В. Авксентьева, В. В. Омеляновский // *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. – 2016. – № 3 (25). – С. 20–33.
12. *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. 2016* / M. F. Piepoli, A.W. Hoes, S. Agewall [et al.] // *European Heart Journal*. – 2016. – № 37 (29). – P. 2315–2381.
13. *General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease (Review)* / L. T. Krogsbull, K. J. Jurgensen, C. Grønhusj Larsen, P. C. Gutzsche. – *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012. – Issue 10. Art. No.: CD009009. – 140 p.
14. *Holland W. W.* Основы политики. Скрининг в Европе / W. W. Holland, S. Stewart, C. Masseria. – Копенгаген : ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008. – 76 с.
15. *Nebieridze D. V.* Review of European guidelines on the prevention of cardiovascular diseases in clinical practice / D. V. Nebieridze, S. A. Boytsov // *Consilium Medicum*. – 2016. – № 18 (12). – P. 8–12.
16. *Second Report of the National Screening Committee, October 2000* / Health Departments of the United Kingdom. – London : Department of Health, 2000. – 29 p.
17. *The periodic health examination* / Canadian Task Force on the Periodic Health Examination // *Can. Med. Assoc. J.* – 1979. – Vol. 121 (9). – P. 1193–1254.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.04.2017 р.

**Сравнительный анализ подходов к профилактике в Европе и Украине**

*В.Н. Лехан, Л.В. Крячкова, О.П. Максименко, Н.И. Заярский, Э.В. Бродская*  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр, Украина

**Цель** – обосновать повышение качества профилактической работы в украинской системе здравоохранения на основе проведения сравнительного анализа подходов к профилактике в Европе и Украине.

**Материалы и методы.** Проанализированы систематические обзоры литературы, материалы ВОЗ, нормативно-правовые документы МЗ Украины. Использованы библиосемантический, исторический и аналитический методы.

**Результаты.** Между Европой и Украиной существуют различия по основным подходам к проведению профилактических мероприятий. В Европе используются преимущественно скрининговые программы, в Украине – диспансеризация, первым этапом которой являются профилактические медицинские осмотры. За рубежом при реализации национальных профилактических программ опираются на результаты рандомизированных клинических испытаний и оценки экономической эффективности вмешательств. В Украине, при наличии понимания, что доказательная профилактика должна стать отраслевой политикой, существует определенный дисбаланс в нормативной базе и практических мероприятиях.

**Выводы.** Диспансерный подход к профилактике в Украине является устаревшим, поскольку вступает в противоречие с доказано эффективными международными подходами. Для гармонизации с Европейской политикой нужно пересмотреть в кратчайшие сроки приказ о диспансеризации с позиций доказательной профилактики при оценке затратной эффективности профилактических программ.

**Ключевые слова:** доказательная профилактика, диспансеризация, скрининг.

**Comparative analysis of approaches to prevention in Europe and Ukraine**

*V.M. Lekhan, L.V. Kryachkova, O.P. Maksimenko, M.I. Zaiarskyi, E.V. Brodskaya*  
SE “Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine”, Dnipro, Ukraine

**Purpose** – the ground of improve of the preventive work quality in the Ukrainian health care system on the basis of the comparative analysis of approaches to prevention in Europe and Ukraine.

**Materials and methods.** We used the data of systematic reviews, WHO materials, normative documents of ministry of health of Ukraine. Bibliosemantic, historical, analytical methods were used.

**Results.** There are disparities in the main approaches to preventive measures between Europe and Ukraine. Screening programs are mainly used In Europe, medical examination with the first stage of preventive medical examinations is used in Ukraine.

Abroad in the implementation of national prevention programs rely on the results of randomized clinical trials and assess the economic effectiveness of interventions. There is a certain imbalance in the regulatory framework and practical measures in Ukraine with the understanding that evidence based prevention should become the basis of sectoral policies.

**Conclusions.** Ukrainian Dispensary approach to prevention is obsolete, because it conflicts with proven effective international approaches. The order for prophylactic medical examination should be reviewed as soon as possible from the standpoint of evidence-based prevention in assessing the cost-effectiveness of preventive programs to harmonize with European policy.

**Key words:** evidence based prevention, prophylactics medical examination, screening.

**Відомості про авторів**

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

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

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

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

**Бродська Еліна Вікторівна** – викладач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; просп. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

УДК 614.25:616.1/4-058:616.988:578.828.6

Л.Ф. Матюха<sup>1</sup>, Н.Г. Гойда<sup>1</sup>, Г.В. Бацюра<sup>1</sup>, В.О. Бойко<sup>1</sup>,  
Т.В. Веселова<sup>1</sup>, Л.Г. Матвієць<sup>1</sup>, Л.М. Легкоступ<sup>2</sup>, Т.П. Авраменко<sup>1</sup>, Н.Є. Гусак<sup>3</sup>

## Результати проведення циклу тематичного удосконалення «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем»

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ГО «Асоціація сімейних лікарів м. Києва», м. Київ, Україна

<sup>3</sup>Національний університет «Києво-Могилянська академія», м. Київ, Україна

**Мета** – оцінити вплив знань, отриманих сімейними лікарями після проходження циклу тематичного удосконалення «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем», на залучення людей, які живуть із ВІЛ, та представників груп підвищеного ризику до програм добровільного консультування та тестування і лікування ВІЛ-інфекції.

**Матеріали та методи.** Використано змішаний дизайн із застосуванням стандартизованих і глибинних інтерв'ю. Участь у стандартизованому опитуванні взяли 111 лікарів, із них 17 – у глибинних інтерв'ю. Результати анкетування оброблено з використанням SPSS.

**Результати.** Встановлено, що після проходження циклу тематичного удосконалення зросла кількість сімейних лікарів, чия поведінка при роботі не залежить від ВІЛ-статусу пацієнта (з 65,8% до 89,2%). У переважній більшості (94,6%) курсантів ставлення до ВІЛ-позитивних та інших пацієнтів є однаковим. Сімейні лікарі два рази частіше пропонували усім пацієнтам пройти тестування на ВІЛ (27% проти 54,1%) та направляли їх до СНІД-центру та неурядових організацій.

**Висновки.** Проведені цикли ТУ «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем» суттєво вплинули на залучення людей, які живуть із ВІЛ, та представників груп підвищеного ризику до тестування і лікування ВІЛ-інфекції шляхом підвищення рівня обізнаності сімейних лікарів із питань ВІЛ-інфекції, формування лікарями безпечної моделі поведінки у процесі своєї професійної діяльності з ВІЛ-позитивними пацієнтами, налагодження взаємодії з ВІЛ-сервісними організаціями.

**Ключові слова:** ВІЛ-інфекція, тематичне удосконалення, сімейні лікарі.

### Вступ

За оцінкою Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є другою за величиною серед країн Східної Європи та Центральної Азії. Згідно з оновленими даними, з 1987 р. по 2016 р. в країні офіційно зареєстровано 297 424 випадки ВІЛ-інфекції, у тому числі 92 897 випадків захворювання на СНІД, та 41 710 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом [1].

Люди, які живуть із ВІЛ/СНІД (ЛЖВ), часто стикаються зі стигмою та дискримінацією, що є важливою проблемою при наданні їм кваліфікованої допомоги з боку медичних працівників. За результатами дослідження серед ЛЖВ, проведеного у 2013 р., 11% респондентів протягом останніх 12 місяців принаймні раз мали обмежений доступ до медичних послуг із причин, пов'язаних із ВІЛ-статусом. І хоча цей показник зменшився майже вдвічі, порівняно з результатами опитування у 2010 р., ЛЖВ, які ідентифікували себе з ГПР, стикаються з проявами стигми та дискримінації при користуванні медичними послугами частіше (14%). Опитування медичних працівників м. Києва та Київської області підтвердило, що більш ніж 25% персоналу мають високу готовність до стигми та дискримінації до ЛЖВ.

Однією з основних причин такої ситуації є недостатність знань у самих медиків про ВІЛ-інфекцію [3].

На сьогоднішній день в Україні в умовах реформування медичної галузі сімейна медицина вийшла на перший план. До 2020 р. сімейний лікар (СЛ) стане єдиним вікном входження пацієнта в систему охорони здоров'я, зможе надати йому значно ширший обсяг медичних послуг, ніж в спеціалізованих закладах, що задовольнить потреби хворого та дає можливість розширити доступ до лікування і профілактики захворювань, зокрема ВІЛ-інфекції. Крім того, існуючі законодавчі акти України, уніфіковані клінічні протоколи, створюють передумови для ефективної роботи лікарів первинної ланки в сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Таким чином, у контексті постійної підготовки кадрів, які працюють у сфері профілактики та лікування ВІЛ-інфекції, існує нагальна потреба у тому, щоби СЛ були обізнаними щодо ВІЛ-інфекції, мали необхідні навички супроводу ВІЛ-позитивних пацієнтів та постійно їх удосконалювали.

Тому кафедрою сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика у 2014 р. було розроблено та затверджено навчальний план та програма циклу тематичного удосконалення (ТУ) «Ведення пацієнта з ВІЛ-

інфекцією/СНІДом сімейним лікарем» [2]. У 2015 р. ГО «Асоціація сімейних лікарів м. Києва» в рамках проекту «Покращення якості медичного обслуговування ВІЛ-інфікованих пацієнтів сімейними лікарями» за фінансової підтримки ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», що реалізує проект RESPECT: «Зменшення стигми та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ, до представників груп найвищого ризику в медичних закладах України» за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), було проведено п'ять 5-денних циклів ТУ для СЛ Житомирської, Київської, Черкаської, Чернігівської, Київської областей та м. Києва.

Після проведення циклів ТУ важливо було оцінити вплив знань, отриманих СЛ, на надання ними послуг ВІЛ-позитивним пацієнтам.

**Мета роботи** – оцінити вплив знань, отриманих СЛ після проходження циклу ТУ «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем», на залучення ЛЖВ та представників груп підвищеного ризику (ГПР) до програм добровільного консультування та тестування (ДКТ) і лікування ВІЛ-інфекції.

### Матеріали та методи

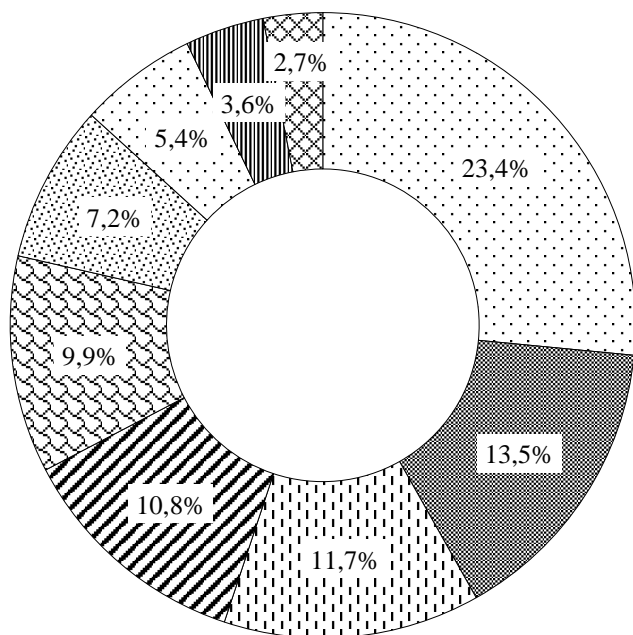
Для проведення дослідження використано змішаний дизайн, що передбачав збір інформації методом опитування СЛ із використанням стандартизованих і глибинних інтерв'ю. Участь у стандартизованому

опитуванні взяли 111 лікарів, які пройшли цикл ТУ, 17 з них погодилися взяти участь в глибинних інтерв'ю. Результати анкетування оброблено з використанням SPSS. Також здійснено порівняльний аналіз відповідей респондентів до та після участі в навчанні.

### Результати дослідження та їх обговорення

**При оцінці результатів проведеного ТУ** учасники досить високо оцінили актуальність його змісту для своєї професійної діяльності. Для більшості респондентів (29,7%) абсолютно новою інформацією стали відомості щодо АРТ, 9,9% опитаних назвали нормативно-правову базу, 8,1% дізналися багато нового щодо лікування ВІЛ-інфікованих, 7,2% суттєво збагатили свої знання щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції. Результати глибинних інтерв'ю цілком підтверджують дані, отримані шляхом стандартизованого опитування.

Більшість респондентів (23,4%) наголосили на тому, що після навчання в них зник страх перед пацієнтами з ВІЛ-позитивним статусом, 13,5% зазначили, що в них покращилося ставлення до таких пацієнтів (толерантність, лояльність, розуміння), 11,7% стали більш свідомо та активно направляти на тестування / намагатися попередити розповсюдження ВІЛ-інфекції, 10,8% опитаних кожного пацієнта розглядають як потенційно ВІЛ-інфікованого, 9,9% відчувають себе впевненішими в роботі з ВІЛ-інфікованими (рис. 1).



**Рис. 1.** Зміни в роботі сімейних лікарів після проходження навчання на циклі тематичного удосконалення

Такі ж результати підтверджують і дані глибинних інтерв'ю. Так, Р11 зазначив: «Насправді до цього ставлення до таких людей було децю іншим, а після проходження курсу можу сказати, що не відчуваю ніякої небезпеки при консультуванні такого хворого. Для мене немає різниці: ВІЛ-інфікований, чи не ВІЛ-інфікований».

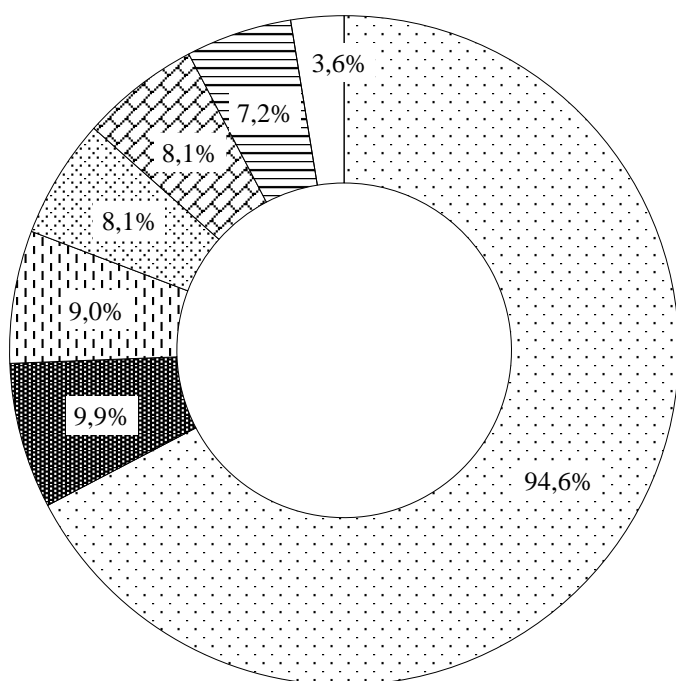
- Зник страх перед ВІЛ-інфікованими пацієнтами
- Покращилося ставлення до пацієнтів з ВІЛ
- Більш свідомо та активно направляю на тестування
- Кожного пацієнта розглядаю як потенційно інфікованого ВІЛ
- Стала/в більш впевненою/им у роботі з пацієнтами з ВІЛ
- Підвищився рівень обізнаності щодо ведення пацієнтів з ВІЛ/СНІД
- Нічого не змінилося
- Використовую експрес-тести
- Пропоную обстеження пацієнтам з опортуністичними захворюваннями

Серед отриманих під час навчання знань найчастіше респонденти застосовують «мотивування на проходження консультування і тестування на ВІЛ» (84,7%). Друге за актуальністю знання – «нормативно-правова база у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу», третє – «попередження стигматизації та дискримінації ВІЛ-позитивних пацієнтів»

(75,7%). Під час проведення глибоких інтерв'ю також з'ясувалося, що серед отриманих знань, які лікарі найчастіше застосовують на практиці, є уважніше ставлення до проблеми ВІЛ, що виражається у більшій кількості пацієнтів, яким було рекомендовано пройти тестування на ВІЛ. Р10: «Як вести себе з інфікованим пацієнтом, як надавати йому медичну допомогу, куди його направляти при виявленні захворювання, як себе поводити на дільниці, з його домашніми».

Опитані лікарі найбільшою мірою цікавились темою «Права та обов'язки медичних працівників, пов'язані з безпекою надання медичних послуг інфікованим пацієнтам», оскільки її обрало 45,9% осіб. Наступні три актуальні теми: «Алгоритм дій для медичного працівника у випадку контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ при виконанні професійних обов'язків» (42,3%), «Законодавство України у сфері охорони здоров'я та протидії ВІЛ в Україні» (41,4%) та «Порядок призначення постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції» (39,6%).

Після проходження тренінгу показники щодо оцінки ризику інфікування ВІЛ самими лікарями відчутно змінилися. Так, кількість осіб, що вважає його «дуже реальним» скоротилася вдвічі (з 10,8% до 5,4%). Подібна динаміка відмічалась у лікарів, що оцінюють свій ризик як «п'ятдесят на п'ятдесят» (14,4% порівняно з 36,9%) і майже втричі більше – альтернативу «мені це абсолютно не загрожує» (32,4% порівняно з 11,7%). У результаті навчання суттєво збільшилася кількість лікарів, які не бояться інфікуватися при роботі з ВІЛ-позитивними пацієнтами без латексних рукавичок або інших засобів захисту (84,7% порівняно з 56,8%). Опитані зовсім перестали боятися інфікування у таких ситуаціях: торкаючись шкіри людини з ВІЛ; користуючись одним санвузлом разом із ВІЛ-позитивним колегою; змінюючи одяг людини з ВІЛ; вимірюючи кров'яний тиск людині з ВІЛ. Загальна кількість опитаних, які вказали, що бояться інфікування при взаємодії з ВІЛ-позитивною людиною, скоротилася з 48 до 17 осіб.



Ставлення до ВІЛ-позитивних пацієнтів та інших пацієнтів має бути однаковим

ЧСЧ і є ВІЛ-позитивними, заслуговують на це захворювання більше, ніж інші ВІЛ-позитивні люди

Люди, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом, заслуговують на це захворювання через свою поведінку

ВІЛ-інфікованих осіб потрібно лікувати окремо від інших людей, щоб захистити загальне населення від інфікування

Якщо медичний працівник боїться інфікуватися ВІЛ від пацієнта, він може відмовитися приймати такого пацієнта

Люди, які інфікувалися ВІЛ, споживаючи наркотики ін'єкційним шляхом, заслуговують на це захворювання через свою поведінку

Не погоджуюся із жодним із перелічених тверджень

Рис. 2. Оцінка ставлення сімейних лікарів до ВІЛ-позитивних та інших пацієнтів

У ході опитування переважна більшість СЛ (94,6%) зазначили, що ставлення до ВІЛ-позитивних та інших пацієнтів має бути однаковим. Невелика кількість респондентів погодилися з твердженнями, що ВІЛ-позитивні люди заслуговують на це захворювання через свою поведінку (ЧСЧ, люди, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом та СН). 9 курсантів вважає, що «ВІЛ-інфікованих осіб потрібно лікувати окремо від інших людей, щоб захистити загальне населення від інфікування» та «якщо медичний працівник боїться інфікуватися ВІЛ від пацієнта, він може відмовитися приймати такого пацієнта».

Після проходження циклу ТУ СЛ у два рази частіше пропонують усім пацієнтам пройти тестування на ВІЛ (27% до навчання проти 54,1% після цього). У середньому кількість осіб, яких направляють на тестування, збільшилася з 10 до 45.

Під час анкетування респонденти зазначили, що головними причинами для направлення на тестування є: наявність у пацієнта опортуністичних захворювань (69,4%), аналіз історії хвороби (58,6%), наявність у пацієнта членів сім'ї з ВІЛ-позитивним статусом (51,4%), що також підтверджується результатами проведених глибоких інтерв'ю. Також на тестування направляють пацієнтів, що входять до груп ризику (наркозалежні;



особи, що були в місцях позбавлення волі; працівники комерційного сексу). Значна кількість лікарів рекомендують проходити тестування молодим людям або всім особам віком до 60 років.

Майже всі лікарі проводили дотестове консультування, за винятком випадку, коли в лікувальному закладі був спеціаліст, який сам це здійснював відповідно до своїх службових інструкцій. Основні питання, що обговорювалися під час дотестової консультації: необхідність здачі аналізів у зв'язку з різноманітними можливими шляхами передачі інфекції і в разі встановлення ВІЛ-позитивного статусу якомога раніше призначення ефективного лікування, яке дозволить пацієнтові відчутно покращити своє самопочуття і жити повноцінним життям. Р9: «Після тренінгу я проводжу дотестове консультування вже сама, говорю з пацієнтами... Обговорювати можливості інфікування, шляхи передачі і результат тесту (позитивний/негативний): що далі з цим робити і в нашій країні опікуються такими людьми».

Щодо інформування про ВІЛ-статус, то варто зауважити, що порівняно з минулим роком найбільше зросла кількість тих лікарів, які зазначили що їм «не потрібно знати про ВІЛ-статус пацієнта при наданні медичної допомоги» – з 22,5% до 47,7%.

Основним джерелом інформації про ВІЛ-статус пацієнтів залишаються вони самі (50,5%). Найпомітніше скоротилася частка тих, хто дізнається про ВІЛ-статус

пацієнтів від персоналу медичного закладу, де пацієнт проходив тестування (з 4,5% до 1,8%). Значно меншою мірою лікарі стали отримувати інформацію щодо ВІЛ-статусу своїх пацієнтів від колег (з 8,1% до 5,4%) та членів сім'ї пацієнта (з 11,7% до 8,1%). З 18,9% до 16,2% скоротилася кількість тих, хто отримує цю інформацію з медичної картки пацієнта, де вказано результати тестування, та з інших джерел. Під час глибинних інтерв'ю лікарі стверджують, що можуть дізнатися про статус пацієнта тільки з його слів. Така динаміка вочевидь свідчить про те, що лікарі дотримуються правил та норм, які вони засвоїли під час навчання на тренінгу.

За останній рік збільшилася кількість лікарів, які направляють пацієнтів із ВІЛ до громадських організацій – з 6 до 29 осіб. Також помітно збільшилася частка тих, хто направляє таких пацієнтів в інші заклади охорони здоров'я для отримання медичних послуг (з 22,5% до 38,7%) та призначає клініко-лабораторне обстеження (з 31,5% до 53,2%). Зросла частка лікарів, які направляють пацієнта до іншого лікаря (з 15,3% до 23,4%). Більше лікарів почали обговорювати з пацієнтом важливість дотримання безпечної щодо інфікування поведінки (з 40,5% до 60,4%). Серед решти рекомендацій збільшилась кількість обговорення ризикованої поведінки, шляхів передачі ВІЛ, направлення до СНІД-центру для постановки на диспансерний облік. На тому ж рівні залишилося направлення на консультацію до інфекціоніста (рис. 3).



Рис. 3. Дії сімейного лікаря після виявлення ВІЛ-позитивного статусу пацієнта до та після циклу тематичного удосконалення

Після проведення ТУ кількість респондентів, чия поведінка при роботі не залежить від ВІЛ-статусу пацієнта, зросла з 65,8% до 89,2%; натомість частка тих, чия поведінка залежить від ВІЛ-статусу пацієнта, скоротилася з 27,9% до 10,8%.

Крім того, позитивним результатом проведених тренінгів стало залучення спеціалістів регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, соціальних працівників для обговорення механізму та показань при направленні пацієнта з підозрою на ВІЛ-інфекцію на

наступні рівні медичної допомоги та кроків взаємодії між лікарями первинної ланки та громадських організацій (представників пацієнтських організацій, або ВІЛ-сервісних організацій) щодо адаптації таких хворих в соціальному середовищі.

### Висновки

Таким чином, цикл ТУ «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем» суттєво вплинув на залучення ЛЖВ та представників ГПР до тестування та лікування ВІЛ-інфекції.

Основними результатами та досягненнями цієї програми варто вважати такі:

– значною мірою підвищився рівень обізнаності з тематикою ВІЛ/СНІД, зокрема щодо нормативно-правової

бази з питань ВІЛ/СНІД та етичних засад роботи з ВІЛ-позитивними пацієнтами;

– знання, отримані на тренінгу, допомогли сформуванню безпечних моделей поведінки СЛ у процесі своєї професійної діяльності з такими пацієнтами;

– після навчання СЛ у 2–3 рази частіше направляють хворих на тестування;

– СЛ підвищили рівень своєї поінформованості щодо мережі закладів та організацій, які працюють із ЛЖВ, що суттєво відобразилося на алгоритмі дій лікаря після отримання результатів тестування.

**Перспективи подальших досліджень** спрямовані на підтримання сучасної, сталої та практично орієнтованої післядипломної освіти сімейних лікарів у сфері ВІЛ-інфекції.

### Література

1. *ВІЛ-інфекція в Україні*: інформаційний бюлетень. – Київ, 2017. – № 47. – 130 с.
2. *Навчальний план та програма циклу тематичного удосконалення «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем»*. – Київ, 2014. – 17 с.
3. *Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми: аналітичний звіт за результатами дослідження* / І. Л. Демченко, О. Р. Артюх, Т. І. Сосідко [та ін.]. – Київ, 2014. – 96 с.

*Дата надходження рукопису до редакції: 12.04.2017 р.*

### Результати проведення циклу тематичного удосконалення «Ведення пацієнта с ВИЧ-інфекцією/СПИДом сімейним доктором»

*Л.Ф. Матюха<sup>1</sup>, Н.Г. Гойда<sup>1</sup>, Г.В. Бацюра<sup>1</sup>, В.А. Бойко<sup>1</sup>, Т.В. Веселова<sup>1</sup>, Л.Г. Матвиец<sup>1</sup>, Л.Н. Легкоступ<sup>2</sup>, Т.П. Авраменко<sup>1</sup>, Н.Е. Гусак<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

<sup>2</sup>ОО «Ассоциация семейных врачей г. Киева», г. Киев, Украина

<sup>3</sup>Национальный университет «Киево-Могилянская академия», г. Киев, Украина

**Цель** – изучить влияние знаний, полученных семейными врачами после прохождения цикла тематического усовершенствования «Ведение пациента с ВИЧ-инфекцией/СПИДом семейным врачом», на привлечение людей, которые живут с ВИЧ-инфекцией, и представителей групп повышенного риска в программы добровольного консультирования, тестирования и лечения ВИЧ-инфекции.

**Материалы и методы.** В исследовании использован смешанный дизайн с применением стандартизированных и глубинных интервью. Участие в стандартизированном опросе приняли 111 врачей, из них 17 – в глубинных

интервью. Результаты анкетирования обработаны с использованием SPSS.

**Результаты.** Установлено, что после прохождения цикла тематического усовершенствования увеличилось количество докторов, чье поведение при работе не зависит от ВИЧ-статуса пациента (с 65,8% до 89,2%). У подавляющего большинства курсантов (94,6%) отношение к ВИЧ-позитивным и другим пациентам одинаковое. Семейные доктора в два раза чаще предлагали всем пациентам пройти тестирование на ВИЧ (27% против 54,1%) и направляли их в СПИД-центр и неправительственные организации.

**Выводы.** Проведенные циклы тематического усовершенствования «Ведение пациента с ВИЧ-инфекцией/СПИДом семейным врачом» существенно повлияли на привлечение людей, которые живут с ВИЧ, и представителей групп повышенного риска к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции путем повышения осведомленности семейных докторов по вопросам ВИЧ-инфекции, формирования врачами безопасной модели поведения в процессе своей профессиональной деятельности с ВИЧ-позитивными пациентами, налаживания взаимодействия с ВИЧ-сервисными организациями.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, тематическое усовершенствование, семейные врачи.

**Results of the thematic improvement cycle  
“Management of patients with HIV-infection/AIDS  
for general practitioners”**

*L.F. Matyukha<sup>1</sup>, N.G. Goida<sup>1</sup>, G.V. Batsiura<sup>1</sup>,  
V.O. Boyko<sup>1</sup>, T.V. Veselova<sup>1</sup>, L.G. Matviec<sup>1</sup>,  
L.M. Legkostup<sup>2</sup>, T.P. Avramenko<sup>1</sup>, N.E. Gusak<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Shupyk National Medical Academy  
of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine  
<sup>2</sup>INGO “Association of Kyiv Family Physicians”,  
Kyiv, Ukraine  
<sup>3</sup>National University of “Kyiv-Mohyla Academy”,  
Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to investigate influence of the received knowledge after the cycle of thematic improvement “Management of patients with HIV-infection/AIDS for general practitioners” on family doctors to involvement of people living with HIV and group at high risk in voluntary counseling and testing programs and treatment of HIV-infection.

**Materials and methods.** A mixed design of the study was used using standardized and in-depth interviews. The participation in the standardized survey took part 111 doctors,

17 of them in in-depth interviews. The results of the survey were processed using SPSS.

**Results.** It was revealed that after the cycle of thematic improvement increased the number of general practitioners whose behavior does not depend on the patient’s HIV status (from 65.8% to 89.2%). The overwhelming majority of doctors (94.6%) have the same attitude towards HIV-positive and other patients. General practitioners offered HIV testing to all patients in two times more often (27.0% vs. 54.1%) and direct them to the AIDS-center and non-governmental organizations.

**Conclusions.** The cycle of thematic improvement “Management of patients with HIV-infection/AIDS for general practitioners” significantly influenced on the involvement of people living with HIV and group at high risk in counseling and testing programs, treatment of HIV-infection by raising awareness on the subject of HIV-infection, formation of safe behavior of general practitioners during their work with HIV-positive patients and establishing communication with HIV-service organizations.

**Key words:** HIV-infection, thematic improvement, family doctors.

**Відомості про авторів**

**Матюха Лариса Федорівна** – д.мед.н., проф., завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Гойда Ніна Григорівна** – д.мед.н., професор кафедри управління охороною здоров’я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Бацюра Ганна Володимирівна** – к.мед.н., доцент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Бойко Валентина Олександрівна** – к.мед.н., доцент кафедри інфекційних хвороб Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Веселова Тетяна Володимирівна** – к.мед.н., асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Матвіць Людмила Григорівна** – к.мед.н., асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Легкоступ Людмила Миколаївна** – координатор проектів ГО «Асоціація сімейних лікарів м. Києва»; вул. Саксаганського, 100, м. Київ, 01032, Україна.

**Авраменко Тетяна Петрівна** – к.н.держ.упр., асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Гусак Наталія Євгенівна** – к.соц.н., доц., керівник Школи соціальної роботи імені В. Полтавця Національного університету «Киево-Могилянська академія»; вул. Сковороди, 2, м. Київ, 04070, Україна.

УДК 614.1:616.98:578.27(477.87)

I.С. Миронюк<sup>1</sup>, В.Й. Білак–Лук'янчук<sup>2</sup>, Н.А. Гудюк<sup>2</sup>

## Окремі особливості розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області

<sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

<sup>2</sup>Закарпатський центр з профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород, Україна

**Мета** – визначити стан епідемічного процесу ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області на початок 2017 р. та регіональні особливості його розвитку.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз статистичних показників розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області за період 2012–2016 рр. Використано методи: епідеміологічний, статистичного та порівняльного аналізу.

**Результати.** Закарпатська область залишається регіоном низького поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу. Середній показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію по області, за даними 2012–2016 рр., становить  $6,7 \pm 0,7$  на 100 тис. населення, що свідчить про відносно стабільний рівень захворюваності протягом проаналізованих років. Найбільш часто ВІЛ-інфекція реєструється в групі населення віком 25–49 років, середній показник за 2012–2016 рр. дорівнював  $58,6 \pm 4,7\%$ . Частка статевого шляху інфікування зросла з  $74,39\%$  у 2012 р. до  $76,19\%$  у 2016 р. і в середньому склала  $74,1 \pm 2,5\%$ . Діагноз «СНІД» реєструється в основному у віковій групі 25–49 років ( $81,8 \pm 6,3\%$ ), приблизно 10% уперше в житті встановленого діагнозу СНІД припадає на вікову групу 50 років і старше.

**Висновки.** На фоні низького рівня поширеності ВІЛ-інфекції в області дані аналізу захворюваності на ВІЛ у 2012–2016 рр. у віковій групі 15–24 роки дають змогу зробити висновки, що в області епідемія ВІЛ-інфекції продовжує поширюватись, слід очікувати збільшення кількості нових випадків інфікування та зростання рівня захворюваності на СНІД.

**Ключові слова:** епідемія ВІЛ/СНІД, особливості розвитку, Закарпатська область.

### Вступ

Сучасна епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні не дає підстав стверджувати про суттєве зниження тягаря епідемії в країні – масштаби епідемії продовжують зростати. Так, на фоні деякого зниження офіційних даних щодо захворюваності на ВІЛ-інфекції в цілому по країні, в окремих регіонах (Волинська, Житомирська, Кіровоградська, Полтавська, Сумська, Тернопільська області) захворюваність на ВІЛ збільшується. Оцінити розвиток епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції в Україні на підставі кількості нових випадків інфікування ВІЛ за даними офіційної статистики досить важко, оскільки в останні роки все більше ВІЛ-інфікованих виявляють на пізніх стадіях хвороби, відповідно вважати це новими випадками інфікування можливо лише умовно [2]. Серед загального населення збільшується епідемічна значимість статевого шляху передачі ВІЛ. Так, у структурі шляхів передачі ВІЛ-інфекції серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції продовжує зростати частка осіб із статевим (гомо- та гетеросексуальним) шляхом інфікування ВІЛ. За 6 місяців 2016 р. цей показник досяг  $59,8\%$  проти  $59,2\%$  за відповідний період минулого року [3]. Прогнозування подальшого розвитку епідемічного процесу набуває все більшої складності через кризові соціально-економічні явища та ускладнення ситуації в східних регіонах України [4]. На кінець 2016 р.

Закарпатська область залишається регіоном України з найнижчим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу. Так, показник поширеності ВІЛ-інфекції склав  $38,5$  на 100 тис. населення проти середньоукраїнського  $313,3$  на 100 тис. населення, а показник поширеності СНІДу –  $12,7$  на 100 тис. населення проти  $91,3$  на 100 тис. населення по Україні. Водночас, Закарпатську область відносять до групи регіонів, у яких на фоні збільшення кількості виявлених ВІЛ-позитивних осіб відмічається збільшення кількості вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції [3].

Але розвиток епідемічної ситуації в Закарпатській області має також свої особливості [5, 7]. Так, на відміну від ситуації по Україні, де переважання статевого шляху інфікування над парентеральним відбулося лише у 2007 р., у структурі шляхів інфікування ВІЛ у Закарпатській області стабільно переважає статевий шлях інфікування. Серед ключових груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ в області пріоритетною є група трудових мігрантів та їх постійних статевих партнерів [6].

**Мета роботи** – визначити стан епідемічного процесу ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області на початок 2017 р. та регіональні особливості його розвитку.

### Матеріали та методи

Проведено ретроспективний аналіз статистичних показників розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області за період 2012–2016 рр. Оцінка

основних показників розвитку епідемії проводилась на основі аналізу даних форм звітної та облікової медичної документації: форми звітності №2-ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20\_\_ рік» (річна) Закарпатської області за 2012–2016 рр.; форми первинної облікової документації №502-1/о «Реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи №\_\_»; №502-2/о «Повідомлення про зміни в Реєстраційній карті ВІЛ-інфікованої особи №030-5/о «Контрольна карта диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованою особою» пацієнтів диспансерної групи в Закарпатській області. Аналіз та опрацювання отриманих результатів оцінки проведено з використанням загальноприйнятих інструментів та методик аналізу епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції/СНІД за статистичними показниками [1]. Розрахунок основних епідеміологічних показників проводився з урахуванням офіційних даних щодо демографічної ситуації в Закарпатській області за період проведеного аналізу [8–12]. Статистична обробка отриманих результатів проводилася з використанням стандартних електронних таблиць Excel, яка входить у пакет програм Microsoft Office 2010.

### Результати дослідження та їх обговорення

Станом на 01 січня 2017 р. на диспансерному обліку перебуває 484 ВІЛ-інфіковані особи, із них 159 – хворі на СНІД. Дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями – 45 осіб, у тому числі 9 дітям ВІЛ-інфекцію підтверджено.

За показником на поширеності на 100 тис. населення найбільш ураженими регіонами області є Хустський (62,0 на 100 тис. населення), Свалявський (57,5 на 100 тис. населення), Тячівський (52,6 на 100 тис. населення), Мукачівський (42,8 на 100 тис. населення) райони та м. Ужгород (66,0 на 100 тис. населення). Середній рівень поширеності ВІЛ-інфекції спостерігається в Рахівському (24,8), Воловецькому (24,6), Ужгородському (28,9) та Березівському (23,9) районах. Великоберезнянський, Перечинський,

Міжгірський, Іршавський та Виноградівський райони залишаються територіями з низькою поширеністю ВІЛ. Показник поширеності ВІЛ-інфекції по області на 01 січня 2017 р. склав 38,5 на 100 тис. населення проти 33,5 на 100 тис. населення станом на 01 січня 2015 р.

Динаміка захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2012–2016 рр. характеризується наступними показниками. Так, у 2016 р. по області зареєстровано позитивний приріст показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію порівняно з попереднім роком (+47,9%), (табл. 1).

Позитивні значення приросту даного показника зареєстровані в м. Ужгороді (+109,1%), м. Мукачеві та Мукачівському районі (+100% та +133% відповідно), м. Хуст та Хустському районі (+25% та +33,3% відповідно), Іршавському районі (+25%), Рахівському (+33,3%) та Тячівському (+18,8%) районах. Середній показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію по області за даними 2012–2016 рр. складає  $6,7 \pm 0,7$  на 100 тис. населення, що свідчить про відносно стабільний рівень захворюваності протягом проаналізованих років.

Проте, у 2012 та 2016 рр. реєструвались високі темпи приросту показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію (+30,2% та +47,9% відповідно). У 2016 р. таку ситуацію можна пов'язати з зниженням реєстрації нових випадків у 2015 році. Найбільш ураженими за значеннями середнього показника захворюваності адміністративно-територіальні одиницями області є м. Ужгород ( $12,5 \pm 3,1$  на 100 тис. населення), м. Хуст ( $21,9 \pm 4,9$  на 100 тис. населення), Тячівський ( $9,5 \pm 0,7$  на 100 тис. населення) та Хустський ( $8,3 \pm 2,3$  на 100 тис. населення) райони області. Середній показник захворюваності по всіх інших адміністративно-територіальних одиницях не можна вважати достовірним через невисокі значення абсолютних даних та високий рівень похибки показників.

Аналізуючи динаміку реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції в розрізі вікових груп (табл. 2), можна стверджувати, що найбільш часто ВІЛ-інфекція реєструється в групі працездатного репродуктивного населення віком 25–49 років, середній показник за 2012–2016 рр. склав  $58,6 \pm 4,7\%$ .

Таблиця 2  
Реєстрація нових випадків ВІЛ-інфекції в розрізі вікових груп у 2012–2016 рр.

Вікова група	2012		2013		2014		2015		2016		Середній показник (%)
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
0–14	18	22,0	15	18,5	25	30,1	12	16,9	22	21,0	$21,7 \pm 3,5$
15–17	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	$0,2 \pm 0,4$
18–24	14	17,1	15	18,5	4	4,8	3	4,2	9	8,6	$10,6 \pm 5,7$
25–49	44	53,7	43	53,1	48	57,8	50	70,4	61	58,1	$58,6 \pm 4,7$
50 і старше	6	7,3	7	8,6	6	7,2	6	8,5	13	12,4	$8,8 \pm 1,4$
Усього	82	100,0	81	100,0	83	100,0	71	100,0	105	100,0	100,0

Близько п'ятої частини нових випадків ВІЛ-інфекції забирають на себе діти віком 0–14 років ( $21,7 \pm 3,5\%$ ), в тому числі і діти в стадії підтвердження

діагнозу, народжені ВІЛ-інфікованими жінками. Нові випадки ВІЛ-інфекції у осіб віком 50 років і старше в структурі захворюваності 2012–2016 рр. становлять

8,8±1,4%. У віковій групі 15–17 років за проаналізовані роки зареєстровано один випадок ВІЛ-інфекції. Частка представників вікової групи 18–24 роки в структурі захворюваності 2012–2016 рр. нестабільна, середній показник має високу похибку, складає 10,6±5,7%. Реєстрація вперше в житті встановлених випадків серед молоді відображає рівень фактичної захворюваності на

ВІЛ-інфекцію. Саме тому є потреба в додатковому вивченні поширеності ВІЛ серед молодих людей.

Нами проведено порівняння показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед молоді віком 15–24 роки із розрахунку на 100 тис. населення та показника № 3 національного плану моніторингу і оцінки (МіО) «Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 років» (табл. 3).

Таблиця 3

Порівняння захворюваності на ВІЛ-інфекцію та показника № 3 МіО «Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 років» за 2013–2016 рр.

Показник	2013		2014		2015		2016		Середній показник
	абс.	показник	абс.	показник	абс.	показник	абс.	показник	
Нові випадки ВІЛ	16	8,9 на 100 тис. нас.	4	2,2 на 100 тис. нас.	3	1,7 на 100 тис. нас.	9	5,0 на 100 тис. нас.	4,5±2,5 на 100 тис. нас.
Показник МіО № 3	4	0,04%	3	0,05%	3	0,06%	4	0,09%	0,06±0,02%

Як представлено в табл. 3, порівняльні дані свідчать про неоднорідність реєстрації вперше в житті встановлених випадків ВІЛ-інфекції у віковій групі 15–24 роки у 2013–2016 рр.: зниження від 8,9 на 100 тис. населення у 2013 р. до 2,2 та 1,7 на 100 тис. населення у 2014 та 2015 рр. відповідно та ріст до 5,0 на 100 тис. населення у 2016 р. Невеликі значення показника № 3 МіО свідчать про низький рівень фактичної захворюваності на ВІЛ-інфекцію в області. При цьому насторожує щорічний ріст його значень від 0,04% у 2013 р. до 0,09% у 2016 р. Виходячи з вище наведеного можна зробити висновок, що в області епідемія ВІЛ-інфекції продовжує поширюватись і слід очікувати зростання кількості нових випадків інфікування.

Аналіз шляхів інфікування ВІЛ в області в динаміці протягом 2012–2016 рр. свідчить, що в структурі шляхів інфікування відмічається перевага статевого та вертикального шляхів інфікування. Слід відмітити, що в структуру вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції включено дітей в стадії підтвердження діагнозу «ВІЛ-інфекція», народжених ВІЛ-інфікованим жінками. Вплив інших шляхів – невстановленого та парентерального внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків шляхів інфікування незначний (рис.).

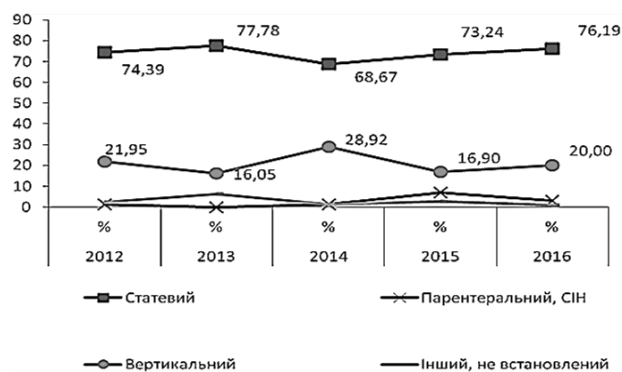


Рис. Шляхи інфікування ВІЛ у 2012–2016 рр.

Так, частка статевого шляху інфікування зростає з 74,39% у 2012 р. до 76,19% у 2016 р. і в середньому складає 74,1±2,5%. На долю вертикального шляху інфікування припадає в середньому 20,8±3,7% нових випадків ВІЛ-інфекції.

Показник поширеності СНІДу станом на 01.01.2017 р. в області зріс з 9,9 на 100 тис. населення (станом на 01.01.2016 р.) до 12,7 на 100 тис. населення. На кінець 2017 р. ВІЛ-інфіковані пацієнти в стадії СНІД реєструються в усіх районах області, крім Перечинського. Високий рівень поширеності СНІДу (20 і більше на 100 тис. населення) реєструється в м. Ужгороді та Свалявському районі. До районів із середнім рівнем поширеності СНІДу (10–20 на 100 тис. населення) порівняно з даними на 01.01.2016 р. (Мукачівський, Хустський райони) приєдналися Ужгородський, Березівський, Іршавський та Тячівський райони. Великоберезнянський, Міжгірський, Рахівський, Воловецький та Виноградівський райони залишаються районами з низьким рівнем поширеності СНІДу. Основні ознаки, за якими встановлено IV клінічну стадію: легеневий туберкульоз (40,3% випадків); кількість клітин CD4+ менше 200 кл/мкл (18,9% випадків); ВІЛ-асоційована енцефалопатія (10,7% випадків); позалегеновий туберкульоз (8,8% випадків).

Оцінка динаміки захворюваності на СНІД у 2012–2016 рр. показала, що протягом 2012–2016 рр. по області реєструється позитивний приріст показника захворюваності на СНІД (табл. 4).

Позитивні значення темпу приросту у 2016 р. зареєстровані в м. Ужгороді (+25%), Ужгородському (+50%) та Тячівському (+50%) районах. Середній показник захворюваності на СНІД по області за даними 2012–2016 рр. складає 3,3±0,7 на 100 тис. населення, що свідчить про відносно стабільний рівень захворюваності протягом проаналізованих років. Найбільш уражені за значеннями середнього показника захворюваності адміністративно-територіальними одиницями області є

м. Хуст (13,9±2,6 на 100 тис. населення) і Тячівський район (3,5±0,6 на 100 тис. населення).

Аналізуючи динаміку реєстрації нових випадків СНІДу в розрізі вікових груп (табл. 5), можна

стверджувати, що основну роль у структурі захворюваності на СНІД 2012–2016 рр. відіграють особи вікових груп 25–49 років та 50 років і старше.

Таблиця 5

#### Реєстрація нових випадків СНІДу в розрізі вікових груп у 2012–2016 рр.

Вікова група	2012		2013		2014		2015		2016		Середній показник, %
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
0–14	0	0,0	0	0,0	2	5,26	0	0,0	0	0,0	1,1±1,7
15–17	0	0,0	0	0,0	0	0,00	0	0,0	0	0,0	0,0
18–24	2	6,3	6	17,1	2	5,26	2	3,8	0	0,0	6,5±4,3
25–49	28	87,5	25	71,4	29	76,32	45	86,5	47	87,0	81,8±6,3
50 і старше	2	6,3	4	11,4	5	13,16	5	9,6	7	13,0	10,7±2,2
Усього	32	100,0	35	100,0	38	100,0	52	100,0	54	100	100,0

Як представлено в табл. 5, найбільш часто діагноз СНІД реєструється у віковій групі 25–49 років (81,8±6,3%), приблизно 10% уперше в житті встановленого діагнозу СНІД припадають на вікову групу 50 років і старше. Ріст захворюваності на СНІД за проаналізований період спостерігається, як у віковій групі 25–49 років (особливо стрімкий у 2015 р.), так і серед осіб 50 років і старше.

#### Висновки

За результатами проведеного дослідження можна зробити наступні висновки.

Динаміка змін показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію та СНІД в розрізі вікових груп не дає змоги стверджувати про стабілізацію епідемічного процесу. Так, на фоні низького рівня поширеності ВІЛ-інфекції в області, дані аналізу захворюваності на ВІЛ у 2012–2016 рр. у віковій групі 15–24 роки дозволяє зробити висновок, що в області епідемія ВІЛ-інфекції продовжує поширюватись та слід очікувати зростання кількості нових випадків інфікування.

Провідним шляхом інфікування ВІЛ в області залишається статевий гетеро сексуальний. Так, частка статевого шляху інфікування зросла з 74,39% у 2012 р. до 76,19% у 2016 р. і в середньому складає 74,1±2,5%. На долю вертикального шляху інфікування припадає в середньому 20,8±3,7% нових випадків ВІЛ-інфекції, вплив на розвиток епідситуації в регіоні інших шляхів (невстановленого та парентерального, внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків) – незначний.

Найбільш часто діагноз СНІД реєструється у віковій групі 25–49 років (81,8±6,3%), приблизно 10% вперше в житті встановленого діагнозу СНІД припадають на вікову групу 50 років і старше. Ріст захворюваності на СНІД за проаналізований період спостерігається, як у віковій групі 25–49 років, так і серед осіб 50 років і старше. Виявлені особливості дозволяють очікувати наростання в найближчій перспективі кількості вперше в житті встановлених випадків СНІДу в регіоні.

**Перспективи подальших досліджень** спрямовані на продовження вивчення порушеної у даній роботі проблеми.

Таблиця 1  
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію у 2012–2016 рр. у Закарпатській області – міста обласного підпорядкування та райони області

Місто/район	2012			2013			2014			2015			2016			Середній показник, на 100 тис. нас.	Похибля
	абс.	на 100 тис. населення	темп приросту, %	абс.	на 100 тис. населення	темп приросту, %	абс.	на 100 тис. населення	темп приросту, %	абс.	на 100 тис. населення	темп приросту, %	абс.	на 100 тис. населення	темп приросту, %		
Усього по області	82	6,5	+30,2	81	6,5	-1,2	83	6,6	+2,5	71	5,7	-14,5	105	8,4	+47,9	6,7	±0,7
м. Ужгород	14	12,3	+55,6	11	9,7	-21,4	12	10,6	+9,1	11	9,7	-8,3	23	20,3	+109,1	12,5	±3,1
м. Чоп	0	0,0	-100,0	0	0,0		0	0,0		1	11,2		1	11,2	0	3,7	±5,4
м. Мукачеве	4	4,7	-20,0	3	3,5	-25,0	4	4,7	+33,3	5	5,8	+25,0	10	11,7	+100	5,8	±2,2
м. Берегово	1	4,2	-66,7	4	16,9	+300,0	1	4,2	-75,0	3	12,7	+200,0	1	4,2	-66,7	7,7	±5,1
м. Хуст	9	28,8	50,0	7	22,4	-22,2	7	22,4	0,0	4	12,8	-42,9	5	16,0	+25,0	21,9	±4,9
Берегівський район	4	7,8	0,0	3	5,8	-25,0	4	7,8	+33,3	2	3,9	-50,0	0	0,00	-100	5,5	±2,5
Виноградівський район	2	1,7	0,0	12	9,9	+500,0	1	0,8	-91,7	0	0,00	-100,0	3	2,5		2,8	±2,8
Великоберезнянський район	0	0,0	-100,0	3	11,2		1	3,7	-66,7	2	7,5	+100,0	2	7,5	0	5,0	±3,3
Воловецький район	0	0,0	-100,0	0	0,0		0	0,0		0	0,0		3	12,3		2,0	±3,9
Іршавський район	2	2,0	0,0	1	1,0	-50,0	5	4,9	+400,0	4	4,0	-20,0	5	4,9	+25,0	3,2	±1,5
Міжгірський район	3	6,3	200,0	0	0,0	-100,0	0	0,0		0	0,0		1	2,1		2,4	±2,0
Мукачівський район	7	6,9	-30,0	1	0,9	-85,7	7	6,9	+600,0	3	2,9	-57,1	7	6,9	+133,3	5,3	±2,4
Перечинський район	0	0,0		1	3,1		2	6,2	+100,0	0	0,0	-100,0	1	3,1		2,1	±2,0
Рахівський район	7	7,6	133,3	6	6,5	-14,3	2	2,7	-66,7	3	3,2	+50,0	4	4,3	+33,3	5,2	±1,8
Свалявський район	1	1,9	0,0	8	14,8	+700,0	4	7,4	-50,0	6	11,1	+50,0	6	11,1	0	8,0	±3,7
Тячівський район	17	9,7	325,0	14	8,0	-17,6	17	9,7	+21,4	16	9,2	-5,9	19	10,86	+18,8	9,5	±0,7
Ужгородський район	1	1,4	-50,0	5	7,07	+400,0	8	11,32	+60,0	3	4,24	-62,5	4	5,66	33,3	5,2	±2,6
Хустський район	10	10,4	42,9	2	2,1	-80,0	8	8,3	+300,0	8	8,3	0,0	10	10,4	25	8,3	±2,0



Таблиця 4  
Захворюваність на СНІД у 2012–2016 та 2012–2016 рр. у Закарпатській області – міста обласного підпорядкування та райони області

Місто/район	2012			2013			2014			2015			2016			Середній показник, на 100 тис. нас.	Похибка
	абс.	на 100 тис. населення	темп приросту, %	абс.	на 100 тис. населення	темп приросту, %	абс.	на 100 тис. населення	темп приросту, %	абс.	на 100 тис. населення	темп приросту, %	абс.	на 100 тис. населення	темп приросту, %		
Всього по області	33	2,63	+200	35	2,79	+6,1	38	3,02	+8,6	52	4,14	+36,8	54	4,30	+3,8	0,7	
м. Ужгород	5	4,40	+25	5	4,40	0	8	7,04	+60	12	10,56	+50	15	13,20	+25	3,2	
м. Чоп	0	0,00		0	0,00		0	0,00		1	11,24		0	0,00	-100	3,6	
м. Мукачеве	1	1,17	0	3	3,50	+200	6	7,00	+100	5	5,84	-16,7	4	4,67	-20	1,7	
м. Берегово	0	0,00	-100	0	0,00		1	4,22		0	0,00	-100	1	4,22		2,0	
м. Хуст	6	19,22	+500	4	12,81	-33,3	2	6,41	-50	4	12,81	100	4	12,81	0	2,6	
Берегівський район	0	0,00		3	5,82		1	1,94	-66,7	0	0,00	-100	1	1,94		1,6	
Виноградівський район	1	0,83		5	4,13	+400	1	0,83	-80	0	0,00	-100	2	1,65		1,1	
Великоберезньанський район	0	0,00	-100	1	3,73		1	3,73	0	0	0,00	-100	1	3,73		1,8	
Воловецький район	0	0,00		0	0,00		0	0,00		0	0,00		0	0,00		0,0	
Іршавський район	1	1,00		1	1,00	0	4	4,00	+300	4	4,00	0	4	4,00	0	2,5	
Міжгірський район	1	2,09		0	0,00	-100	0	0,00		0	0,00		0	0,00		0,7	
Мукачівський район	4	3,96	+100	1	0,99	-75	1	0,99	0	3	2,97	+200	2	1,98	-33,3	2,5	
Перечинський район	0	0,00		1	3,12		0	0,00	-100	0	0,00		0	0,00		1,0	
Рахівський район	2	2,16		0	0,00	-100	2	2,16		2	2,16	0	2	2,16	0	1,8	
Сваляцький район	0	0,00		4	7,41		2	3,71	-50	4	7,41	+100	4	7,41	0	4,3	
Тячівський район	6	3,43		5	2,86	-16,7	5	2,86	0	6	3,43	+20	9	5,15	+50	3,5	
Ужгородський район	0	0,00		2	2,83		2	2,83	0	2	2,83	0	3	4,24	+50	2,1	
Хустський район	6	6,24		0	0,00	-100	2	2,08		9	9,36	+350	2	2,08	-77,8	4,3	

## Література

1. *Аналіз епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції/СНІД за статистичними показниками: методичні рекомендації для лікарів-епідеміологів центрів з профілактики та боротьби зі СНІД / Міністерство охорони здоров'я України. Український центр з профілактики та боротьби зі СНІД МОЗ України. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України. – Київ, 2006. – 49 с.*
2. *ВІЛ-інфекція в Україні : інформаційний бюлетень / Державна установа «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України». – Київ, 2015. – № 45. – 152 с.*
3. *ВІЛ-інфекція в Україні : інформаційний бюлетень / Державна установа «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України». – Київ, 2016. – № 46. – 38 с.*
4. *Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період 2015 р. / ЮНЕЙДС в Україні, ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України». – Київ, 2016. – 156 с.*
5. *Миронюк І. С. Актуальність визначення регіональних субепідемій ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні (на прикладі Закарпатської області) / І. С. Миронюк, Г. О. Слабкий // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 210–213.*
6. *Миронюк І. С. Регіональна група високого ризику інфікування ВІЛ в Закарпатті – заробітчани / І. С. Миронюк, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 3 (23). – С. 201–205.*
7. *Миронюк І. С. Стан розвитку епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області / І. С. Миронюк, В. В. Брич, Н. А. Гудюк // Дерматологія та венерологія. – 2012. – № 2 (56). – С. 108–115.*
8. *Статистичний збірник Закарпаття у демографічному вимірі / Головне управління статистики у Закарпатській області. – Ужгород, 2013. – 110 ст.*
9. *Статистичний збірник Закарпаття у демографічному вимірі / Головне управління статистики у Закарпатській області. – Ужгород, 2014. – 110 ст.*
10. *Статистичний збірник Закарпаття у демографічному вимірі / Головне управління статистики у Закарпатській області. – Ужгород, 2015. – 110 ст.*
11. *Статистичний збірник Закарпаття у демографічному вимірі / Головне управління статистики у Закарпатській області. – Ужгород, 2016. – 103ст.*
12. *Статистичний збірник Закарпаття у демографічному вимірі / Головне управління статистики у Закарпатській області. – Ужгород, 2017. – 110 ст.*

*Дата надходження рукопису до редакції: 24.03.2017 р.*

**Отдельные особенности развития эпидемии ВИЧ-инфекции/СПИДа в Закарпатской области***И.С. Миронюк<sup>1</sup>, В.И. Билак–Лукьянчук<sup>2</sup>, Н.А. Гудюк<sup>2</sup>*<sup>1</sup>ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина<sup>2</sup>Закарпатский центр профилактики и борьбы со СПИДом, г. Ужгород, Украина

**Цель** – определить состояние эпидемического процесса ВИЧ-инфекции/СПИДа в Закарпатской области на начало 2017 г. и региональные особенности его развития.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ статистических показателей развития эпидемии ВИЧ-инфекции/СПИДа в Закарпатской области за период 2012–2016 гг. **Использованные методы:** эпидемиологический, статистического и сравнительного анализа.

**Результаты.** Закарпатская область остается регионом низкого распространения ВИЧ-инфекции/СПИДа. Средний показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией по области по данным 2012–2016 гг. составляет  $6,7 \pm 0,7$  на 100 тыс. населения, что свидетельствует об относительно стабильном уровне заболеваемости в течение проанализированных лет. Наиболее часто ВИЧ-инфекция регистрируется в группе населения в возрасте 25–49 лет, средний показатель за 2012–2016 гг. составил  $58,6 \pm 4,7\%$ . Доля полового пути инфицирования возросла с 74,39% в 2012 г. до 76,19% в 2016 г. и в среднем составляет  $74,1 \pm 2,5\%$ . Диагноз СПИД регистрируется в основном в возрастной группе 25–49 лет ( $81,8 \pm 6,3\%$ ), примерно 10% случаев впервые в жизни установленных диагнозов СПИД приходится на возрастную группу 50 лет и старше.

**Выводы.** На фоне низкого уровня распространенности ВИЧ-инфекции в области данные анализа заболеваемости ВИЧ в 2012–2016 гг. в возрастной группе 15–24 года позволяют сделать вывод, что в области эпидемия ВИЧ-инфекции продолжает распространяться, следует ожидать увеличения количества новых случаев инфицирования и роста заболеваемости СПИДом.

**Ключевые слова:** эпидемия ВИЧ/СПИД, особенности развития, Закарпатская область.

**Special features of HIV/AIDS epidemic development in Transcarpathian region***I.S. Myronyuk<sup>1</sup>, V.Y. Bilak–Lukyanchuk<sup>2</sup>, N.A. Hudiuk<sup>2</sup>*<sup>1</sup>SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine<sup>2</sup>Transcarpathian Center of AIDS Prophylaxis and Counteraction, Uzhhorod, Ukraine

**Purpose** – to determine the state of HIV/AIDS epidemic process at the beginning of 2017 and the special regional features of its development.

**Materials and methods.** We conducted the retrospective analysis of statistical data of HIV/AIDS epidemic development in Transcarpathian region for the period 2012–2016. The following methods were applied in the course of study: epidemiological, statistical and of comparative analysis.

**Results.** Transcarpathian region remains the area of low spread of HIV-infection and AIDS. The average index of HIV-infection morbidity in the region according to the data for the years 2012–2016 reaches  $6.7 \pm 0.7$  per 100,000 of population, that tells about relatively stable level of morbidity during the years analyzed. Most often HIV-infection is registered in the group of population of 25–49 years of age in which the average index for 2012–2016 composed  $58.6 \pm 4.7\%$ . The share of sexual way of infection increased from 74.39% in 2012 to 76.19% in 2016 and in average equals to  $74.1 \pm 2.5\%$ . Diagnosis AIDS is registered mainly in age group of 25–49 years ( $81.8 \pm 6.3\%$ ), about 10% cases of AIDS diagnoses for the first time during the life are found in age group of 50 years and older.

**Conclusions.** Against the background of low level of HIV-infection prevalence in the region the data of the analysis of HIV morbidity in 2012–2016 in age group of 15–24 years gives possibility to make conclusion that HIV-infection in the region is spreading and we should expect the increase of the number of new cases of infection and the growth of AIDS morbidity.

**Key words:** HIV/AIDS epidemic, special features of development, Transcarpathian region.

**Відомості про авторів**

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

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

**Гудюк Наталія Арпадівна** – лікар-епідеміолог Закарпатського центру профілактики та боротьби із СНІДом; вул. Другетів, 72, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 614.23:614.87:316.728

Т.В. Петрусевич, О.В. Зубленко

## Питання біологічної безпеки при підготовці фахівців для системи громадського здоров'я

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

**Мета** – обґрунтувати важливість вивчення основних питань та положень біобезпеки та біозахисту, як складової курсу безпеки життєдіяльності, на додипломному рівні при підготовці фахівців для системи громадського здоров'я.

**Метод:** інформаційно-аналітичний.

**Результати.** При проведенні дослідження розглянуто основні сучасні складові біобезпеки. Узагальнено основні елементи управління екологічними ризиками, як однієї складової напрямку діяльності фахівця з громадського здоров'я.

**Висновки.** Фахівці з громадського здоров'я мають бути обізнаними в основних поняттях біологічної безпеки «біоризик», «біозахист», «система управління біоризиками» та розуміти, що виконання системи управління біоризиками є складним процесом і включає не тільки впровадження заходів зі зниження біоризиків, але й оцінку їх ефективності та постійне вдосконалення. Навчання у вищих медичних навчальних закладах має забезпечити майбутніх фахівців навичкам системного та критичного мислення, особливо коли мова йде про біологічну безпеку.

**Ключові слова:** біологічна безпека, біологічний ризик, громадське здоров'я.

### Вступ

У період соціально-економічних перетворень у суспільстві, в тому числі реформування системи охорони здоров'я, одним із стратегічних напрямків є підготовка кадрів для системи громадського здоров'я. Фахівці з громадського здоров'я мають бути обізнаними з питань біологічної безпеки (ББ). На додипломному етапі підготовки фахівці з громадського здоров'я повинні чітко усвідомити, що боротьба з інфекційними хворобами та гігієна навколишнього середовища визначають найбільш важливу складову діяльності системи охорони здоров'я, оскільки забезпечують національну ББ. Біобезпека – це новий напрямок в епідеміології, який вимагає сучасних спеціальних знань, необхідних при забезпеченні біологічної безпеки життєдіяльності людини [3]. Біобезпеку необхідно розглядати, як систему державних та міжнародних організаційних й технічних засобів з попередження збитків та досягнення захищеності особистості, суспільства й держави від потенційних й реальних біологічних загроз. ББ повинна стати однією з пріоритетних задач людства як в цілому так окремої країни.

**Мета роботи** – обґрунтувати важливість вивчення основних питань та положень ББ та біозахисту, як складової курсу безпеки життєдіяльності, на додипломному рівні при підготовці фахівців для системи громадського здоров'я.

**Метод:** інформаційно-аналітичний.

**Завдання:** розглянути основні сучасні складові ББ; узагальнити основні елементи управління екологічними ризиками, як однієї складової напрямку діяльності фахівця з громадського здоров'я.

### Результати дослідження та їх обговорення

Біобезпека спрямована не забороняти використовувати досягнення передових технологій в галузі медицини та біології, а обмежити використання деяких з них на підставі усвідомленого морального вибору. В Картахенському протоколі з ББ – основному документі, який регламентує питання ББ, вона трактується як необхідність охорони здоров'я від можливих несприятливих наслідків використання продуктів сучасної біотехнології [2].

Проблеми ББ та біологічного тероризму в теперішній час є важливою складовою загальної безпеки держави. Протягом останніх 30 років людство стикнулось з більш ніж 40 новими патогенними мікроорганізмами, які в окремих випадках стали реальною загрозою як для людей так й для тварин. Враховуючи, що суттєві еволюційні процеси в світі мікроорганізмів також обумовлені надзвичайними загостренням екологічної ситуації в поєднанні з суттєвими кліматичними й географічними змінами можуть призвести до непередбачуваних епідемій та пандемій. Стрімкий розвиток біотехнології в світі також передбачає використання мікроорганізмів, робота з якими іноді також становить ризик. Україна, як потенційно зростаючий ринок виробництва сільськогосподарської продукції привертає увагу з боку провідних біотехнологічних компаній, які зацікавлені в просуванні власної продукції на нові ринки збуту. В Україні близько 11 тис. скотомогильників. Через Україну проходять три міграційні шляхи тварин – Поліський широтний, Дніпровський та Азово-Чорноморський [1], що становить загрозу заносу інфекційних захворювань з інших географічних регіонів. Масова імунопрофілактика

населення займає важливе місце в національній ББ країни, як найпотужніший захід захисту від збудників інфекційних хвороб.

Інфекційні захворювання є однією з головних причин передчасних смертей у світі, за даними ВООЗ щорічно від інфекційної патології гине понад 13 млн дітей та осіб молодого віку. Фахівці з громадського здоров'я повинні бути готові до визначення та ліквідації наслідків спалахів будь-якого біологічного агента, включаючи як традиційні, так і екзотичні види мікроорганізмів. Існуючі системи епідеміологічного нагляду й боротьби з інфекційними захворюваннями повинні бути здатні виявити, локалізувати та ліквідувати спалах інфекційного захворювання, незалежно від того, чи є це наслідком природного процесу чи результатом навмисного (або штучного) застосування. Ці особливості обумовлюють необхідність міжнародного співробітництва у відношенні створення систем швидкого оповіщення та реагування на надзвичайну ситуацію.

Біобезпека на сьогоднішній день – це галузь знань, яка фокусує в собі останні досягнення епідеміології, мікробіології, імунології, біотехнології та інших наук про життя. Для вивчення проблем ББ потрібно володіти знаннями з біології, імунології, генетики, біохімії процесів, які перебігають в організмі людини та бути обізнаними в поняттях норми та патології. ББ, як складова курсу з безпеки життєдіяльності, включає питання з біології, профілактичної медицини, токсикології, паразитології та епідеміології.

Відомо, що біологічна зброя є засобом масового ураження і призначається для ураження людей, свійських та службових тварин, сільськогосподарських тварин і рослин. Фахівці з громадського здоров'я мають бути обізнані з питань протидії біотероризму, а саме: володіти інформацією щодо потенційних та реальних патогенів, які можуть бути використані в якості бактеріологічної зброї, знати про наслідки біотероризму та існуючі шляхи захисту від проявів біотероризму.

До компетентності фахівці з громадського здоров'я відносять такі актуальні питання такі: а) лабораторного біозахисту (захист, контроль та звітність щодо цінних біологічних матеріалів в межах лабораторії для попередження несанкціонованого доступу до них, втрати, крадіжки, неправильного використання, диверсії або ненавмисного звільнення та розповсюдження) та б) дотримання санітарно-епідеміологічних вимог до організації збору, знезараження, тимчасового збереження та утилізації відходів [5, 6].

Існує потреба у більш широкій концептуалізації поняття «подвійного використання». Технології подвійного призначення – це корисні біотехнології, які можуть бути неправильно використані з метою свідомого нанесення шкоди охороні здоров'я, сільському господарству, рослинам, тваринам, довкіллю тощо. Сучасні дослідження та біотехнології «подвійного» використання можуть одночасно використовуватися як з корисною, так і з небезпечною метою, про що наукова спільнота має знати та брати до уваги [7].

Генетичне модифікування продуктів стало широко доступним після значних успіхів генної інженерії в галузі сільського господарства. Зважаючи на те, що використання генно-інженерних технологій може призвести до виникнення в продуктах невідомих раніше небезпечних властивостей, кожен генетично модифікований продукт має підлягати обстеженню, здатному виявляти найширший спектр можливих небезпек. Питання створення трансгенних рослин і тварин вимагають ретельного наукового осмислення, оскільки це стосується не лише вузького кола фахівців, але й усієї популяції, та, навіть, майбутніх поколінь. Трансгенні рослини повинні бути безпечні і не становити загрози здоров'ю людей або тварин та не нести загрози біологічному різноманіттю.

Ризиком для життя та здоров'я населення є побічні дії лікарських засобів. Для мінімізації таких ризиків запроваджений фармакологічний нагляд. Фармакологічний нагляд – це комплекс робіт щодо здійснення нагляду, аналізу інформації та відповідному реагуванню на побічні явища лікарських засобів.

Фахівці з громадського здоров'я повинні володіти положеннями основних міжнародних та національних документів з питань ББ.

Таким чином, для якісної підготовки фахівців з громадського здоров'я доцільно вивчати ББ не на першому чи другому курсах навчання в вищому медичному закладі, а тільки після вивчення таких дисциплін, як біологія, біохімія, мікробіологія, оскільки студенти повинні знати класифікацію мікроорганізмів, володіти інформацією стосовно вірулентності та стійкості збудників. Майбутні фахівці повинні опанувати такі науки як гігієна, нормальна та патологічна фізіологія, епідеміологія, імунологія, токсикологія для розуміння питань ББ, а саме управління біологічними ризиками.

Управління біоризиками включає: оцінку ризику, заходи спрямовані на зниження ризиків, виконання обґрунтованих заходів та інформування про ризик [4]. Майбутні фахівці повинні вміти аналізувати ризики, оцінювати вплив ризиків на навколишнє середовище, визначатись з ефективним методом впливу на ризики, володіти основними елементами управління ризиками та комунікативними навичками, як для співпраці з іншими фахівцями так й для роботи з населенням та засобами масової інформації.

Майбутні фахівці повинні усвідомлювати, що екологічний ризик, це, по-перше, ймовірність того, що несприятливий ефект буде впливати на індивідуума, групу або екологічну систему при дії певної концентрації або рівня та, по-друге, можливість виникнення шкідливих ефектів для здоров'я даної людини або групи людей при наявності будь-якої небезпеки.

Аналіз ризику – початковий етап, його метою є отримання необхідної інформації про структуру, властивості об'єкту та прогнозовані ризиках. Зібраної інформації має бути достатньо, щоб приймати адекватні рішення на наступних етапах. Аналіз складається з виявлення ризиків та їх оцінки. Оцінка – це кількісний

опис ризиків, при якому визначаються вірогідний обсяг можливої шкоди, та визначення пріоритетності ризиків залежно від необхідності прийняття негайних, проміжних або довгострокових заходів щодо зниження ризику з урахуванням потенційної шкоди та економічних втрат. Оцінка рівня ризику має бути для кожного виду небезпеки, що створюється агентом в результаті існуючого або можливого впливу на людей або навколишнє середовище.

Вивчення впливу на навколишнє середовище (сприятливого і шкідливого) окремих факторів засноване на прогнозуванні як наслідків впливу на навколишнє середовище та здоров'я людей так й ситуації в цілому, вимагає міждисциплінарного підходу. Потенційні екологічні ризики мають бути також враховані.

Наступний етап – вибір методу впливу на ризики з метою зменшення до мінімуму можливої шкоди. На цьому етапі потрібно вміти визначити найбільш ефективний метод впливу на ризик. Наступним етапом буде можливість управління усім комплексом ризиків. Найбільш фінансово- та трудомісткий етап, який включає розподіл ресурсів, обов'язків і постійну оцінку процесів, що впливають на навколишнє середовище.

Управління екологічними ризиками процес прийняття та реалізації управлінських рішень, спрямованих на зниження ймовірності небажаних, негативних наслідків для життя людини, її здоров'я або навколишнього середовища.

Основні елементи управління ризиками:

- визначення цілей у сфері захисту навколишнього середовища;
- аналіз потенційних ризиків для навколишнього середовища відповідно до вимог законодавства;
- визначення цілей і завдань для зменшення впливу на навколишнє середовище несприятливих чинників;
- впровадження плану дій щодо зменшення впливу на навколишнє середовище у відповідності з певними цілями і завданнями;
- моніторинг і вимірювання прогресу в процесі реалізації плану;
- підвищення екологічної свідомості людей;
- аналіз ефективності заходів та подальше удосконалення.

## Література

1. Головка А. Н. Подходы к программе по биобезопасности и предупреждению биорисков в Украине / А. Н. Головка // Ветеринарная медицина. – 2014. – Вып. 99. – С. 56–59.
2. *Картахенський* протокол про біобезпеку до Конвенції про біологічне різноманіття (2000) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995\\_935](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_935). – Назва з екрана.
3. *Концептуальные основы* биологической безопасности. Часть 1 / Г. Г. Онищенко, В. Ю. Смоленский, Е. Б. Ежлова [и др.] // Вестник РАМН. – 2013. – № 10 (Т. 68). – С. 45–54.
4. *Проект «Освіта та поширення знань в Україні»* з питань біобезпеки, біозахисту та біоетики [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://bsseducation.com.ua>. – Назва з екрана.
5. *Управління біоризиками* : інструкція з лабораторного біозахисту (ВООЗ). – 2006. – 37 с.

Інформування про ризик важливий етап в управлінні екологічними ризиками для прийняття оперативних рішень та ефективної співпраці з різними підрозділами та населенням, з метою розробки стратегії для попередження впливу несприятливих ефектів на здоров'я та якість життя. Інформування населення та засобів масової інформації про:

- зміст профілактичної стратегії;
- екологічні ризики;
- навчання та підвищення кваліфікації;
- створення у людей мотивації до участі в діях щодо зниження впливу на них шкідливих факторів;
- обмін інформацією між спеціалістами з оцінки ризику, особами, які регулюють ризик, зацікавленими групами та громадськістю.

## Висновки

Фахівці з громадського здоров'я повинні бути обізнаними в основних поняттях ББ «біоризик», «біозахист», «біобезпека», «система управління біоризиками» та розуміти, що виконання системи управління біоризиками є складним процесом і включає не тільки впровадження заходів зі зниження біоризиків, але й оцінку їх ефективності та постійне вдосконалення. Доцільно вивчати ББ після опанування природно-біологічних та суспільно-медичних наук. Навчання в вищому медичному закладі має забезпечити майбутніх фахівців навичкам системного та критичного мислення, особливо коли мова йде про ББ. Фахівець з громадського здоров'я має володіти навичками з комунікації, які будуть корисними на усіх етапах управління біоризиками, починаючи з визначення чинників ризику, їх оцінки, розробки заходів щодо зниження чи усунення ризиків, аналізу ефективності заходів та закінчуючи подальшим вдосконаленням та виконанням обґрунтованих заходів.

## Перспективи подальших досліджень

Майбутні фахівці з галузі громадського здоров'я мають бути готові до прийняття та реалізації управлінських рішень, спрямованих на зниження ймовірності небажаних негативних наслідків для життя людини, її здоров'я, власності або навколишнього середовища.

6. *Laboratory Biorisk Management Standard. CWA 15793. – 2008. – 47 p. [Electronic resource]. – Access mode : [https://www.absa.org/pdf/CWA15793\\_Feb2008.pdf](https://www.absa.org/pdf/CWA15793_Feb2008.pdf). – Title from screen.*
7. *Millet P. The Biological Weapons Convention: Securing biology in the twenty-first century / P. Millet // Journal of Conflict and Security Law. – 2010. – № 15 (1). – С. 25–43.*

*Дата надходження рукопису до редакції: 06.04.2017 р.*

### **Вопросы биологической безопасности при подготовке специалистов для системы общественного здоровья**

*Т.В. Петрусевич, Е.В. Зубленко*  
Национальный медицинский университет  
имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

**Цель** – обосновать необходимость изучения основных вопросов и положений биобезопасности и биозащиты, как составной части курса безопасности жизнедеятельности, на додипломном уровне при подготовке специалистов для системы общественного здоровья.

**Метод:** информационно-аналитический.

**Результаты.** При проведении исследования рассмотрены основные современные составляющие биобезопасности. Проведено обобщение основных элементов управления экологическими рисками, как основного направления деятельности специалиста по общественному здоровью.

**Выводы.** Специалисты должны быть осведомлены в основных понятиях биологической безопасности «биориск», «биозащита», «система управления биорисками» и понимать, что система управления биорисками – это сложный процесс, и он включает не только внедрение мероприятий по снижению биорисков, а также оценку их эффективности и постоянное усовершенствование. Обучение в высших медицинских учебных учреждениях должно обеспечить будущих специалистов умением систематически и критически мыслить, особенно когда идет речь о биологической безопасности.

**Ключевые слова:** биологическая безопасность, биологический риск, общественное здравоохранение.

### **The questions of biological safety in preparing specialists for public health**

*T.V. Petrusевич, O.V. Zublenko*  
Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – justification the importance of studying the basic issues and the statutes of biosafety and biosecurity as part of the course of life safety, on undergraduate level of preparation specialists for public health.

**Methods:** information-and-analytical.

**Results.** The study describes the main components of modern biosafety. In article generalized basic elements of environmental risk management as directions of work for specialist in public health.

**Conclusions.** Experts in public health should be aware of basic concepts in biological safety «biorisk», «biosecurity», «biohazard management system» and understand that implementation biohazard management is complex and involves not only the introduction of measures to reduce biorisks but also an assessment of measures effectiveness and continuous improvement. Training in higher educational institutions must provide medical professionals the skills of future systemic and critical thinking, especially when it comes to biological safety. Training in higher educational institutions must provide future medical professionals the skills of systemic and critical thinking, especially when it comes to biological safety.

**Key words:** biosafety, biorisk, public health.

### **Відомості про авторів**

**Петрусевич Тетяна Володимирівна** – к.мед.н., доцент кафедри епідеміології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; просп. Перемоги, 34, м. Київ, 03055, Україна.

**Зубленко Олена Володимирівна** – к.мед.н., доцент кафедри епідеміології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; просп. Перемоги, 34, м. Київ, 03055, Україна.

УДК 616-021-07:613.2(477)

Н.О. Рингач<sup>1</sup>, Л.Й. Власик<sup>2</sup>

## Мінімізація факторів ризику неінфекційних захворювань: консультування з питань здорового харчування на первинному рівні

<sup>1</sup>Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, м. Київ, Україна  
<sup>2</sup>ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

**Мета** – на основі аналізу зарубіжного досвіду активності з мінімізації факторів ризику неінфекційних захворювань розробити пропозиції щодо інтенсивного втручання на рівні ПМСД з метою раціоналізації харчування в межах пацієнт-центрованого підходу; для цього адаптувати для національних умов модель мотиваційного інтерв'ювання та поведінкового консультування (модель 5А).

**Матеріали та методи.** Проведено контент-аналіз стратегічних матеріалів ВООЗ та міжнародних керівництв і рекомендацій з профілактики, комбінацію мотиваційного інтерв'ювання та поведінкового консультування. Використано аналітичний метод.

**Результати та висновки.** Наведено результати аналізу міжнародного досвіду активності з мінімізації факторів ризику неінфекційних захворювань. Висвітлено можливості мінімізації на рівні ПМСД такого фактора ризику неінфекційних хвороб (зокрема, серцево-судинних захворювань) як нераціональне харчування. Запропоновано методику інтенсивного консультування пацієнтів в амбулаторних умовах з використанням адаптованої моделі мотиваційного інтерв'ювання та поведінкового консультування.

**Ключові слова:** фактори ризику, неінфекційні захворювання, здорове харчування, мотиваційне інтерв'ювання, інтенсивне консультування, модель 5А.

### Вступ

Підвищений тиск крові є основним чинником ризику розвитку серцево-судинних захворювань (у т.ч. інсульту). Провідна причина смерті в Україні та світі – серцево-судинні захворювання – у свою чергу, визнана однією з основних проблем громадського здоров'я. Однак такий важливий чинник як підвищений тиск, негативну дію якого на сучасному етапі розвитку суспільства можна істотно мінімізувати, досі лишається недостатньо керованим. Наприклад, в Сполучених Штатах Америки з 80 млн людей з артеріальною гіпертензією, тиск контролювала тільки половина з них. В Україні, за даними різних дослідників, частка тих, хто досягає контрольних рівнів, ще менша, і коливається від приблизно 25% у містах до 12–15% у сільській місцевості. Відомо, що крім спеціальної терапії, нормалізації тиску сприяють відмова від паління та шкідливого вживання алкоголю, раціональне харчування, зменшення надмірної ваги та підвищення фізичної активності.

З іншого боку, ожиріння та надмірна вага також є одним з основних глобальних факторів ризику, що зумовлює 5% випадків смерті у масштабі світу. Зайва вага сприяє розвитку не лише серцево-судинних захворювань, а й діабету і онкологічних хвороб (у т.ч. раку ендометрію, молочної залози, яєчників, передміхурової залози, печінки, жовчного міхура, нирки і товстої кишки); а також хвороб опорно-рухової системи (зокрема, остеоартриту). Таким чином, впливаючи лише на зміни у раціоні харчування та харчовій поведінці людини, можна істотно мінімізувати ризик виникнення і

розвитку не лише серцево-судинних, але й низки неінфекційних захворювань (НІЗ). Якщо зосередитись на не медикаментозній корекції, яка є відносно простим і недорогим втручанням, то чи не найбільш великі можливості у цій області локалізуються на рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Це обумовлює потребу у пошуку ефективних підходів і методик з прийнятним співвідношенням “cost-benefit”, зокрема, спрямованих на оздоровлення харчування населення з найширшим охопленням.

**Мета роботи** – на основі зарубіжного досвіду активності з мінімізації факторів ризику неінфекційних захворювань розробити пропозиції щодо інтенсивного втручання на рівні ПМСД для змін харчування в межах пацієнт-центрованого підходу в Україні.

#### Завдання дослідження:

- проаналізувати міжнародний досвід корекції факторів ризику;
- висвітлити можливості мінімізації на рівні ПМСД такого фактора ризику неінфекційних хвороб (зокрема серцево-судинних захворювань), як нераціональне харчування;
- адаптувати для національних умов модель мотиваційного інтерв'ювання та поведінкового консультування (модель 5А).

### Матеріали та методи

Проведено контент-аналіз стратегічних матеріалів ВООЗ та міжнародних керівництв і рекомендацій з профілактики, комбінація мотиваційного інтерв'ювання



та поведінкового консультування. Використано аналітичний метод.

### Результати дослідження та їх обговорення

Серцево-судинні хвороби очолюють перелік основних неінфекційних захворювань – головної складової глобального тягаря хвороб. Глобальні рекомендації з профілактики і боротьби з НІЗ включають всеосяжний комплекс заходів як на популяційному, так і на індивідуальному рівні, спрямованих на зменшення та усунення основних факторів ризику. Спектр таких заходів є широким – від втручань на рівні всього населення, до ведення профілактичної роботи з особами з групи підвищеного ризику (наприклад, стратифікація ризику і індивідуальне консультування на рівні ПМСД). Метою такого поєднання втручань є стримування переходу від просто наявності поведінкових і метаболічних факторів ризику до прогресування в повномасштабні захворювання та навіть до смерті (від НІЗ у цілому та серцево-судинних захворювань зокрема).

Можливості змін цілком реальні. Вже хрестоматійним став досвід проекту «Північна Карелія» з втручанням на популяційному рівні. Так, проведено чотири дослідження, які стосувалися можливостей забезпечення профілактики серцево-судинних хвороб серед дітей та підлітків. Частина охоплювала виключно школярів, але найбільш цікавим видається досвід вивчення змін звичного харчування сільських сімей. Батькам родин було запропоновано перейти на більш низькокалорійну діету з низьким вмістом тваринних жирів, з веденням харчового щоденника, та роз'яснено користь цього як для них, так і для дітей. За час експерименту виключно за рахунок дієти знизився рівень холестерину крові у всіх членів родини – і дорослих, і дітей (однак слід зазначити, що після повернення до звичного режиму харчування показники знову погіршилися). Аналогічні результати дало подібне дослідження у сім'ях мешканців селищ міського типу. Таким чином, було підтверджено гіпотезу про те, що високі (найвищі в Європі) рівні холестерину крові фінських дітей є наслідком особливостей типової національної кухні, і їх можна модифікувати шляхом переходу на більш раціональний спосіб харчування.

Саме первинній ланці медико-санітарної допомоги з її широким охопленням населення і постійною взаємодією між пацієнтами і постачальниками такої допомоги належить найважливіша роль у наданні послуг, пов'язаних зі стимулюванням здорового харчування, залученням людей до фізичної активності, і допомогою пацієнтам в контролюванні маси тіла.

В Україні консультуванню на рівні ПМСД із питань можливостей впливу (на підвищений артеріальний тиск, на рівень холестерину та цукру в крові, на стан суглобів тощо) за допомогою змін харчування приділяється не виправдано мало уваги. Однак факти показують, що такі послуги на первинній ланці реально полегшують людині перехід до більш здорового раціону харчування, а також призводять до

зниження маси тіла і підвищення рівня фізичної активності.

Втручання *на рівні всього населення* включають зменшення наявності, доступності за вартістю і обмеження стимулювання продажів харчових продуктів з високим вмістом насичених жирних кислот, вільного цукру і / або солі, підвищення обізнаності населення про здорових раціонів харчування і фізичної активності і створення умов середовища, що сприяють вибору здорових варіантів і активного способу життя [1, 3]. Саме у санітарній просвіті пацієнтів, можливості аргументованого донесення знань і стимулювання до дій роль лікаря і медичної сестри є надзвичайно важливою, їх активність має органічно доповнювати національну політику здорового харчування.

У 2017 р. виповнюється 20 років із дня публікації, що показала достовірний ефект зниження тиску крові за рахунок дієтичного підходу з використанням так званої DASH-дієти (Dietary Approaches to Stop Hypertension). Ця дієта вважається важливим кроком вперед в дієтології, вона включає продукти, багаті на білок, клітковину, калій, магній і кальцій (містить фрукти і овочі, боби, горіхи, цільні зерна, та знежирені молочні продукти). Натомість в раціоні обмежуються продукти з високим вмістом насичених жирів і цукор. З моменту створення DASH двадцять років тому, численні дослідження показали, що вона послідовно знижує кров'яний тиск у різних пацієнтів з артеріальною гіпертензією і передгіпертензією, причому результати стають очевидні вже через 2 тижні після початку. Через ці переконливі докази, DASH-дієта стала в США послідовною частиною національних дієтичних рекомендацій зі зниження кров'яного тиску [6]. Проте аналіз даних Національного дослідження здоров'я і харчування (National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES) за 2007–2012 рр. показав погане дотримання рекомендованої дієти: середній бал дотримання DASH складав 2,6 з можливих 9,4 балу [5]. Поділяємо думку американських дослідників про необхідність розуміння потенційних причин поганого дотримання DASH як основи для подальших заходів. На середовищному рівні ця невідповідність може бути пояснена рутинним становищем у сфері харчування в країні, коли висококалорійні продукти є доступними і недорогими, а свіжі фрукти, овочі, горіхи тощо, як правило, дорожчі, та вимагають більше зусиль з їх приготування порівняно з фаст-фудом (що особливо актуально для осіб з низьким рівнем доходів та освіти). Однак дослідження показали, що принципи DASH можуть бути дотримані невеликим коштом і серед малозабезпечених громадян (так, ряд корисних продуктів, таких як сезонні овочі, крупи коштують недорого, а відмова від напоїв та продуктів з високим вмістом цукру, навпаки, економить бюджет).

*На клінічному рівні*, саме лікарі первинної ланки медичної допомоги мають найбільші можливості надавати консультації щодо дієтичних змін у поведінці для управління підвищеним тиском та зменшенням шкідливої дії нерационального харчування. Однак лікарі постійно скаржаться, що обмежений час, брак знань, і

погане сприймання пацієнтами (їх невіра в ефективність таких змін) є бар'єрами для розповсюдження дієтичного консультування. Як правило, більшість лікарів обмежуються виключно рекомендацією стосовно зменшення споживання солі. На противагу цьому, дієтологи краще надають такі консультації (що виступило в США приводом для обговорення питання відшкодування для зареєстрованих дієтологів візитів за направленням сімейного лікаря у межах медичного страхування).

**На індивідуальному рівні**, щоб викликати стійкі зміни поведінки, необхідні інноваційні стратегії. На сучасному етапі досить популярною стає стратегія для поліпшення орієнтації пацієнта в питаннях самоуправління власним здоров'ям з використанням електронних (цифрових) інструментів. Адже сьогодні в Україні абсолютна більшість дорослих мають мобільний телефон або комп'ютер, і їх число зростає. Наприклад, у США за статистикою уже 77% громадян володіють смартфоном. Таким чином, охоплення мобільним зв'язком поширюється і на історично інклюзивні групи населення (сільське населення, особи з низьким рівнем доходів, етнічні меншини тощо), а мобільні пристрої створюють унікальну можливість для досягнення населення груп високого ризику.

Зміни раціону харчування є потенційно доступним і масштабним втручанням, яке може практично відразу ж призвести до значного поліпшення здоров'я населення. Однак інноваційні стратегії необхідні, щоб визначити, як найкращим чином досягти цього, як мінімізувати бар'єри

на шляху їх широкого поширення. Потенційні вигоди від DASH є суттєвими. У дослідженні [7] показано, що за оцінками, якщо б люди з артеріальною гіпертензією стали повністю прихильними DASH, за наступне десятиріччя у масштабах США можна було б запобігти 400 тис. випадкам ішемічної хвороби серця (причому серед такої групи ризику, як афроамериканці).

Існують дані, що інтенсивне консультування з питань способу життя з наданням підтримки справляє більший позитивний вплив, ніж звичайна допомога або короткі рутинні консультації з питань здорового способу життя.

Як приклад такого інтенсивного втручання пропонуємо адаптовану модель 5A. Ця методика, названа так за літерами, з яких починаються ключові слова втручання англійською мовою (Ask, Assess, Advise, Agree та Assist) спочатку використовувалася в програмах з припинення куріння. Метод являє собою чітко впорядковану комбінацію мотиваційного інтерв'ювання та поведінкового консультування (табл. 1). Мотиваційне інтерв'ювання – це метод консультування для досягнення певної мети через пацієнт-центрований підхід, при якому в центрі уваги знаходиться конкретний пацієнт з його проблемами і потребами. В низці досліджень з вивчення втручань в первинній ланці, які торкалися харчування і фізичної активності, встановлено, що цей метод є одним з найбільш ефективних у взаємодії між лікарем і пацієнтом.

Під час консультування можна користуватись рекомендаціями ВООЗ із питань здорового харчування (табл. 2) та відповідним ілюстративним матеріалом.

Таблиця 1

Основні елементи «моделі 5A» для консультування щодо змін харчування

Дія (AAAAA)	Суть активності
Спитати (Ask)	Ініціювати обговорення звичайного харчування конкретної людини без будь-яких оціночних висловлювань та з'ясувати його готовність щось змінити
Оцінити (Assess)	Оцінити конкретну людину з точки зору біометричних показників та рівнів артеріального тиску і оцінити ймовірні причини підвищеного тиску і надлишкової ваги
Порадити (Advise)	Змалювати користь для здоров'я від здорового харчування та зниження маси тіла, ризику, пов'язані з надлишковою масою тіла та ожирінням, варіанти лікування і довгострокові стратегії з переходу на більш здорове харчування, зі зниження маси тіла і контролю тиску за рахунок дієти
Домовитися (Agree)	Досягти домовленості між лікарем і пацієнтом стосовно очікуваних результатів і цільових орієнтирів, які відповідають SMART* і щодо виключно індивідуальних варіантів втручань (наприклад, з врахуванням певних харчових уподобань, або навпаки, категоричних застережень, в т.ч. пов'язаних з релігійними нормами; доходами та особливостями здоров'я індивідууму)
Допомогти (Assist)	Надати допомогу і поради щодо дотримання узгодженого плану втручання з переходу на більш здорове харчування, індивідуальні або групові послуги, які будуть супроводжуватися регулярним контролем лікаря та медичної сестри (можливо, з залученням дієтолога, фахівця з лікувальної фізкультури тощо).

Джерело: адаптовано з Do the five A's work when physicians counsel about weight loss? / Alexander SC, Cox ME, Boling Turer CL, Lyna P, Østbye T, Tulsy JA, et al. // Fam Med 2011;43:179–84 [2].

\* тобто бути конкретними, вимірними, досяжними, реалістичними і досягатися до певного терміну.

Таблиця 2

## Рекомендації ВООЗ із питань здорового харчування

Категорія	Рекомендація
Фрукти і овочі	Щонайменше, 400 г (п'ять порцій) фруктів і овочів в день. <i>Картопля, солодка картопля (батат), інші крохмалисті коренеплоди не класифікуються як фрукти або овочі</i>
Цукор	Не більше 10% від загального споживання енергії, що еквівалентно 50 г цукру (або обсягу близько 12 чайних ложок) для людини з нормальною вагою тіла, яка споживає приблизно 2000 калорій на день (в ідеалі – менше 5% від загального споживання енергії для додаткової користі для здоров'я)
Жир	Не більше 30% від загального споживання енергії з жирів. Ненасичені жири (наприклад, риба, авокадо, горіхи і соняшник, ріпак і оливкова олія) краще насичених жирів (жирне м'ясо, вершкове масло, пальмова та кокосова олія, вершки, сир, топлене масло і свиняче сало). Продукти, що містять промислові транс-жири (не свіжоприготовлені, оброблені харчові продукти, фаст-фуд, закуски, смажена їжа, заморожені піца, пироги, печиво, маргарин і спреди) не є частиною здорової дієти!
Сіль	Менше 5 г йодованої солі (приблизно 1 чайна ложка) на день

Джерело: WHO Fact sheets on healthy diet and physical activity. Geneva: WHO; 2016 URL. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>, accessed 13 June 2016 [8].

Для осіб, у яких виявлено нездорову структуру (режим) харчування, просте інформування та консультування можна об'єднати зі стратегіями поліпшення пізнавальної функції (мотивація, підвищення грамотності з питань здоров'я, формування психосоціальних установок і вироблення самоефективності), а також з навичками приготування їжі (найкраще – у формі колективної участі у майстер-класах, тематичних школах здорового харчування, зустрічах з медійними особами або місцевими лідерами, авторитетами тощо).

У цій діяльності широко застосовуються прийоми, які включають у себе елементи когнітивно-поведінкової терапії, наприклад, метод пробудження самомотивації, постановки цілей, самоконтролю (ведення щоденника фактичного харчування або активності), прийоми контролю процесу прийому їжі (наприклад, розміру порцій і кількості). Слід враховувати, що поєднання консультування з питань харчування і фізичної активності є більш дієвим, ніж консультування за кожним з цих питань окремо.

На думку експертів ВОЗ, зміни повинні включати допомогу в використанні техніки і прийняття таких форм і способів надання послуг, які заохочують пацієнтів до взаємної підтримки і самопомоги. Для досягнення стійкості подібних реформ в довгостроковій перспективі і їх широкого розповсюдження в системі громадського здоров'я вони повинні узгоджуватися з плануванням кадрових ресурсів охорони здоров'я, встановленням партнерства з іншими секторами та переглядом порядку оплати праці постачальників послуг первинної медико-санітарної допомоги [4].

Лише в системах охорони здоров'я, що базуються на міцному фундаменті первинної медико-санітарної допомоги, забезпечується надання комплексної медичної допомоги, орієнтованої на потреби і запити людей, оскільки саме в них надаються попереджувальні, комплексні послуги, засновані на тривалих відносинах

між пацієнтами і медичними працівниками. Тому дуже важливо, щоб перетворення і реформи в системі надання медичних послуг на цій ланці враховували характер нових викликів здоров'ю, припускали активне залучення пацієнтів до надання допомоги самим собі і розширювали права і можливості місцевих громад, родин (помічників з догляду) в здійсненні превентивних дій зі збереження та підтримання здоров'я.

## Висновки

Зміна харчової поведінки та харчового раціону населення з переорієнтацією на здорове харчування є складним завданням, яке вимагатиме змін на рівні громад і національної та регіональної політики у сфері громадського здоров'я.

Найбільш дієвим є таке поєднання заходів втручання, які націлені не на окремий фактор ризику (нерациональне харчування, ожиріння та надмірна вага), а на їх комплекс.

Показано, що комплексні послуги, що охоплюють, наприклад, одночасно питання харчування і фізичної активності, виявляються більш дієвими, ніж окремі послуги; що прийом і початок лікування пацієнтів лікарями первинної ланки з подальшим плановим контролем медичними сестрами та працівниками охорони здоров'я немедичних спеціальностей призводить до кращих наслідків для здоров'я, ніж послуги, що надаються тільки в рамках традиційного прийому в лікаря.

Для забезпечення виконання пацієнтами всіх рекомендацій фахівців необхідна підтримка самостійних дій пацієнтів, наприклад, через групи взаємної підтримки і втручання по Інтернету.

Запропоновано для практичного використання на рівні ПМСД методику інтенсивного консультування пацієнтів в амбулаторних умовах з використанням адаптованої моделі мотиваційного інтерв'ювання та поведінкового консультування (моделі 5А).

### Перспективи подальших досліджень

Аналіз впровадження в практичну діяльність на рівні ПМСД методики інтенсивного консультування

пацієнтів в амбулаторних умовах з використанням адаптованої моделі мотиваційного інтерв'ювання та поведінкового консультування.

### Література

1. *Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Assessment Guide.* – Copenhagen : WHO, Regional Office for Europe, 2014. – 43 p.
2. *Do the five A's work when physicians counsel about weight loss?* / S. C. Alexander, M. E. Cox, C. L. Boling Turer [et al.] // *Fam. Med.* – 2011. – Vol. 43. – P. 179–184.
3. *Health system barriers and innovations for better NCD outcomes: country assessment guide.* – WHO, Regional Office for Europe; 2013.
4. *Integrating diet, physical activity and weight management services into primary care (2016)* [Electronic resource]. – Access mode : URL.[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/324304/Integrating-diet-physical-activity-weight-management-services-primary-care.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/324304/Integrating-diet-physical-activity-weight-management-services-primary-care.pdf?ua=1) URL.<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2611294>. – Title from screen.
5. *Kim H.* Diagnostic status of hypertension on the adherence to the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet / H. Kim, F. C. Andrade // *Prev. Med. Rep.* – 2016. – Vol. 4. – P. 525–531.
6. *Steinberg D.* The DASH Diet, 20 Years Later / D. Steinberg, G. G. Bennett, L. Svetkey / [Electronic resource] // *JAMA.* – 2017. – March 9. – Access mode : <https://nutrigeriatrics.files.wordpress.com/2017/03/dieta-dash.pdf>. – Title from screen.
7. *The potential impact of nonpharmacologic population-wide blood pressure reduction on coronary heart disease events: pronounced benefits in African-Americans and hypertensives* / T. P. Erlinger, W. M. Vollmer, L. P. Svetkey, L. J. Appel // *Prev. Med.* – 2003. – Vol. 37 (4). – P. 327–333.
8. *WHO Fact sheets on healthy diet and physical activity* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>, accessed 13 June 2016. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.04.2017 р.

**Минимизация факторов риска неинфекционных заболеваний: консультирование по вопросам здорового питания на первичном уровне***Н.А. Рынгач<sup>1</sup>, Л.И. Власик<sup>2</sup>*<sup>1</sup>Институт демографии и социальных исследований имени М.В. Птухи НАН Украины, г. Киев, Украина<sup>2</sup>ВГНУУ «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

**Цель** – на основе анализа зарубежного опыта активности по минимизации факторов риска неинфекционных заболеваний разработать предложения по интенсивному вмешательству на уровне ПМСП с целью рационализации питания в рамках пациент-центрированного подхода; для этого адаптировать для национальных условий модель мотивационного интервьюирования и поведенческого консультирования (модель 5А).

**Материалы и методы.** Проведен контент-анализ стратегических материалов ВОЗ и международных руководств и рекомендаций по профилактике, комбинация мотивационного интервьюирования и поведенческого консультирования. Использован аналитический метод.

**Результаты и выводы.** Приведены результаты анализа международного опыта активности по минимизации факторов риска неинфекционных заболеваний. Освещены возможности минимизации на уровне ПМСП такого фактора риска неинфекционных болезней (в частности, сердечно-сосудистых заболеваний) как нерациональное питание. Предложена методика интенсивного консультирования пациентов в амбулаторных условиях с использованием адаптированной модели мотивационного интервьюирования и поведенческого консультирования (модели 5А).

**Ключевые слова:** факторы риска, неинфекционные заболевания, здоровое питание, мотивационное интервьюирование, интенсивное консультирование, модель 5А.

**Minimization of risk factors of noncommunicable diseases: counseling on questions of healthy diet at the primary level***N.O. Rynhach<sup>1</sup>, L.Y. Vlasyk<sup>2</sup>*<sup>1</sup>Ptoukha Institute for Demography and Social Studies of the NAS of Ukraine, Kyiv, Ukraine<sup>2</sup>HSEIU «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

**Purpose** – to develop proposals on an intensive intervention on PHC (Primary Health Care) level with aim of a diet improvement, on base of analysis of foreign experience and activities in minimisation of risk factors for NCDs (Noncommunicable Diseases), as part of the patient-centered model; therefore, to adapt a framework of motivational interviewing and behavioural counselling (framework 5A) to country specific living conditions.

**Materials and methods.** InfoBase – strategic materials WHO and international guides and recommendations for prevention. The content analysis and motivational interviewing and behavioral counseling were used.

**Results and conclusions.** The results of analysis of international experience and activities for minimisation of risk factors for NCDs are given. A potential of minimization of such a risk factor for noncommunicable disease as unhealthy diet (for cardio-vascular diseases in particular) on PHC level is covered. The procedure of intensive counseling in patients with adapted framework of motivational interviewing and behavioural counseling on an ambulatory basis is proposed (5A framework).

**Key words:** risk factors, noncommunicable diseases (NCDs), healthy diet, motivational interviewing, intensive counseling, 5A framework.

**Відомості про авторів**

**Рингач Наталія Олександрівна** – д.н.держ.упр., с.н.с., головний науковий співробітник Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; бул. Т. Шевченка, 60, м. Київ, 01032, Україна.

**Власик Любов Йосипівна** – асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»; пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58000, Україна.

УДК 614.2:616-021:351.77(477)

Н.О. Рингач<sup>1</sup>, Л.Й. Власик<sup>2</sup>, Л.І. Власик<sup>2,3</sup>

## Інструмент ВООЗ STEPS для епідеміологічного моніторингу факторів ризику неінфекційних захворювань: еволюція основних етапів та підходи до реалізації в Україні

<sup>1</sup>Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

<sup>3</sup>ДП «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – проаналізувати еволюцію змісту основних етапів інструменту ВООЗ із контролю за поширенням неінфекційних захворювань STEPS; розробити пропозиції щодо його адаптації в процесі впровадження в Україні.

**Матеріали та методи.** Проведено аналітичний огляд документів ВООЗ з оцінки міжнародних систем збору даних, контент-аналіз інформаційно-методичних матеріалів ВООЗ з організації обстежень за допомогою STEPS-інструменту та їх результатів.

**Результати та висновки.** Наведено результати аналізу еволюції основних етапів інструменту ВООЗ з контролю за поширенням факторів ризику неінфекційних захворювань STEPS. Обґрунтовано актуальність використання інструменту STEPS як інтегрованого підходу для епідеміологічного спостереження за факторами ризику. Висвітлено важливість гармонізації та стандартизації для удосконалення систем збору даних. Запропоновано варіант структури основних етапів національного інструменту STEPS із контролю за поширенням неінфекційних захворювань і порядок його впровадження.

**Ключові слова:** STEPS, епідеміологічний моніторинг, фактори ризику, неінфекційні захворювання.

### Вступ

В історичній перспективі епідеміологічний нагляд стосувався переважно екзогенної патології (передусім інфекційних захворювань). Сьогодні дані епіднагляду можуть бути використані в якості основи при розробці більш ефективних заходів у боротьбі з неінфекційними захворюваннями (НІЗ) та їх профілактиці.

У світі триває зростання тягаря НІЗ, що завдає значних соціально-економічних збитків, негативно впливає на розвиток як конкретних людей, так і суспільства [1]. Наукові дослідження останніх десятиліть показали, що вісім факторів ризику (куріння, надмірне вживання алкоголю, нераціональне харчування, ожиріння, низька фізична активність, артеріальна гіпертензія (АГ), підвищені рівні холестерину та глюкози в крові) призводять до виникнення НІЗ та обумовлюють до 75% смертності від них [2]. Міжнародний досвід свідчить, що основним захворюванням (таким як серцево-судинні, хронічні респіраторні, онкологічні та цукровий діабет) можна протистояти, зменшуючи поширеність факторів ризику серед населення та зміцнюючи засади здорового способу життя. Моніторинг тенденцій і детермінант НІЗ, оцінювання успіхів, досягнутих у їх профілактиці та боротьбі з ними було однією із шести цілей Плану дій для здійснення Глобальної стратегії з профілактики і боротьби з НІЗ на 2008–2013 рр. та його наступника на період 2013–2020 рр. [6]. Ухвалення Цілей Сталого Розвитку додало фокусування на цій проблемі. Так, одне з завдань Цілі 3 щодо здоров'я та благополуччя

звучить як «Зменшити на третину передчасну смертність від НІЗ за допомогою профілактики і лікування». ВООЗ рекомендує використовувати систему епідеміологічного моніторингу основних факторів ризику НІЗ, яка передбачає безперервність збору даних. Така система дозволяє удосконалювати процес прийняття стратегічних рішень, розробляти програми дій у галузі охорони здоров'я та пропаганди здорового способу життя. Найбільш популярною міжнародною ініціативою є принцип поетапного здійснення моніторингу STEPS, запропонований ВООЗ як інструмент контролю за поширенням НІЗ [8].

В Україні реалізація цього механізму тільки розпочинається. Так, заходи в рамках спільного проекту Бюро ВООЗ в Україні та Швейцарської Агенції Розвитку та Співробітництва «Неінфекційні захворювання: профілактика та зміцнення здоров'я в Україні» зосереджені на посиленні керівництва у сфері профілактики НІЗ, покращанні епіднагляду, моніторингу та оцінки НІЗ за допомогою орієнтованої на пацієнта комплексної інформаційної системи охорони здоров'я передбачають, зокрема, зміцнення потенціалу фахівців ПМСД з використання таких інструментів як STEPS. Тому інформація про розвиток перевірених практичним упровадженням на міжнародному рівні сучасних підходів до здійснення епіднагляду за факторами ризику НІЗ є своєчасною та актуальною.

**Мета роботи** – проаналізувати еволюцію змісту основних етапів інструменту ВООЗ з контролю за поширенням неінфекційних захворювань STEPS та

надати пропозиції щодо його адаптації в процесі впровадження в Україні.

### Матеріали та методи

Проведено аналітичний огляд документів ВООЗ з оцінки міжнародних систем збору даних, контент-аналіз інформаційно-методичних матеріалів ВООЗ з організації обстежень за допомогою STEPS-інструменту та їх результатів.

### Результати дослідження та їх обговорення

Глобальною стратегією з профілактики і боротьби з НІЗ державам-членам ВООЗ (п. 59) пропонуються вибрати та здійснити варіанти політики згідно з вітчизняним законодавством та з урахуванням національних умов для виконання цілі Плану дій щодо включення заходів з епіднадзора в національні інформаційні системи охорони здоров'я. У кінцевому підсумку, метою проведення нагляду є вивчення особливостей поширення та оцінка ймовірності або ризику виникнення захворювань в різних групах населення, для їх ефективного контролю і профілактики. Проведення періодичного моніторингу повинно включати збір даних про поведінкові та метаболічні фактори ризику (надмірне вживання алкоголю, недостатня фізична активність, вживання тютюну, нерациональне харчування, надмірна маса тіла й ожиріння, підвищені артеріальний тиск і рівень глюкози в крові та гіперліпідемія) та про соціальні чинники, такі як маркетинг продуктів харчування, тютюнової та алкогольної продукції.

Для того, щоб оцінити успіхи у забезпеченні справедливості та зменшенні нерівності стосовно здоров'я, важливо, при можливості, проводити дезагрегацію даних за такими показниками як стать, вік (наприклад, діти, підлітки, дорослі) і соціально-економічний статус [6, с. 54]. Значну частину наведених вище даних можна проаналізувати за допомогою інструменту STEPS.

STEPS служить відправною точкою для країн з низьким і середнім рівнем доходу для початку робіт з епідеміологічного нагляду за хронічними НІЗ. STEPS розроблений таким чином, щоб допомогти країнам у створенні та зміцненні простої, орієнтованої на дорослих, системи епіднадзора, яка використовує стандартизовані засоби, що дозволяють проводити порівняння в часі та просторі. Дослідження STEPS є широким за охопленням як поведінкових, так і біологічних факторів ризику (надлишкова маса тіла й ожиріння, підвищений кров'яний тиск, підвищений вміст глюкози в крові та аномальний ліпідний спектр крові). Концептуальною основою STEPS є поетапний підхід з огляду методів збору даних (перший етап – опитування, другий – фізичні вимірювання; третій – біохімічні дослідження крові) і складності питань на дану тему (основні та розширені питання). ВООЗ підкреслюється, що цей інструмент є достатньо гнучким для того, щоб дозволити кожній країні обирати дані основних змінних величин і факторів

ризиків, а також використовувати додаткові модулі, враховуючи місцеві або регіональні особливості.

Підхід STEPS складається з наведених вище трьох етапів, на кожному з яких проведення оцінки факторів ризику поділяється на основний, розширений і додатковий модулі. Важливо відзначити, що основний модуль дозволяє отримати лише базові відомості про фактори ризику, тоді як використання розширеного модуля дає про них більш детальну інформацію. Основні модулі етапів 1 і 2 можуть бути легко оцінені і не стають більш складними для їх здійснення та аналізу в разі їх доповнення розширеним модулем. Однак слід мати на увазі, що додаткова інформація, що отримується на етапі 3, є результатом біохімічних досліджень і передбачає доступ до належним чином акредитованих лабораторій. Збір і аналіз зразків крові ускладнює процес, це завдання може бути реалізованим тільки в контексті комплексного обстеження з відповідними лабораторними і кадровими ресурсами. Додавання етапу 3 може зробити збір даних більш повним і корисним, але одночасно складнішим і дорогим.

Опитувальник складається з розділів, що містять загальну та демографічну інформацію; показники поведінки (споживання тютюну, споживання алкоголю, раціон харчування, фізична активність, історія підвищеного артеріального тиску та діабету). Крім того, можна скласти уявлення про поради медичних працівників зі здорового способу життя та корекції чинників ризику. У розширеному модулі, наприклад, питання щодо раціону харчування не обмежуються споживанням овочів і фруктів, а й торкаються зниження рівня вживання солі, жирів, харчування поза домівкою тощо.

До опитувальника додаються зразок інформованої згоди, демонстраційні картки, які містять інформацію щодо національної приналежності, стандартної тютюнової та алкогольної продукції, типових порцій фруктів і овочів, типових продуктів з підвищеним вмістом солі, а також приклади різної фізичної активності; інструкція до інформаційно-реєстраційної картки для проведення дослідження. Інструкція щодо заповнення опитувальника містить інформацію допоміжного характеру, призначену для ознайомлення осіб, які проводять опитування, з вмістом кожного питання або критерію, описаних в типовому інструменті STEPS. Можна використовувати цю інформацію, якщо респонденти потребують пояснення конкретних питань або не знають, як на них відповісти [10].

Показниками інструментальних вимірювань в основному модулі виступають величина артеріального тиску, зріст, маса тіла, окружність талії, у розширеному модулі рекомендується провести вимір окружності стегна і частоти серцевих скорочень.

На етапі лабораторних вимірювань проводиться аналіз рівня глюкози і холестерину в крові, у розширеному модулі додаються тригліцериди та ліпопротеїди високої щільності. Орієнтовні затрати часу на першому етапі становлять 30–40 хв.; другому – 30–45 хв.; третьому – близько 10 хв.

Поетапний підхід ВООЗ STEPS було розроблено і вперше реалізовано в 2001 році. Проте з моменту запровадження інструменту STEPS окремі етапи дослідження вже зазнали змін. Це пов'язано з проведенням стандартизації та гармонізації між різними міжнародними системами збору даних з деяких методологічних питань та з метою виключення дублювання, зокрема, з опитувальниками GTCR і GATS [7]. На сьогодні користуються версією 3.1 інструменту, в якій суттєві зміни внесені до розділу «Вживання тютюну». Основний модуль доповнено питаннями щодо припинення паління, порад медичних працівників з цього приводу за останні 12 місяців, а також щоденного паління в минулому, перенесено із розширеного модуля. Розширений модуль доповнено питаннями про вживання інших тютюнових виробів щоденно в даний час та в минулому. Тривалість терміну для характеристики пасивного куріння в останні дні підвищено з 7 до 30 днів, та розділено окремо для житлових та виробничих й адміністративних приміщень.

Основний модуль розділу «Вживання алкоголю» доповнено питанням про припинення вживання алкоголю внаслідок його негативного впливу на здоров'я або за порадою лікаря чи іншого медичного працівника, що дає змогу оцінити факт надання відповідної профілактичної роботи та її ефективність. В питаннях щодо кількості спожитого алкоголю термін «невелика кількість», що містить суб'єктивну оцінку такої кількості, яка у різних осіб варіює у досить значних межах, замінено на термін «1 стандартна доза алкоголю». Під ним розуміють дозу алкогольного напою, який містить близько 10 грамів етилового спирту, з відповідною ілюстрацією еквівалентних об'ємів поширених алкогольних напоїв (горілки, вина, пива тощо). В питанні: «Скільки разів за останні 30 днів Ви випили за один випадок більше, ніж 6 стандартних доз?» зросла кількість доз до 6 від 4 і більше у жінок та 5 і більше у чоловіків, що відображає усвідомлення небезпечності форсованого вживання алкоголю (велика доза за короткий час). З основного модулю вилучено питання про прийом їжі під час вживання алкоголю, натомість доповнено питанням про вживання за останні 7 днів алкоголю домашнього приготування, привезеного із-за кордону, не призначеного для вживання всередину, тощо. На нашу думку, це дуже актуально для України – країни з розповсюдженою практикою самогонваріння та сумною статистикою отруєння сурогатами алкоголю. До розширеного модуля введено нові 4 питання щодо проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю за останні 12 місяців.

Основний та розширений модулі розділу «Раціон харчування» доповнено блоком із питань щодо споживання солі. Всі шість питань з розширеного модуля розділу «Історія підвищеного артеріального тиску» перенесено до основного. У версії опитувальника 3.1 інструменту STEPS появились нові основні модулі: історія підвищеного рівня загального холестерину (6 питань), історія серцево-судинних хвороб (3 питання), поради зі способу життя (6 питань), а також питання для жінок щодо скринінгу на рак шийки матки [8]. Ми

вважаємо також доцільними ставити питання щодо участі в інших скринінгових програмах. Так, національний варіант інструменту STEPS Російської Федерації передбачає питання щодо диспансеризації [4]. Третій (лабораторний) етап доповнено модулем «Вміст натрію та креатиніну в сечі».

Варто зазначити, що проведена гармонізація та стандартизація дає можливість використовувати ці дослідження як інструмент вимірювання та надає їм більшу наукову достовірність. З міжнародної точки зору необхідність порівнянь між країнами та аналізу тенденцій стимулює подальші зусилля в галузі стандартизації обстежень і між ними в такій мірі, яка буде доцільною, але при цьому дасть змогу зберегти індивідуальний характер кожного обстеження. Відповідно до рекомендацій ВООЗ при проведенні обстежень населення стандартизації підлягають терміни/періодичність проведення обстеження, об'єм вибірки, збір та аналіз даних і поширення результатів. При визначенні періодичності враховують потребу в даних і рівень наявних в країні ресурсів. Опираючись на міжнародний досвід, одне і те ж обстеження рекомендується повторювати так часто, як це необхідно з практичної точки зору, але не рідше, ніж один раз на три-п'ять років. Деякі країни зі сформованими системами епіднадзора забезпечують безперервний збір та аналіз даних, що дає можливість отримувати нові цифри щорічно. Тому при розробці національного варіанту програми слід передбачити регулярність і, по можливості, своєчасність збору даних із урахуванням термінів звітності.

Технічну підтримку та технічні засоби для введення і аналізу даних забезпечує ВООЗ. На сьогоднішній день в 122 країнах всіх регіонів ВООЗ завершено збір даних для STEPS. Майбутні пріоритети включають зміцнення взаємозв'язку даних, отриманих на основі цього підходу, та активності з протидії НІЗ на рівні країн й продовження розвитку потенціалу STEPS для того, щоб мати регулярний і безперервний цикл спостереження за факторами ризику в усьому світі [12]. Основні результати оприлюднюються в інформаційних бюлетенях STEPS [9].

Можна виділити низку основних переваг інструменту STEPS, зокрема:

- можливість отримання повноцінної інформації щодо основних чинників ризику НІЗ;
- низька собівартість;
- гнучкість, можливість адаптації до культурних і національних особливостей та потреб системи громадського здоров'я;
- можливість порівняння результатів на різних рівнях (між регіонами, між країнами, регіонами ВООЗ тощо).

На сьогодні існують вже дві основні системи епіднадзора STEPS: поетапний підхід ВООЗ STEPS до епіднадзора за факторами ризику розвитку НІЗ і поетапний підхід ВООЗ STEPS до епіднадзора за конкретною патологією з множинними факторами ризику – інсультом (другою за значущістю причиною смерті та глобального тягаря хвороб у світовому масштабі).



Додаткові модулі інструменту постійно оновлюються, вони є доступними на сайті ВООЗ і можуть бути використані країнами в разі необхідності. Це модулі з оцінки насильства та травм, гігієни ротової порожнини, психічного здоров'я/суїциду, сексуального здоров'я, політики щодо тютюну [11]. Нещодавно на сайті ВООЗ з'явилася інформація про систему e-STEPS, яка відноситься до електронного збору даних про фактори ризику НІЗ [5]. Додаток до баз даних e-STEPS на даний час доступний для операційної системи Android. Як електронний інструмент збору даних, e-STEPS забезпечує такі переваги як негайна перевірка помилок під час збору даних, можливість стежити за ходом робіт в режимі реального часу, можливість передачі даних на центральний сервер, зменшення витрат на паперові носії та їх заповнення. Ці можливості та досвід слід використати при організації моніторингу в Україні.

На нашу думку, структуру обстеження можна дещо розширити на етапі опитування шляхом включення запитання щодо участі в інших (окрім скринінгу раку шийки матки) програмах і профілактичних оглядах. Пропонуємо також висвітлити історію розвитку ще одного з «великої четвірки НІЗ» – хронічних респіраторних захворювань, зокрема, після розділу «Вживання тютюну» для осіб старше 40 років додати питання первинного скринінгу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), передбачаючи питання щодо наявності кашлю, виділення мокротиння та задухи. Також, на нашу думку, розділ «Раціон харчування» доцільно було б доповнити питаннями щодо споживання м'яса, риби та морепродуктів, молочних продуктів, яєць, м'яса; а розділ «Фізична активність» питаннями щодо доступності місць занять спортом та проведення вільного часу.

Таким чином, аналіз еволюції змісту основних етапів інструменту ВООЗ з контролю за поширенням НІЗ STEPS надає можливість запропонувати варіант його структури для реалізації в Україні.

Незважаючи на те, що сьогодні для боротьби з НІЗ вже є достатньо фактичних даних, домогтися

максимального ефекту від отриманих знань дозволить належне поширення результатів. Адже певні фактичні дані можуть представлятися особам, що формують політику, надто складними і не завжди зрозумілими, тому необхідно розвивати зв'язки між фахівцями і керівниками, забезпечуючи доступність цих даних. Для того щоб стати дійсно ефективною, комплексна система епідагляду за НІЗ повинна подолати труднощі, пов'язані з інтеграцією й аналізом інформації з різних сфер, які виходять за традиційні межі хвороб і факторів ризику, а ключові тези мають доводитися до політиків в більш прийнятному вигляді, що сприятиме подальшому прийняттю рішень [3, 12]. Саме використання STEPS дає змогу наочного представлення даних епідагляду для обґрунтування та адвокації спрямованих на боротьбу з НІЗ заходів і програм.

### Висновки

Еволюція змісту основних етапів інструменту ВООЗ з контролю за поширенням НІЗ STEPS відбулася внаслідок стандартизації та гармонізації між різними міжнародними системами збору даних.

При створенні національного варіанту STEPS елементи його структури і змісту, які можуть отримати переваги від подальшої стандартизації, повинні включати: терміни і періодичність обстежень; використовувані вікові діапазони і вікові групи; визначення та показники; використання стандартних методів оцінки.

Запропоновано варіант структури основних етапів національного інструменту STEPS з контролю за поширенням НІЗ, зокрема, щодо участі в інших (окрім скринінгу раку шийки матки) програмах і профілактичних оглядах; «історією ХОЗЛ» та питаннями стосовно раціону харчування та рухової активності.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з обґрунтуванням та внесенням змін до керівництв і навчальних матеріалів з організації та контролю якості обстежень за допомогою інструменту STEPS.

## Література

1. *Ашхабадская декларация по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020* [Электронный ресурс] / Европейская министерская конференция ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020, г. Ашхабад, Туркменистан, 3–4 декабря 2013 г.). – Режим доступа : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/236191/Ashgabat-Declaration-4-December-2013-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/236191/Ashgabat-Declaration-4-December-2013-Rus.pdf). – Название с экрана.
2. *Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними: ответные меры во исполнение конкретных задач в порядке подготовки к третьему Совещанию высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике НИЗ и борьбе с ними в 2018 г. : доклад Генерального директора / 69 Сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения. – 2016. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_10-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_10-ru.pdf). – Название с экрана.*
3. *План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ, 2016–2025 гг.* [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/315481/66wd11r\\_NCDActionPlan\\_160522.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315481/66wd11r_NCDActionPlan_160522.pdf?ua=1). – Название с экрана.
4. *Эпидемиологический мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении на региональном уровне : методические рекомендации / под ред. С. А. Бойцова. – Москва, 2016. – 111 с.*
5. *eSTEPS* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/chp/steps/esteps/en>. – Title from screen.
6. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020.* – Geneva : WHO, 2014. – 107 p.
7. *IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol. 12: Methods for Evaluating Tobacco Control Policies (2008: Lyon, France)* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfsonline/prev/handbook12>. – Title from screen.
8. *STEPwise approach to surveillance (STEPS)* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/chp/steps/en>. – Title from screen.
9. *STEPS Country Reports* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/chp/steps/reports/en/#>. – Title from screen.
10. *STEPS Manual* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/chp/steps/manual/en/#>. – Title from screen.
11. *STEPS Optional* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/modules/en>. – Title from screen.
12. *The World Health Organization STEPwise Approach to Noncommunicable Disease Risk-Factor Surveillance: Methods, Challenges, and Opportunities / L. Riley [et al.] // Am. J. Public. Health. – 2016. – № 106 (1). – P. 74–78.*
13. *WHO STEPS Instrument (Core and Expanded)* [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.who.int/chp/steps/instrument/STEPS\\_Instrument\\_V3.1.pdf?ua=1](http://www.who.int/chp/steps/instrument/STEPS_Instrument_V3.1.pdf?ua=1). – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.03.2017 р.

**Инструмент ВОЗ STEPS для епідеміологічного моніторингу факторів ризику неінфекційних захворювань: еволюція основних етапів і підходи к реалізації в Україні**

*Н.А. Рингач<sup>1</sup>, Л.І. Власик<sup>2</sup>, Л.І. Власик<sup>2,3</sup>*

<sup>1</sup>Інститут демографії і соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, г. Київ, Україна

<sup>2</sup>ВГНУУ «Буковинський державний медичний університет», г. Чернівці, Україна

<sup>3</sup>ГП «Научний центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя МЗ України», г. Київ, Україна

**Цель** – проаналізувати еволюцію змісту основних етапів інструмента ВОЗ по контролю над поширенням неінфекційних захворювань STEPS і розробити пропозиції по його адаптації в процесі використання в Україні.

**Матеріали і методи.** Проведен аналітичний огляд документів ВОЗ по оцінці міжнародних систем збору даних, контент-аналіз інформаційно-методических матеріалів ВОЗ по організації досліджень з допомогою STEPS-інструмента і їх результатів.

**Результати і висновки.** Приведені результати аналізу еволюції основних етапів інструмента ВОЗ по контролю над поширенням факторів ризику неінфекційних захворювань STEPS. Обґрунтована актуальність використання інструмента STEPS в якості інтегрованого підходу для епідеміологічного спостереження за факторами ризику. Освітлено важливість гармонізації і стандартизації для удосконалення систем збору даних. Предложено варіант структури основних етапів національного інструмента STEPS по контролю над поширенням неінфекційних захворювань і порядок його застосування.

**Ключеві слова:** STEPS, епідеміологічний моніторинг, фактори ризику, неінфекційні захворювання.

**STEPS – the WHO instrument for epidemiological monitoring to risk factors of non-communicable diseases: evolution of main stages and approaches for implementation in Ukraine**

*N.O. Rynhach<sup>1</sup>, L.Y. Vlasyk<sup>2</sup>, L.I. Vlasyk<sup>2,3</sup>*

<sup>1</sup>Ptoukha Institute for Demography and Social Studies of the National Academy of Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>Higher State Educational Institution of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

<sup>3</sup>Medved's Institute of Ecohygiene and Toxicology and became the State research establishment subordinated to the Ministry of Health, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to analyze the evolution of the content of the main stages of STEPS as WHO instrument for control the spread of non-communicable diseases and to develop proposals of its adaptation for the implementation in Ukraine.

**Materials and methods.** Analytical review of documents WHO international evaluation of data collection was carried out. The content analysis WHO training materials and manual survey organizations using STEPS-tools and their results was conducted.

**Results and conclusions.** The results of the analysis of the evolution of the main stages of STEPS as WHO instrument for control the spread of non-communicable diseases risk factors are presented. Actuality of use of STEPS instrument as an integrated approach of epidemiological monitoring of risk factors is substantiated. The importance of harmonization and standardization for improvement of data collection systems is shown. The variant of the structure of the main stages of the national STEPS instrument for control the spread of non-communicable diseases and the procedure for its implementation is proposed.

**Key words:** STEPS, epidemiological monitoring, risk factors, non-communicable diseases.

**Відомості про авторів**

**Рингач Наталія Олександрівна** – д.н.держ.упр., с.н.с., головний науковий співробітник Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; бул. Т. Шевченка, 60, м. Київ, 01032, Україна.

**Власик Любов Йосипівна** – асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»; пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58000, Україна.

**Власик Леонід Іванович** – д.мед.н, професор, провідний науковий співробітник ДП «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки ім. академіка Л.І. Медведя МОЗ України»; вул. Героїв оборони, 6, м. Київ, 03680, Україна; завідувач кафедри гігієни та екології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»; пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58000, Україна.

УДК 616.34-006-079(083.97)(477.87)

Н.О. Рингач<sup>1</sup>, А.О. Керецман<sup>2</sup>, І.М. Рогач<sup>2</sup>

## Скринінг колоректального раку: світовий досвід та підходи до обґрунтування регіональної програми в Закарпатській області

<sup>1</sup>Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України, м. Київ, Україна  
<sup>2</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

**Мета** – на основі аналізу світового досвіду проведення скринінгу колоректального раку обґрунтувати пропозиції з доцільності і масштабів впровадження регіональної програми скринінгу в Закарпатській області.

**Матеріали та методи.** За допомогою бібліосемантичного методу та методу системного аналізу проаналізовано низку зарубіжних джерел щодо основних аспектів онкологічного скринінгу, зокрема, сучасних принципів, світового досвіду і вітчизняних розробок з проблеми впровадження скринінгу колоректального раку. Для обґрунтування регіональної програми скринінгу і розрахунку її охоплення і необхідної кількості тестів використано концепцію каскаду даних. Інформаційною базою були дані офіційної статистики Держстату України щодо реєстрації смертей та чисельності населення.

**Результати та висновки.** Наведено результати аналізу міжнародного досвіду організації програмних заходів із скринінгу колоректального раку різними способами. Обґрунтовано актуальність та доцільність впровадження програми, спрямованої на профілактику і раннє виявлення хвороби, на регіональному рівні. Висвітлено можливості зменшення втрат здоров'я і життя, збереження людських і фінансових ресурсів Закарпатської області за рахунок скринінгу. Обраховано масштаб втручання (охоплення і необхідної кількості тестів) з використанням концепції каскаду даних для обґрунтування програмних заходів з регіонального скринінгу КРР, а також для їх подальшого моніторингу і оцінки.

**Ключові слова:** скринінг, онкологічні захворювання, колоректальний рак, каскад.

### Вступ

Онкологічні захворювання – друга провідна причина смерті в країнах Європи, в т.ч. в Україні – є однією з найактуальніших проблем громадського здоров'я. Враховуючи тенденцію постаріння населення та забруднення довкілля, можна очікувати зростання онкологічної патології: за неутішим прогнозом ВООЗ, до 2032 р. кількість нових випадків раку зросте на 70%, досягнувши 22 млн на рік. Сьогодні, попри зниження рівнів смертності від онкопатології в Європейському регіоні ВООЗ, злоякісні новоутворення обумовлюють 11 років життя, прожитих у нездоров'ї або з інвалідністю (DALYs). Серед європейських країн за поширеністю раку (2,2% населення) Україна посідає 17-те місце [1].

За даними Міжнародної агенції з вивчення раку (IACR) з 12,5 млн випадків вперше зареєстрованого раку третина припадає на рак органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ), з яких більше мільйону – це колоректальний рак. Серед злоякісних пухлин ШКТ колоректальний рак (КРР) знаходиться на другому місці за рівнем смертності (після раку шлунка). За поширеністю серед онкологічних захворювань у жінок ця патологія займає друге місце і третє – у чоловіків. При цьому 5 – річне виживання хворих – лише 56,2% [16].

У структурі захворюваності населення України на рак значну питому вагу мають злоякісні новоутворення шлунково-кишкового тракту (ШКТ), причому істотною є

частка хворих із занедбаними випадками, яка майже досягала п'ятої частини [7].

У країнах, що мають скринінгові програми, смертність від злоякісних новоутворень ШКТ нижча в декілька разів, ніж у країнах, де вони відсутні, що засвідчує ефективність впровадження скринінгу та його актуальність з огляду на медико-соціальне значення цієї патології [10, 14]. Онкологічний скринінг спрямовано на раннє виявлення передракових станів і пухлин, а кінцевим результатом є вчасне втручання та, відповідно, зниження втрат – як людських життів, так і витрат на лікування і догляд. Таким чином, обґрунтування доцільності і масштабів скринінгу на регіональному рівні є інструментом у визначенні пріоритетів протиракової стратегії й ілюструє реальні можливості збереження людських і фінансових ресурсів Закарпатської області.

**Мета роботи** – проаналізувати світовий досвід проведення скринінгу колоректального раку та обґрунтувати пропозиції з доцільності і масштабів впровадження регіональної програми скринінгу в Закарпатській області.

### Матеріали та методи

За допомогою бібліосемантичного методу та методу системного аналізу проаналізовано низку зарубіжних джерел щодо основних аспектів онкологічного скринінгу, зокрема, сучасних принципів,

світового досвіду і вітчизняних розробок із проблеми впровадження скринінгу колоректального раку. Для обґрунтування регіональної програми скринінгу і розрахунку її охоплення і необхідної кількості тестів використано концепцію каскаду даних. Інформаційною базою були дані офіційної статистики Держстату України щодо реєстрації смертей та чисельності населення.

### Результати дослідження та їх обговорення

Як показує міжнародний досвід, тягар онкологічних захворювань можна зменшити на третину за відповідних стратегій профілактики. Міжнародна діяльність з профілактики і боротьби з раком під егідою ВООЗ передбачає пропаганду і політичну прихильність до заходів, спрямованих на зниження впливу чинників ризику розвитку раку, накопичення нових і поширення наявних знань для сприяння підходам у сфері боротьби із раком, заснованим на фактичних даних [1, 9].

В Україні онкологічна патологія посідає друге місце у структурі смертності, з дещо нижчим, ніж у країнах ЄС, показником (стандартизований показник 2013 р. – 153 проти 161,7 на 100 тис. населення). Однак відмінність – у відносно ранній смертності (для населення до 65 р. стандартизований коефіцієнт смертності від ЗН вищий на 35,6%). Нижча зареєстрована захворюваність на рак в Україні обумовлена, з одного боку, коротшою на десятиріччя тривалістю життя, з іншого – пізнім зверненням населення та обмеженими технологічними можливостями діагностики недугу на ранніх стадіях [11]. Створенню об'єктивної картини захворюваності та поширеності злоякісних новоутворень (ЗН) перешкоджають проблеми реєстрації вітального статусу онкохворих, значні регіональні відмінності інформації, що ускладнює реєстрацію і аналіз показників, веде до неврахування регіональних особливостей, соціального складу населення тощо [4, 6].

За даними національного канцер-реєстру України, у 2014 р. рак ШКТ у структурі захворюваності та смертності чоловіків зумовив 23,8% та 28,8% відповідно, жінок – 16,2% та 28,9% [9]. Хоча в Україні у 2009–2014 рр. відмічалось незначне зниження смертності від ЗН органів травлення (на 2,4%), в Закарпатті відмічається її зростання (на 6,5%).

Зазначимо, що найвищі рівні захворюваності у 2014 р. в Україні спостерігались саме для ЗН ободової кишки (22,4 на 100 тис. нас.). У смертність населення від ЗН (як в Україні, так і в Закарпатській області) колоректальний рак вносить свій вагомий внесок. Враховуючи зменшення частки виявлення ЗН органів травлення на профілактичних оглядах як в Україні, так і в Закарпатській області, можна говорити про брак настороги лікарів та населення щодо ЗН ШКТ й недостатню їх профілактику [3].

Для успішної реалізації програм з раннього виявлення онкологічних захворювань необхідні об'єднання зусиль зацікавлених професійних спільнот, державних і громадських структур, широка просвітницька діяльність, створення національних і регіональних програм

з цільовим фінансуванням як із бюджетних, так і з позабюджетних фондів. Впровадження скринінгових програм є одним із найперспективніших напрямків покращення здоров'я нації.

Ситуація щодо скринінгу (активного виявлення осіб з певною патологією або факторами ризику їх розвитку, що базується на проведенні спеціальних діагностичних досліджень) в країнах Європи значно різняться внаслідок існуючих відмінностей у структурах і механізмах фінансування послуг охорони здоров'я. Практичними настановами Всесвітньої гастроентерологічної організації (World Gastroenterology Organisation – WGO) та рекомендаціях Міжнародного протиракового союзу (Union for International Cancer Control – UICC), визнано надійним скринінг-тестом аналіз калу на приховану кров або більш сучасний імунохімічний тест раз на 2 роки для осіб віком 50–74 роки, з наступним проведенням при позитивному результаті колоноскопії та езофагогастроуденоскопії. Менш діагностично прогностичним, але більш доступним і простішим у виконанні є виявлення онкомаркерів у крові. Однак для успішного проведення скринінгу, згідно з практичними рекомендаціями Міжнародного союзу з профілактики раку травної системи (The International Digestive Cancer Alliance – IDCA; 2008) має відбутися ряд послідовних подій: зустріч пацієнта з обізнаним лікарем загальної практики і одержання від нього рекомендацій про необхідність проведення скринінгу; отримання згоди на обстеження; фінансова спроможність; безпосереднє проведення обстеження; визначення групи ризику; своєчасна діагностика і лікування; здійснення подальшого диспансерного спостереження. Якщо хоча б одна з ланок випаде або певний етап програми виконано на недостатньо кваліфікованому рівні, скринінг виявиться невдалим [15].

На сьогоднішній день у розвинутих країнах світу перевага при проведенні скринінгу раку ШКТ надається саме скринінгу колоректального раку (КРР), що пов'язано з його значущістю як причини смертності та захворюваності. Так, за проведеними в 2012 р. оцінками Міжнародного агентства з дослідження раку (International Agency for Research on Cancer – IACR) та згідно з даними епідеміологічних досліджень під егідою ВООЗ, захворюваність на КРР у світі неухильно підвищується. У розвинених країнах рак товстої і прямої кишки – другий за поширеністю вид раку і друга провідна причина смерті серед всіх злоякісних новоутворень. Серед 40 країн Європи Україна за захворюваністю і смертністю від КРР займає 37-ме місце з показником 33,6 та 20,0 на 100 тис. нас., що може здатися невисоким при порівнянні показників європейських країн. Однак, це пояснюється нижчою тривалістю життя наших громадян, а не кращою ситуацією щодо поширеності патології, якщо врахувати, що пік захворюваності припадає на старший (75–80 років) вік [8].

Проблема скринінгу КРР у нашій країні досі залишається невирішеною, найбільш частим поясненням чого виступає відсутність належного фінансування. Проте, як демонструє досвід інших країн, організація

ефективної національної програми скринінгу є досяжною метою.

Дослідження калу на приховану кров як індикатор злоякісного новоутворення шлунково-кишкового тракту відоме і проводиться давно. Раніше хворому пропонувалося принести зразок калу для аналізу за допомогою гваякової проби без попереднього дотримання будь-яких обмежень у харчуванні. Однак цей метод був незабаром відкинтий через велику кількість хибно-позитивних і помилково негативних результатів. Бензидинова проба також була відкинута через часті хибно-позитивні результати, що спричинувало непотрібні дорогі дослідження. Проте у кінці 60-х років у світі повернулися до дещо видозміненої гваякової проби. Згідно цієї модифікації, хворий (перед тим перебуваючи на збагаченій клітковиною дієті, яка не містить м'яса) сам готує по 2 мазки калу на добу протягом 3 днів на спеціальному папері, просоченому гваяколом, і приносить їх у лабораторію. Доведено можливість виявлення за допомогою даного методу раку товстої кишки в ранній стадії, після чого методика дослідження калу на приховану кров з використанням імпрегнованих паперових дисків (гваякова проба) набула широкого використання для скринінгу в різних країнах. Сьогодні в США і Європі найбільше визнання серед методів досліджень калу на приховану кров отримав Гемокульт (імунохімічне дослідження експрес-методом, що дозволяє отримати результат впродовж 3–5 хв.), але поряд з ним використовується і інші аналогічні тести. На додаток до гваякового і ортолдінового хімічних тестів запропонований імунохімічний метод визначення пероксидази, специфічний для людського гемоглобіну. Припускають, що новий метод (неінвазивний, відносно дешевий і доступний) дозволить виключити хибно-позитивні відповіді, зумовлені присутністю нелюдського гемоглобіну або негемоглобінової пероксидази. Є дані (дослідження в штаті Міннесота, США), що щорічний скринінг за допомогою цього тесту сприяють зниженню смертності від КРР на 35%.

В Австралії у 2002–2004 рр. була впроваджена національна програма з скринінгу раку товстої кишки з проведенням імунохімічного гемокульт-тесту, позитивний результат якого служив підставою для здійснення колоноскопії. Цільовій групі населення віком 55–65 років тести надсилались поштою, а в разі позитивного результату пацієнтам рекомендували звернутись до лікаря для проведення наступного етапу скринінгу. Це дало можливість створення Національного реєстру груп з факторами ризику розвитку раку й контролю за ними до встановлення остаточного діагнозу і призначення лікування.

У Брюсселі з 1994 р. програма скринінгу охоплювала близько 10 тис. пацієнтів у віці 50–74 роки, яким на базі лікарень проводилась ректороманоскопія/колоноскопія кожні 5 років, а з 2009 р. стала діяти регіональна програма із застосуванням імунохімічного гемокульт-тесту (кожні 2 роки).

У Канаді у 2002 р. були опубліковані Національні рекомендації з колоректального скринінгу та створено

Канадську скринінгову систему для сумісної діяльності й організації спадкоємності регіонів з його проведення.

Програму скринінгу раку товстої кишки було впроваджено в двох округах Данії та Фінляндії (2004–2006 рр.). Пілотний проект у Данії охоплював пацієнтів віком 50–74 роки та передбачав проведення імунохімічного гемокульт-тесту для постановки остаточного діагнозу. Окрім того, оцінювались відвідуваність пацієнтами скринінгу, розподіл їх за віком і статтю та виявленій патології. У двоетапній фінській програмі у 22 муніципалітетах країни брало участь населення у віці 60–69 років. Програма була побудована як рандомізоване дослідження, половина учасників проходила скринінг, а інша розглядалася як контрольна група на протязі перших шести років. Дані програми діє і сьогодні, проводиться з використанням гваякового тесту, який пацієнти виконують вдома, а результат отримують поштою. В разі позитивного аналізу їх запрошують на додаткове обстеження. Це сприяє ранньому виявленню колоректальних аденом і їх одномоментному видаленню, що є передумовою зниження смертності від КРР [17].

У більшості країнах скринінг КРР має статус національних програм й охоплює населення віком 50–74 роки. Вид скринінгу різниться: так, гваяковий гемокульт-тест рекомендовано в таких державах як Великобританія, Франція, Фінляндія; імунохімічний гемокульт-тест – у Нідерландах, Іспанії та більшості італійських програм; опортуністичний скринінг проводиться в Австрії, Німеччині, Японії, Австралії та Канаді. Прийнято, що користь скринінгу має перевищувати потенційну фізичну і психологічну шкоду і виправдовувати фінансові витрати на його проведення. Слід враховувати принцип «витрати–ефективність», так, якщо колоноскопія коштує у США 1300\$ (у Європі відносно дешевше), то проведення гемокульт-тесту – 15\$. При цьому у Німеччині, Польщі та США тотальна колоноскопія як самостійний метод або як альтернатива іншим методам дослідження стала «золотим стандартом» колоректального скринінгу.

У Казахстані скринінгом на рівні поліклініки охоплено цільову групу від 50 до 70 років. Наприклад, на сайті міського центру ПМСД м. Караганди оголошено, що у поточному році скринінгу підлягають особи певних років народження, яких запрошують на проходження гемокульт-тесту (з проведенням за його результатом колоноскопії у разі потреби). Разом з цим на сайті міститься інформація щодо чинників ризику виникнення КРР, симптомів цього захворювання, пояснення стосовно необхідності та порядку проходження скринінгу.

В Японії поряд із скринінгом КРР проводиться обов'язкова гастроскопія при працевлаштуванні на державну службу. Така передумова значно знижує можливість запущеності ЗН органів травлення [12, 13].

У зв'язку з відсутністю належного державного фінансування та недостатньою розробкою критеріїв для відповідного регіону, за допомогою яких можна виділити групу осіб для поглибленого клініко-інструментального обстеження, в Україні проблема скринінгу раку ШКТ досі залишається невирішеною, відсутні програми скринінгу

хоча б окремих нозологічних форм. Хоча, як демонструють країни з різним рівнем державного устрою, саме з цього можна почати. Так, сусідня Польща демонструє приклад національної програми скринінгу КРР, запровадженої з 2011 р., яка контролюється і фінансується Міністерством охорони здоров'я Польщі. Ще в 2000 р. у країні було розпочато опортуністичний скринінг КРР, коли окремі клініки пропонували пацієнтам обстеження для виявлення колоректальних аденом і одночасне їх видалення. В Україні такі послуги пропонуються переважно приватними клініками, і пов'язані з цим витрати лягають на плечі самих пацієнтів. При цьому наступні етапи програми не виконуються. У Польщі проведення опортуністичного скринінгу стало підготовкою до впровадження національної програми – через навчання значного числа ендоскопістів, здатних виконати на відповідному рівні якісне дослідження товстої кишки з одночасним видаленням виявленого новоутворення. Була створена польська школа колоноскопістів, яка пропонувала тренінг з отримання необхідних навичок, впроваджувалась система оцінки якості скринінгу, яка передбачала обов'язкове надання в МОЗ звітів про проведені дослідження (пізніше навчання та контроль якості здійснювалась і у регіональних скринінгових центрах). Скринінг здійснюється методом випадкового вибору із наявної бази даних про населення віком 55–64 роки. Враховуючи, що неможливо одночасно охопити обстеженням всю кількість населення даної вікової групи, відбирались 10% пацієнтів цієї групи для запрошення на скринінг у поточному році. Після підтвердження участі у скринінгу кожного пацієнта забезпечують препаратом для пероральної підготовки (а до 20% – безкоштовною седацією під час колоноскопії). Всі витрати на патоморфологічне дослідження, підготовку кишечника і проведення седації покриває МОЗ [2].

Таким чином, Польща, завдяки правильній організації і підтримці галузевого міністерства, досягла значних успіхів у ранньому виявленні раку товстої і прямої кишки і попередженні його розвитку у осіб з безсимптомним перебігом.

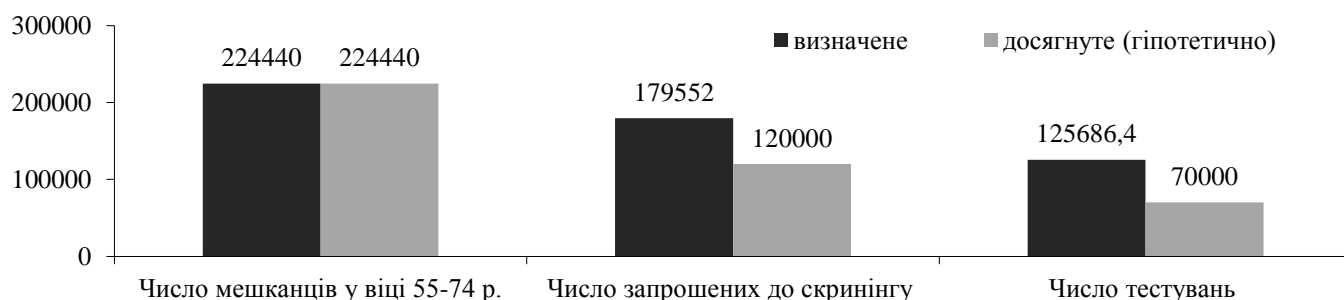
За даними сучасних досліджень [5], в Україні скринінг КРР був би економічно вигідним, і вираш є більшим, ніж від проведення інших видів медичного скринінгу (наприклад, мамографічного). Вигода

зумовлена різницею у вартості порівняно з проведенням інтенсивної хіміотерапії та знеболення при занедбаному КРР, величиною державних витрат при настанні інвалідності або втраті годувальника в родині тощо.

Нами було здійснено спробу обґрунтувати пропозицію з розробки регіональної програми скринінгу КРР та обрахувати масштаб втручання з використанням каскаду даних. Концепція «Каскад даних» базується на континуумі допомоги, або послідовності заходів, необхідних для досягнення бажаної мети (наприклад, ефективного лікування). Каскад Гарднера (Edward Gardner, 2011) розроблено в процесі моніторингу і оцінки програми з профілактики, діагностики та лікування в сфері ВІЛ/СНІДу, але може застосовуватися і в інших сферах. Каскад спершу був налаштований на збір релевантної інформації для визначення рівня втрати пацієнтів на кожному етапі континууму допомоги. Каскад використовується також як ілюстрація ефективності програм; і одночасно – як спосіб комунікації з потужним впливом.

Різні стадії каскаду актуалізують різні типи інтервенції, спосіб легко адаптується до різних програм, стратегій та груп населення і базуються на ключових індикаторах. Важливою властивістю каскаду є визначення масштабу втрат/прогалин у континуумі профілактики, діагностики та лікування в певній сфері. Також метод допомагає усвідомити, на якому етапі програмі не вдається залучити та утримати цільову групу в запланованих заходах, і, відповідно, проаналізувати причини втрат/прогалин або перешкоди цьому процесу. Каскад спроможний надати інформацію для розробки цільових втручань розробки рекомендацій та заходів. Нами запропоновано використовувати каскад (на етапі програми скринінгу, або до направлення на діагностику для встановлення остаточного діагнозу та лікування) для обґрунтування програмних заходів з регіонального скринінгу КРР а також для їх подальшого моніторингу і оцінки.

Якщо прийняти за цільову групу населення віком 55–74 роки (у Закарпатті проживало в 2013 р. 224 440 осіб такого віку), то, за стандартним припущенням, слід запросити 80% (179 552 особи), з яких, своєю чергою, зазвичай на тестування відгукнуться і пройдуть його 70%, тобто 125 686,4 чоловік (рис.).



**Рис.** Приклад каскаду даних регіональної програми зі скринінгу колоректального раку, визначені і гіпотетично досягнуті кількості (абс.)

Якщо здійснювати в середньому обстеження п'ятої частини цільової групи на рік, то число тестувань становитиме близько 25,3 тис. щорічно. Таким чином, слід запланувати закупівлю тестів для скринінгу для цього (вартість одного 80 грн) на рік на суму у 2 024 000 гривень. Досвід свідчить, що тест позитивний в середньому у 2–5% людей, з них в у кожному десятому випадку виявляється рак, а у 20–30% – аденоматозні поліпи. Відповідно до цього каскад (у нашому випадку обмежений) може бути продовжено за позиціями «число позитивних тестів», «число ендоскопій чи рентгеноскопій (80%)» та «число виявлених випадків новоутворень». Як альтернативний варіант у випадку гострої нестачі коштів, скринінг може бути обмежений дослідженням лише групи високого ризику (осіб із запальними захворюванням чи аденомою товстого кишечника або тих, хто мав у сімейному анамнезі рак чи аденому), однак останнє вимагає наявності регіонального реєстру, в якому представлені ці дані.

### **Висновки**

З огляду на тенденції захворюваності і смертності від колоректального раку населення Закарпатської області та соціально-економічну значущість цієї патології обґрунтовано необхідність розробки і впровадження програми скринінгу КРР, спрямованої на профілактику і раннє виявлення хвороби. Скринінг КРР сприятиме

зниженню як захворюваності (за рахунок виявлення і лікування «передракових» захворювань), так і смертності від онкологічних хвороб у Закарпатті, відкриваючи реальні та потенційні можливості подовження тривалості життя населення області та України в цілому.

Економічна вигода від впровадження регіональної програми скринінгу КРР визначається істотною різницею у вартості порівняно з проведенням інтенсивної хіміотерапії у випадку занедбаного раку та величиною державних витрат у вигляді соціальної допомоги в разі тривалої непрацездатності, настання інвалідності або втрати годувальника в родині через смерть людини.

Аналіз світового досвіду проведення скринінгу КРР дозволив рекомендувати перейняття для Закарпаття принципів впровадження національних програмних заходів з скринінгу КРР у Польщі та Фінляндії з створенням і веденням Реєстру. Запропоновано визначити цільовою групою населення віком 55–74 роки з проходженням скринінгу за допомогою імунохімічного тесту раз на два роки. Обраховано, що щорічне число тестувань (близько 25 тис.) може коштуватиме місцевому бюджету 2 млн гривень.

### **Перспективи подальших досліджень**

Аналіз економічної та соціальної ефективності скринінгу колоректального раку на регіональному рівні, моніторинг і оцінки регіональної програми скринінгу.



## Література

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2012. Курс на благополучие [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012. – Режим доступа : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/234911/The-European-health-report-012.-Charting-the-way-to-well-being-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/234911/The-European-health-report-012.-Charting-the-way-to-well-being-Rus.pdf). – Название с экрана.
2. *Здравоохранение* по-польски. В фокусе скрининг колоректального рака / [автор текста редакция Therapia] / Therapia. – 2016. – № 12 (115). – С. 4–6.
3. Керецман А. О. Особливості епідеміології злоякісних новоутворень органів травлення населення Закарпатської області та України за статтю та окремими нозологіями в динаміці за 2009-2014 рр. / А. О. Керецман, Н. О. Рингач // Український журнал медицини, біології та спорту. – 2015. – № 2 (12). – С. 99–105.
4. Медведовська Н. В. Регіональні особливості захворюваності на онкологічну патологію та її профілактика в сучасних умовах / Н. В. Медведовська // Здоров'я нації. – 2012. – № 4 (24). – С. 9–14.
5. Михайлов Ю. Й. Практичні аспекти впровадження скринінгу колоректального раку в Україні. Соціально-економічне обґрунтування / Ю. Й. Михайлов, А. В. Журбенко, О. В. Сумкіна // Клінічна онкологія. – 2013. – № 3 (11). – С. 6–10.
6. Рак в Україні, 2008–2009. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби : бюлетень Нац. канцер-реєстру України. – Київ : Нац. інститут раку, 2009. – № 11. – 121 с.
7. Рак в Україні, 2013–2014. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби : бюлетень Нац. канцер-реєстру України. – Київ : Нац. інститут раку, 2015. – № 16. – 124 с.
8. Режим доступу : [http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla\\_263468001488825607&ind=1520](http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_263468001488825607&ind=1520).
9. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно – епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / За ред. Р. В. Богатирьової – К., 2012. – 440 с.
10. Cancer control: Early detection. WHO guide for effective programmes. – Geneva : World Health Organization, 2007. – 50 p.
11. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012 / J. Ferlay, E. Steliarova-Foucher, J. Lortet-Tieulent [et al.] // Eur. J. Cancer. – № 49. – P. 1374–1403.
12. Cancer screening in the United States, 2014: a review of current American Cancer Society guide lines and current issues in cancers screening / R. A. Smith, D. Manassaram-Baptiste, D. Brooks [et al.] // C.A. Cancer J. Clin. – 2014. – 64:30–51.10.3322/caac.21212 [PubMed].
13. Colorectal cancer: from prevention to personalized medicine / G. Binefa, F. Rodríguez-Moranta, A. Teule, M. Medina-Hayas // World J. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 20. – 6786–808.10.3748/wjg.v20.i22.6786 [PubMed].
14. European guide lines for quality assurance in colorectal cancers screening and diagnosis. – First Edition / Ed. N. Segnan, J. Patnick, L. Von Karsa. – IARC-WHO. – 2010. – 387 p.
15. Gastroenterology Organisation / International Digestive Cancer Alliance Practice Guideliens: Colorectal cancer screening / S. Winawer, M. Claseen, R. Lambert [et al.] ; WGO, Milwaukee, 2008. – 18 p.
16. Homer M.J. SEER Cancer Statistics Review 1975-2006 / M. J. Homer, L. A. G. Ries, M. Krapcho [et al.] // National Cancer Institute. Bethesda. – 2009. – P. 107.
17. World wide variations in colorectal cancer / M. M. Center, A. Jemal, R. A. Smith, E. Ward // CA Cancer J. Clin. – 2009. – Vol. 59. – 366–78.10.3322/caac.20038 [PubMed]

Дата надходження рукопису до редакції: 05.04.2017 р.

**Скрининг колоректального рака:  
мировий досвід і підходи до обґрунтування  
регіональної програми в Закарпатській області**

*Н.А. Рынґач<sup>1</sup>, А.А. Керецман<sup>2</sup>, І.М. Рогач<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ГВУЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

**Цель** – на основі аналізу світового досвіду проведення скринингу колоректального рака обґрунтувати пропозиції щодо доцільності та масштабу впровадження регіональної програми скринингу в Закарпатській області.

**Матеріали і методи.** С допомогою бібліосемантичного методу та методу системного аналізу проаналізовано ряд зарубіжних джерел з основних аспектів онкологічного скринингу, зокремові, сучасними принципами, світовому досвіду, та вітчизняними розробками щодо проблеми впровадження скринингу колоректального рака. Для обґрунтування регіональної програми скринингу та розрахунку її охоплення та необхідної кількості тестів використано концепцію каскада даних. Інформаційною базою були дані офіційної статистики Госстата України по реєстрації смертей та чисельності населення.

**Результати і висновки.** Приведено результати аналізу міжнародного досвіду організації програмних заходів по скринингу колоректального рака різними способами. Обґрунтовано актуальність та доцільність впровадження програми, спрямованої на профілактику та раннє виявлення захворювання, на регіональному рівні. Представлено можливості зменшення втрат здоров'я та життя, збереження людських та фінансових ресурсів Закарпатської області за рахунок скринингу. Розраховано масштаб втручання (охоплення та необхідна кількість тестів), з використанням концепції каскада даних для обґрунтування програмних заходів по регіональному скринингу КРР, а також для їх подальшого моніторингу та оцінки.

**Ключові слова:** скрининг, онкологічні захворювання, колоректальний рак, каскад.

**Screening for colorectal cancer: world experience  
and approaches to reasoning regional programs  
in Transcarpathian region**

*N.O. Rynhach<sup>1</sup>, A.O. Keretsman<sup>2</sup>, I.M. Rogach<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Institute of Demography and Social Studies of M.V. Ptukha NAS of Ukraine, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

**Purpose** – by analyzing international experience of screening for colorectal cancer justify proposals for feasibility and implementation of regional scale screening programs in Transcarpathian region.

**Materials and methods.** With bibliosemantic method and system analysis method analyzed a number of foreign sources on major aspects of cancer screening, including modern principles of international experience and domestic developments on the issue of the introduction of screening for colorectal cancer. To study the regional screening program and calculation of coverage and the required number of tests used the concept stage data. The information base by official statistics State Statistics Service of Ukraine concerning the registration of deaths and population.

**Results and conclusions.** The results of the analysis of the international experience of program activities in screening for colorectal cancer in different ways. Actuality and feasibility of implementing programs aimed at prevention and early detection of disease at the regional level. Deals with the possibility of reducing the loss of health and life, maintaining human and financial resources Transcarpathian region due to screening. Been calculated scale intervention (coverage and the required number of tests), using the concept stage study data for program activities Regional CRC screening and for subsequent monitoring and evaluation.

**Key words:** screening, oncology diseases, colorectal cancer stage, cascade.

**Відомості про авторів**

**Ринґач Наталія Олександрівна** – д.н.держ.упр., с.н.с., головний науковий співробітник Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; бул. Т. Шевченка, 60, м. Київ, 01032, Україна.

**Керецман Анжеліка Олексіївна** – асистент кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

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

УДК 614.2:616-082:002(477.87)

І.М. Рогач, Р.Ю. Погорляк, Д.Я. Шуп

## Щодо рівня забезпеченості інформаційними технологіями ланки ПМСД Закарпатської області

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

**Мета** – вивчити рівень інформатизації закладів охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги Закарпатської області.

**Матеріали та методи.** Проведено опитування сімейних лікарів первинної ланки методом анкетування на основі спеціально розроблених анкет. Опитано 176 лікарів. Із числа опитуваних сімейні лікарі становили 40,91%, лікарі-терапевти дільничні – 42,05%, лікарі-педіатри дільничні – 17,05%. Серед опитаних чоловіки склали 20,45%, жінки – 79,55%.

**Результати.** Наведено результати дослідження щодо комп'ютеризації та використання інформаційних технологій у сімейних амбулаторіях і центрах ПМСД.

**Висновки.** Встановлено високий рівень комп'ютеризації та підключення до мережі Інтернет сімейних амбулаторій та центрів ПМСД Закарпатської області. Усі респонденти високо оцінили результати використання інформаційних технологій на робочому місці.

**Ключові слова:** сімейні амбулаторії, центри первинної медико-санітарної допомоги, комп'ютеризація, інформаційні технології, використання.

### Вступ

В Україні проводиться активна робота з інформатизації сфери охорони здоров'я [1, 5, 12]. У науковій літературі опубліковано значну кількість робіт в яких висвітлюються міжнародний досвід [4], напрямки інформатизації [2, 3], організаційні підходи [7] та переваги застосування інформаційних технологій [8, 12]. Водночас проводиться реформування системи надання медичної допомоги [9, 11] з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини [10]. Мережу підрозділів складають сімейні амбулаторії [6].

Державна політика інформатизації охорони здоров'я є складовою частиною державної політики інформатизації в Україні, яка спрямована на ефективний розвиток системи охорони здоров'я населення. Одним із ключових моментів у створенні ефективної інфраструктури охорони здоров'я є його інформатизація, тобто створення єдиного інформаційного простору для всіх зацікавлених сторін: пацієнтів, лікарів, закладів охорони здоров'я та органів управління охороною здоров'я. Основною метою інформатизації є підвищення ефективності управління охороною здоров'я.

В умовах прискореного технічного прогресу особливої актуальності набуває подальше впровадження інформаційних технологій у різні сфери медицини. Останнім часом накопичено позитивний досвід застосування інформаційних технологій в управлінні охороною здоров'я, комп'ютерній діагностиці (у тому числі телемедичній діагностиці), в медичній освіті та науці. За роки незалежності в державі проведена значна робота з формування теоретичних основ та практичного

застосування в охороні здоров'я новітніх комп'ютерних технологій. Розроблена і успішно втілюється в життя Концепція державної політики інформатизації охорони здоров'я в Україні.

Державною політикою інформатизації охорони здоров'я передбачено заходи, спрямовані на ліквідацію відставання в цій сфері від передових світових держав і прискорення входження в інформаційний простір міжнародного співтовариства з метою підняття на сучасний рівень системи практичної медицини, медичної освіти та науки.

Загальні показники здоров'я населення України залишають незаперечним той факт, що урегулювання взаємодії лікаря первинної ланки та пацієнта є пріоритетним напрямком в організації надання медичної допомоги населенню. Тому прискорення впровадження інформаційних технологій у роботу закладів ПМСД дозволить значно оптимізувати медичне обслуговування населення.

Основними цілями впровадження процесу інформатизації первинної ланки охорони здоров'я можна назвати:

- підвищення якості управління закладом у цілому;
- забезпечення якісного поточного контролю за показниками роботи закладу та експертизи якості надання медичної допомоги;
- спрощення формування обліково-звітної документації за рахунок комплексного впровадження електронної медичної картки та статистичного талона пацієнта;
- оптимізація штату медичного персоналу закладів ПМСД;

– скорочення часу оформлення медичної документації;

– виділення більшого часу на спілкування з пацієнтом, зменшення черг у лікувальних закладах, що, своєю чергою, призводить до збільшення числа населення, що задоволені медичною допомогою.

На сьогодні стає все більше закладів охорони здоров'я, що мають комплексні системи автоматизації діагностичного процесу для ведення медичної документації в електронному форматі (амбулаторної картки, історії хвороби тощо). Але залишаються невирішеними питання забезпечення системою автоматизації робочого місця лікаря в сільській місцевості.

Одними з головних сучасних завдань, що спрямовані на забезпечення якості медичної допомоги населенню і що зазначені в проєкті Концепції управління якістю медичної допомоги в галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 р., є розвиток інформатизації охорони здоров'я і впровадження новітніх медичних інформаційних технологій.

Як відомо, суттєвий внесок у зменшення втрат здоров'я активної частини населення забезпечують такі форми медичного обслуговування, як ПМСД, швидка медична допомога, реанімація, акушерство тощо. Тому інформатизація цих служб розглядається як стратегічний і пріоритетний напрям побудови єдиного медичного

інформаційного простору, спрямований на покращення управління роботою системи лікувально-профілактичної допомоги.

**Мета роботи** – вивчити рівень інформатизації закладів охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги Закарпатської області.

### Матеріали та методи

Опитування сімейних лікарів первинної ланки здійснено методом анкетування на основі спеціально розроблених анкет.

Для обробки результатів дослідження використано загальновідомі методи статистичної обробки.

### Результати дослідження та їх обговорення

Опитуванням охоплено 176 лікарів. Із числа опитуваних сімейні лікарі становили 40,91%, лікарі-терапевти дільничні – 42,05%, лікарі-педіатри дільничні – 17,05%. Серед опитаних чоловіки склали 20,45%, жінки – 79,55%.

На першому етапі дослідження вивчено та проаналізовано рівень комп'ютеризації та інформатизації сільських сімейних амбулаторій. Отримані результати наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

### Рівень комп'ютеризації та інформатизації сільських сімейних амбулаторій (%)

Показник	Так	Ні
Чи є комп'ютери в закладі охорони здоров'я	100	-
Якщо маєте комп'ютери, чи ними забезпечені всі робочі місця лікарів	48,5	51,5
Ви маєте 1 комп'ютер на 3 і більше лікарів	51,5	48,5
Чи маєте доступ до мережі Інтернет	82,3	17,7
Чи співставляються програми, які Ви використовуєте, з програмами інших закладів охорони здоров'я, з якими Ви співпрацюєте	47,3	52,7
<i>Використання інформаційних технологій на робочому місці</i>		
Полегшує Вашу роботу в цілому	88,2	11,8
Скорочує затрати часу для підготовки статистичних звітів	94,0	6,0
Потребує додаткового часу	82,3	17,7
Хоч часткового замінює роботу з паперовими носіями інформації	90,0	10,0
Підвищує якість надання медичної допомоги	81,5	18,5

Аналіз наведених даних в табл. 1 вказує на те, що всі сільські сімейні амбулаторії, в яких працюють опитані лікарі, комп'ютеризовані, при чому у 48,5% із них всі робочі місця мають персональний комп'ютер. У 51,5% сільських сімейних амбулаторіях 1 комп'ютер мається на 3 і більше робочих місць лікарів. Позитивним є те, що 82,3% комп'ютерів мають доступ до мережі Інтернет. Негативом є те, що 52,7% програм, що використовуються в професійній діяльності не співставляються з інформаційними програмами інших закладів охорони здоров'я.

У ході соціологічного дослідження лікарі-респонденти достатньо високо оцінили результати

використання інформаційних технологій на робочому місці. Так, 94,0% вказали на те, що використання інформаційних технологій скорочує затрати часу для підготовки статистичних звітів, а 90,0% вказали на те, що їх використання замінює роботу з паперовими носіями інформації. При цьому 82,3% опитаних вказало на потребу додаткового часу при використанні інформаційних технологій.

Далі вивчено та проаналізовано рівень комп'ютеризації та інформатизації сімейних амбулаторій, які функціонують у містах. Отримані результати наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

## Рівень комп'ютеризації та інформатизації міських сімейних амбулаторій (%)

Показник	Так	Ні
Чи є комп'ютери в закладі охорони здоров'я	100	-
Якщо маєте комп'ютери, чи ними забезпечені всі робочі місця лікарів	92,0	8,0
Ви маєте 1 комп'ютер на 3 і більше лікарів	8,0	92,0
Чи маєте доступ до мережі Інтернет	100	-
Чи співставляються програми, які Ви використовуєте, з програмами інших закладів охорони здоров'я, з якими Ви співпрацюєте	74,3	25,7
<i>Використання інформаційних технологій на робочому місці</i>		
Полегшує Вашу роботу в цілому	95,2	4,8
Скорочує затрати часу для підготовки статистичних звітів	100	-
Потребує додаткового часу	72,3	27,7
Хоч часткового замінює роботу з паперовими носіями інформації	94,5	5,5
Підвищує якість надання медичної допомоги	92,5	7,5

Аналіз наведених даних у табл. 2 вказує на високий рівень комп'ютеризації та інформатизації міських сімейних амбулаторій. Так, всі сімейні амбулаторії, які функціонують у містах, комп'ютеризовані та мають доступ до мережі Інтернет. При цьому 74,3% програм, що використовуються в професійній діяльності, співставляються з інформаційними програмами інших закладів охорони здоров'я.

У ході соціологічного дослідження лікарі-респонденти міських сімейних амбулаторій теж достатньо високо оцінили результати використання інформаційних технологій на робочому місці. Так,

100,0% вказали на те, що використання інформаційних технологій скорочує затрати часу для підготовки статистичних звітів, а 94,5% вказали на те, що їх використання замінює роботу з паперовими носіями інформації. При цьому 92,5% опитаних вказали на те, що використання інформаційних технологій сприяє покращенню якості медичної допомоги, що надається сімейними лікарями.

Наступним кроком дослідження стало вивчення та проведення аналізу рівня комп'ютеризації та інформатизації центрів ПМСД. Отримані результати наведено в таблиці 3.

Таблиця 3

## Результати соціологічного опитування працівників центрів ПМСД (%)

Показник	Так	Ні	
Чи забезпечене комп'ютером робоче місце головного лікаря	100	-	
Чи забезпечені комп'ютерами робочі місця заступників головного лікаря	100	-	
Чи забезпечені комп'ютерами робочі місця бухгалтерії	100	-	
Чи забезпечені комп'ютерами робочі місця відділу кадрів	100	-	
Чи забезпечені комп'ютерами робочі місця господарської служби	65,0	35,0	
Чи підключені до мережі Інтернет комп'ютери головного лікаря	100	-	
Чи підключені до мережі Інтернет комп'ютери заступників головного лікаря	100	-	
Чи підключені до мережі Інтернет комп'ютери бухгалтерії	100	-	
Чи підключені до мережі Інтернет комп'ютери відділу кадрів	100	-	
Чи підключені до мережі Інтернет комп'ютери господарської служби	100	-	
Чи підтримуєте ініціативу створення єдиної бази пацієнтів за допомогою інформаційних технологій	71,2	28,8	
Чи вважаєте достатнім рівень доступу пацієнтів до інформації стосовно медичних закладів та їхньої діяльності	21,5	78,5	
Чи поліпшився стан інформатизації галузі за час реформи на засадах сімейної медицини	57,0	43,0	
<i>Використання інформаційних технологій на робочому місці</i>	Полегшує Вашу роботу в цілому	100	-
	Скорочує затрати часу для підготовки статистичних звітів	100	-
	Потребує додаткового часу	92,8	7,2
	Хоч часткового замінює роботу з паперовими носіями інформації	95,2	4,8
	Поліпшує якість надання медичної допомоги	85,7	14,3

Аналіз наведених даних у табл. 3 вказує на те, що центри ПМСД повністю комп'ютеризовані та підключені до мережі Інтернет. При цьому 57,0% респондентів відмітили, що стан інформатизації галузі під час реформи на засадах сімейної медицини покращився. Усього 21,5% респондентів вважає достатнім рівень доступу пацієнтів до інформації стосовно медичних закладів та їхньої діяльності, а 71,2% підтримує ініціативу створення єдиної бази пацієнтів за допомогою інформаційних технологій.

У ході соціологічного дослідження працівники центрів ПМСД достатньо високо оцінили результати використання інформаційних технологій на робочому місці. Так, 100,0% вказали на те, що використання інформаційних технологій полегшує роботу в цілому та скорочує затрати часу для підготовки статистичних звітів, а 95,2% вказали на те, що їх використання хоч частково але замінює роботу з паперовими носіями інформації. При цьому 85,7% опитаних відмітили, що використання інформаційних технологій сприяє покращенню якості медичної допомоги, що надається сімейними лікарями. Проте, на думку 92,8% респондентів, використання інформаційних технологій потребує додаткового часу.

Позитивно на подальші питання анкети відповіла наступна частка респондентів: ваш заклад охорони здоров'я потребує придбання комп'ютерної техніки – 92%; ваше робоче місце необхідно забезпечити комп'ютером – 35%; у своїй професійній діяльності Вам потрібний доступ до мережі Інтернет – 100%; готові навчатися більш досконалому використанню комп'ютерної техніки – 85%; вважає за потрібне підвищення кваліфікації медичних сестер в роботі з інформаційними технологіями – 92%.

### Висновки

Встановлено високий рівень комп'ютеризації та підключення до мережі Інтернет сімейних амбулаторій та центрів ПМСД Закарпатської області. У ході соціологічного дослідження всі опитані сімейні лікарі та працівники центрів ПМСД високо оцінили результати використання інформаційних технологій на робочому місці.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням використання інформаційних технологій в управлінській та клінічній діяльності.

### Література

1. Гусев А. В. Информационная система в медицине – концептуальная модель [Электронный ресурс] / А. В. Гусев, И. П. Дуданов, Ф. А. Романов. – Режим доступа : <http://surgery.karelia.ru/concept-model.php3>. – Название с экрана.
2. Інформаційне забезпечення управлінської діяльності в умовах інформатизації: організаційно-правові питання теорії і практики / Р. А. Калужний, В. О. Шамрай, М. Я. Швець [та ін.]. – Київ, 2002. – 252 с.
3. Кованська В. А. Пути совершенствования информационного обеспечения системы здравоохранения в современных условиях / В. А. Кованська, В. И. Дячишин, В. В. Гунькова // Матеріали 3-го з'їзду соціальних гігієністів та організаторів охорони здоров'я. Ч.1. – Київ, 1996. – С. 145–147.
4. Кривенко Є. М. Міжнародні підходи до комунікацій в охороні здоров'я / Є. М. Кривенко // Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій : Міжнар. наук.-практ. конф., м. Херсон, 30–31 травня 2013 р. : тези доп. – Херсон, 2013. – С. 96–98.
5. Кривенко Є. М. Розвиток інформаційного забезпечення сфери охорони здоров'я / Є. М. Кривенко, Д. Д. Дячук, М. А. Знаменська // Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. : монографія ; за ред. Р. О. Моїсеєнко, Г. О. Слабкого. – С. 248–254.
6. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – Київ, 2009. – С. 30–31.
7. Лещук Н. М. Методика дослідження структури і обсягів інформаційних потоків та інформаційних потреб на різних рівнях управління охороною здоров'я / Н. М. Лещук, Г. О. Слабкий, Є. М. Кривенко // Український журнал телемедицини та медичної телематики. – 2009. – Т. 7, № 1 : матеріали V Міжнар. конф. «Телемедицина – досвід та перспективи», м. Донецьк, 11–13 березня 2009 р. – Донецьк, 2009. – С. 111.
8. Лузгарева О. И. Значение информации в управлении региональной системой здравоохранения [Электронный ресурс] / О. И. Лузгарева. – Режим доступа : [conference.kemssu.ru](http://conference.kemssu.ru). – Название с экрана.
9. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – Київ, 2011. – 149 с.
10. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
11. Реформування галузі охорони здоров'я : Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення : монографія / В. В. Лазоришинець, Р. В. Салютін, Г. О. Слабкий, М. А. Знаменська [та ін.]. – Київ, 2014. – 207 с.
12. Розробка інформаційно-програмного забезпечення для потреб охорони здоров'я України (медико-технічні вимоги) : методичні рекомендації. – Київ, 2006. – 28 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.04.2017 р.

**Об уровне обеспеченности информационными технологиями звена ПМСП Закарпатской области**

*И.М. Рогач, Р.Ю. Погоріляк, Д.Я. Шип*  
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

**Цель** – изучить уровень информатизации учреждений здравоохранения первичного уровня оказания медицинской помощи Закарпатской области.

**Материалы и методы.** Проведен опрос семейных врачей первичного звена методом анкетирования на основе специально разработанных анкет. Опрошено 176 врачей. Из числа опрошенных семейные врачи составили 40,91%, врачи-терапевты участковые – 42,05%, врачи-педиатры участковые – 17,05%. Среди опрошенных мужчины составили 20,45%, женщины – 79,55%.

**Результаты.** Представлены результаты исследования по компьютеризации и использования информационных технологий в семейных амбулаториях и центрах ПМСП.

**Выводы.** Установлен высокий уровень компьютеризации и подключения к сети Интернет семейных амбулаторий и центров ПМСП Закарпатской области. Все респонденты высоко оценили результаты использования информационных технологий на рабочем месте.

**Ключевые слова:** семейные амбулатории, центры первичной медико-санитарной помощи, компьютеризация, информационные технологии, использование.

**About the level of using information technology in primary care section of Transcarpathian region**

*I.M. Rohach, R.Y. Pohorilyak, D.Y. Shyp*  
SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

**Purpose** – explore the level of informatization of health care on primary stage of Transcarpathian region.

**Materials and methods.** The survey of family primary care physicians was carried out using questionnaires based on specially designed questionnaires. We interviewed 176 physicians. Of the surveyed family doctors accounted for 40.91%, district doctors – internists 42.05% and 17.05% – pediatricians. Among those polled 20.45% were men and 79.55% women.

**Results.** Presented results of the study on computerization and use of information technology in family outpatient centers and primary care.

**Conclusions.** Discovered high level of computerization and connectivity to the Internet family clinics and primary care centers of Transcarpathian region. All respondents praised the results of the use of information technology in the workplace.

**Key words:** family outpatient clinics, centers of primary care, computerization, information technology, using.

**Відомості про авторів**

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

**Погоріляк Рената Юрївна** – к.мед.н., завідувач кафедри здоров'я людини та гуманітарних дисциплін медичного факультету № 2 ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Шип Денис Ярославович** – асистент кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 312.6:616.89:001.8(477)

О.П. Романів, А.Р. Іваць, К.М. Погоріляк

## Втрачені роки здорового життя внаслідок психічних захворювань у Закарпатському регіоні

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

**Мета** – визначити кількість років працездатності, які населення Закарпатської області втрачає через розлади психіки, поведінки та вживання психоактивних речовин, а також виявити структуру цих втрат.

**Результати.** У Закарпатській області за 2016 р. індекс DALY унаслідок розладів психіки та поведінки становить 695 років життя у розрахунку на 100 тис. населення. У структурі індексу DALY показник YLD становить 70,2%, тобто майже 500 «працездатних» років люди втрачають унаслідок розладів психіки та поведінки.

**Висновки.** Розлади психіки та поведінки є вагомою причиною втрати років якісного, продуктивного, повноцінного життя серед населення Закарпаття, який тягне за собою значні соціальні та економічні втрати. Індекс DALY є показовим для оцінки як соціальних, так і економічних втрат суспільства, а також відображає рівень якості медичної допомоги.

**Ключові слова:** DALY, тягар хвороб, якість життя, втрачені роки життя, психічні захворювання.

### Вступ

На сьогоднішній день важко оцінити збитки, яких зазнає економіка через захворювання психіки та пов'язані з ними стани. Як визначити, який справжній масштаб шкоди, завданої цими розладами? Людина, що тривалий час страждає на психічне захворювання, не здатна повноцінно функціонувати в суспільстві та не може повною мірою реалізувати себе. Питання психічного благополуччя сьогодні є як ніколи актуальними. По всьому світу зафіксоване зростання захворюваності та поширеності психічних розладів та коморбідних станів. Однак, базуючись на сучасних статистичних даних неможливо якісно оцінити реальну завдану шкоду. Найбільш сучасним та достовірним на міжнародному рівні методом для узагальненої оцінки стану здоров'я населення є підрахунок втрачених років здорового життя, які характеризуються показником DALY (Disability adjusted life years) – кількість років життя, втрачених через інвалідність та передчасну смертність [3].

**Мета роботи** – визначити кількість років працездатності, які населення Закарпатської області втрачає через розлади психіки, поведінки та вживання психоактивних речовин, а також виявити структуру цих втрат.

### Матеріали та методи

Використано такі методи: аналітичний, медичної статистики, порівняльний аналіз. Інформаційним джерелом для здійснення дослідження стали матеріали ВООЗ. Щодо методів і джерел інформації для оцінки загального тягара хвороб (за даними ВООЗ на 2015 р.) ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalDALYmethods\\_2000\\_2015.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalDALYmethods_2000_2015.pdf?ua=1)) та статистичні дані

психічного здоров'я населення України (аналітико-статистичний довідник за 2013–2015 роки) [1, 7].

### Результати дослідження та їх обговорення

Отож, що таке DALY? Disability adjusted life years – іншими словами, роки життя, скориговані через непрацездатність. Розраховується як лінійна сума показника очікуваної середньої тривалості життя на момент смерті (YLL), тобто кількості непрожитих років, та показника кількості втрачених років працездатного життя (YLD) (рис. 1) [5]. Таким чином, індекс DALY підсумовує втрати років продуктивної діяльності людини для суспільства. Смертність та захворюваність можна оцінити в одній одиниці вимірювання та представити у вигляді єдиного показника.

Концепція DALY була розроблена Murray та Lopez у ході досліджень, які проводились Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 1990 р. Результати були шокуючими. Виявилось, що 5 з 10 найпоширеніших причин втрати працездатності – психічні захворювання, які забирають близько 28% усіх «працездатних» років населення [1].

Зазвичай, для оцінки втрачених потенційних років життя застосовують показник YLL (очікувана середня кількість втрачених років життя), який розраховується на основі очікуваної тривалості життя в момент смерті [4]. Показник YLD, який відображає кількість втрачених років працездатності, також не дає повного уявлення про те, який масштаб збитків, завданих населенню психічними захворюваннями. Однак такий підхід є неефективним, коли мова йде про психічні захворювання та розлади поведінки, які самі по собі рідко стають причиною смерті. Ці два показники об'єднує індекс DALY.



$$DALY = YLL + YLD$$

YLL - кількість непрожитих років

YLD - кількість років, втрачених через непрацездатність



Рис. 1. Індекс DALY

Відомо, що у людей з психічними захворюваннями тривалість життя в середньому скорочується на 10 років, порівняно зі здоровим населенням. Загальний тягар психічних захворювань, розладів поведінки та тягар пов'язаних із вживанням психоактивних речовин коливається від 0,011 (зниження інтелекту) до 0,697 (наркотична залежність від героїну) [6].

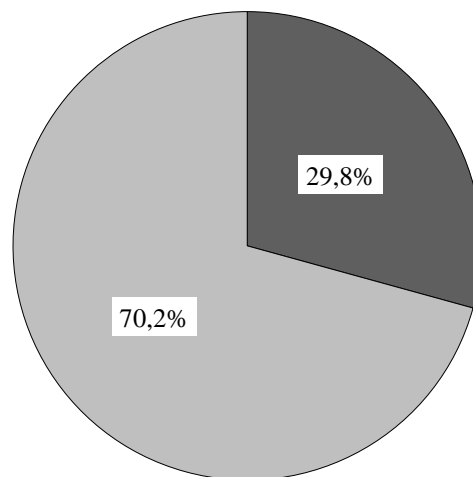
Колективом авторів проаналізовано дані WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000–2015 та аналітико-статичний довідник за 2013–2015 «Психічне здоров'я населення України» [1, 7]. Після проведених розрахунків встановлено, що в Закарпатській області в 2016 р індекс DALY внаслідок розладів психіки та поведінки становить 695 років життя у розрахунку на 100 тис. населення. Для визначення показника YLL використано дані про смертність від психічних захворювань (number of deaths) та дані про середню тривалість життя психічно хворих (standard life expectancy at age of death in years), він становив 207 років життя на 100 тис. населення. Для визначення показника YLD використані дані про захворюваність (number of incident cases), тягар хвороби (disability weight) та середня тривалість випадку психічного захворювання від моменту виявлення до ремісії або смерті (average duration of the case until remission or death (years), він склав 488 років на 100 тис. населення.

У структурі індексу DALY показник YLD становить 70,2% (488 р. на 100 тис.), (рис. 2). Таким чином, ми бачимо що майже 500 «працездатних» років люди втрачають внаслідок розладів психіки та поведінки. З них 22,1% (107,9) припадає на шизофренію, шизотипові та маячні розлади (F 20–29), на розлади настрою та афективні розлади (F 30–39) припадає 6,5% (27,6) та на невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади (F 40–49) – 20% (97,5) (рис. 3).

### Висновки

Розлади психіки та поведінки є вагомою причиною втрати років якісного, продуктивного, повноцінного життя серед населення Закарпаття, який тягне за собою значні соціальні та економічні втрати. Індекс DALY є показовим для оцінки як соціальних, так і економічних втрат суспільства, а також відображає рівень якості медичної допомоги.

Для розрахунку економічних втрат необхідно співвіднести індекс DALY з даними по середній заробітній платі.



- YLL (втрачені роки через передчасну смерть)
- YLD (втрачені роки працездатності)

Рис. 2. Структура індексу DALY

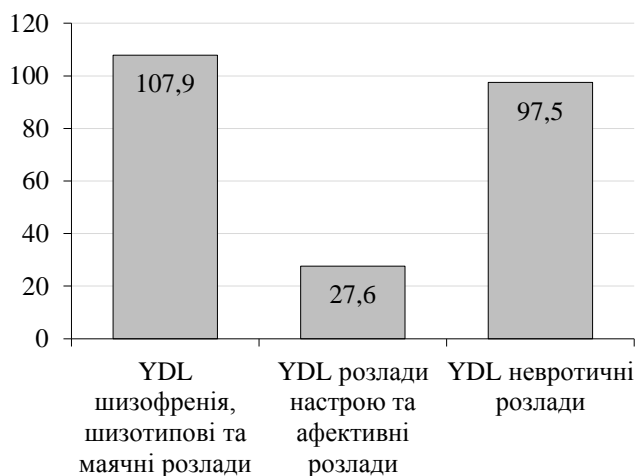


Рис. 3. Структура показника YLD (роки)

### Перспективи подальших досліджень

А для визначення якості медичної допомоги необхідно співвіднести дані індексу DALY з даними

ефективності лікування, які слід розрахувати для психіатричної служби Закарпатської області. Що в подальшому може слугувати індикатором ефективності лікування.

### Література

1. *Психічне здоров'я населення України : аналітико-статичний довідник за 2013–2015 роки.* – Київ, 2016.
2. *Disability-Adjusted Life Years: a critical review // Journal of Health Economics.* – 1997. – Vol. 16. – P. 685–702.
3. *Encyclopaedia of Public Health: Disability Adjusted Life Years (DALYs) 2010 [Electronic resource].* – Access mode : [https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4020-5614-7\\_807](https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4020-5614-7_807). – Title from screen.
4. *Insel T. Mortality and Mental Disorders [Electronic resource] / Post by Former NIMH Director Thomas Insel.* – 2015. – Feb. 24. – Access mode : <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2015/mortality-and-mental-disorders.shtml>. – Title from screen.
5. *Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY) 1 [Electronic resource].* – Geneva : WHO, 2010. – Access mode : [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/metrics\\_daly/en](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en). – Title from screen.
6. *Walker E. R. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis / E. R. Walker, R. E. McGee, B. G. Druss // JAMA Psychiatry.* – 2015. – Apr.; Vol. 72 (4). – P. 334–341. – doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502.
7. *WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000–2015.* Department of Information, Evidence and Research [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2017. – Access mode : [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalDALYmethods\\_2000\\_2015.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalDALYmethods_2000_2015.pdf?ua=1). – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.04.2017 р.

## Потерянные годы здоровой жизни вследствие психических заболеваний в Закарпатском регионе

*А.П. Романив, А.Р. Иваць, Е.Н. Погоріляк*  
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

**Цель** – определить количество лет работоспособности, которые население Закарпатской области теряет из-за расстройств психики, поведения и употребления психоактивных веществ, а также выявить структуру этих потерь.

**Результаты.** В Закарпатской области за 2016 г. индекс DALY вследствие расстройств психики и поведения составляет 695 лет жизни в расчете на 100 тыс. населения. В структуре индекса DALY показатель YLD составляет 70,2%, то есть почти 500 «трудоспособных» лет люди теряют вследствие расстройств психики и поведения

**Выводы.** Расстройства психики и поведения являются весомой причиной утраты лет качественной, производительной, полноценной жизни у населения Закарпатья, которая влечет за собой значительные социальные и экономические потери. Индекс DALY является показательным для оценки как социальных, так и экономических утрат общества, а также отражает уровень качества медицинской помощи.

**Ключевые слова:** DALY, бремя болезней, качество жизни, потерянные годы жизни, психические заболевания.

## The lost years of healthy life due to mental illness in the Transcarpathian region

*O.P. Romaniv, A.R. Ivats, K.M. Pohorilyak*  
SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

**Purpose** – to determine the number of years of efficiency that people of Transcarpathian region loses due to mental illness, behavior disorders and substance use, the structure of these losses.

**Results.** In the Transcarpathian region in the 2016 index DALYs due to mental and behavioral disorders is 695 years of life per 100,000 population. In the DALY's structure index YLD rate is 70.2%, almost 500 “able-bodied” people lose years due to mental and behavioral disorders.

**Conclusions.** Mental and behavioral disorders is a significant cause of loss of years of high-quality, productive, full life of the population of Transcarpathia, which entails considerable social and economic costs. Index DALY estimates are indicative of social and economic losses of society and reflects the level of quality of care.

**Key words:** DALY, burden of disease, quality of life, lost years of life, mental illness.

### Відомості про авторів

**Романив Олександр Петрович** – к.мед.н., завідувач психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру, директор МЦ «Нейромед», асистент кафедри пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Иваць Анна Романівна** – інтерн, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Погоріляк Катерина Миколаївна** – лікар-психіатр МЦ «Нейромед», клінічний ординатор, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

## Перинатальний період як особливий етап становлення особливостей психічного здоров'я особистості

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

**Мета** – визначити характеристики перинатального періоду як особливого періоду онтогенезу та дослідити вплив перинатального досвіду на подальший розвиток психіки особистості.

**Матеріали:** публікації, присвячені питанням вікової та перинатальної психології.

**Метод:** інформаційно-аналітичний.

**Результати та висновки.** Сучасні дослідження показали, що перинатальний період розвитку визначає не тільки фізичне, але й психічне здоров'я дитини. Проаналізовано вплив перинатального досвіду на становлення особистості. Виявлено, що метою перинатального виховання являється встановлення міцного взаємозв'язку батьків із дитиною, створення оптимальних умов для гармонійного розвитку дитини до і після народження.

**Ключові слова:** перинатальний період, перинатальний досвід, психічне здоров'я, онтогенез.

### Вступ

«Життя дитини в утробі матері – вічність, життя дорослої людини – мить» (слова рос. письменника Л. Толстого). Виховує маленьку дитину ставлення до неї всіх, хто її оточує, передусім батьків. Межа між вихованням дитини і ставленням до неї незначна, оскільки виховання є проєкцією, відображенням ставленням до дитини [4]. Дослідження ранніх етапів онтогенезу людини є однією з центральних проблем психології. В останні десятиріччя предметом активного наукового пошуку став внутрішньоутробний розвиток дитини. Довгий час психічний розвиток дитини до народження не дооцінювали. Сучасні відкриття в медицині, нейробіології, філософії, педагогіці, психології розширили наукові знання про особливості цього унікального періоду розвитку та обумовили виникнення нових галузей знань. Так, теорія ембріонального походження (fetal origins) вивчає критичний вплив внутрішньоутробного розвитку на соматичне та психічне здоров'я та благополуччя людини [12]. Дослідження у сфері перинатології орієнтовані на вивчення впливу психоемоційного стану жінок на здоров'я майбутньої матері, на перебіг її вагітності та на здоров'я дитини. Важливим науковим здобутком стало визнання того факту, що внутрішньоутробний розвиток – це не просто фізичне дозрівання плода, це період активного психічного розвитку, особливий етап становлення особистості. Велика кількість досліджень засвідчили, що період внутрішньоутробного розвитку закладається не тільки фізичне, але й психічне здоров'я дитини та визначає такі важливі характеристики особистості, як ставлення до себе й оточуючих, емоційний та інтелектуальний потенціал, певною мірою, характеристики особистості і характер людини (А. Бергін, Т. Верні, Ш. Ворд (Sh. Ward), А. Марфі (A. Murphy), М. Оден, Н. Фодор, Д. Чемберлен). Під впливом масиву експериментальних досліджень

перинатальний період було включено у вікову періодизацію [1]. Сьогодні вже не виникає сумнівів, що становлення особистості починається не після народження, а раніше і що час до народження – це унікальний, певною мірою критичний період, який закладає основи особистості та впливає на життєвий шлях людини.

**Мета роботи** – визначити характеристики перинатального періоду як особливого періоду онтогенезу та дослідити вплив перинатального досвіду на подальший розвиток психіки особистості.

### Матеріали та методи

У роботі використано публікації, присвячені питанням вікової та перинатальної психології, інформаційно-аналітичний метод.

### Результати дослідження та їх обговорення

Перинатологія – розділ медицини, прицільно спрямований на вивчення періоду життя людини, починаючи з 28 тижня вагітності (маса плода 1000 г) і включає перші 7 днів після народження. Назва перинатології походить від трьох слів: *peri* (грец.) – навколо, біля; *natus* (лат.) – народження; *logos* (лат.) – вчення.

Перинатальний період включає час до пологів – антенатальний, під час пологів – інтранатальний і після пологів – неонатальний періоди. Перинатальний період є надзвичайно важливим для розвитку людини в подальшому, так як до кінця вагітності закінчується внутрішньоутробне формування плоду, в процесі пологів плід піддається впливу багатьох чинників, а протягом перших 7 днів проходить адаптацію до позаутробного життя. У 1976 р. створено Європейське наукове товариство перинатології, після чого вона почала бурхливо розвиватися у всьому світі [3].

Онтогенез – це розвиток живих істот у процесі індивідуального життя від зародження до смерті. Перинатальна психологія – самостійна область психології, яка досліджує закономірності ранніх етапів онтогенезу людини від зачаття до перших років життя. В перинатології людська істота до народження називається зародком, ембріоном, плодом (залежно від терміну вагітності), в перинатальній психології використовуються терміни «пренейт», ненароджена дитина. Важливим став концептуальний перехід від поняття «плода» до «ненародженої», що знаменує визнання перинатального досвіду людини. Перинатальний період відзначається найбільш бурхливим і стрімким розвитком – за кілька місяців маленька клітинка перетворюється у сформовану людську істоту, яка вже має певний досвід і готова до взаємодії у зовнішньому світі.

Проблематика перинатального досвіду стала предметом наукового інтересу в останні десятиріччя. Сучасні відкриття про важливість внутрішньоутробного розвитку дитини обумовили розвиток перинатального виховання. Велика кількість досліджень засвідчили, що перинатальний період розвитку закладає фізичне та психічне здоров'я дитини, визначає такі важливі характеристики особистості, як ставлення до себе й оточуючих, емоційний та інтелектуальний потенціал, певною мірою, риси особистості та характер людини.

Питання становлення психіки людини на найбільш ранніх етапах онтогенезу піднімали такі вчені, як М. Айнсворт, Дж. Боулбі, С. Гроф, О. Ранк, З. Фройд. Так, ще З. Фройд висловлював думку про вплив травми народження на подальше життя людини. О. Ранк цю тему зробив центральною у своїх наукових пошуках. У його фундаментальній праці «Травма народження» визначається вплив цієї події на все подальше життя людини [10]. Саме травма народження, на думку О. Ранка, виступає причиною неврозів людини. Тема травми народження розглядається також у роботах Н. Фодор, Ф. Мод, Ф. Лейк. Вивченню особливостей перинатального розвитку дитини присвячені роботи А. Бертіні, Т. Верні, І. Добряков, Н. Коваленко, М. Одена, Г. Філіппової, Д. Чемберлена. Важливий науковий внесок в розробку проблеми перинатального розвитку зробив С. Гроф, який на основі численних експериментальних досліджень розробив теорію про вплив перинатального досвіду на особистість. Процес внутрішньоутробного розвитку психіки дитини на сьогодні є достатньо вивчений. Уже наприкінці 3-го тижня починає битися серце дитини. На 9-му тижні малюк здатний розрізняти смак навколоплідної рідини і реагувати на нього. З 10–11-го тижня дитина може відчувати дотики, тепло, холод, біль та реагувати на ці імпульси. У 16 тижнів дитина вже може чути – спочатку звуки материнського тіла, а потім і звуки, що доносяться ззовні. Сучасні дослідження свідчать, що діти не лишечують звуки, музику, можуть розрізняти голоси та впізнавати батьків, але й запам'ятовують слова і навіть вивчають рідну мову ще до народження (К. Мун, 2013). На 16-му тижні вже розвинені майже всі форми чутливості. Орієнтовно до 20-го тижня мама починає відчувати рухи малюка та

може встановлювати тілесний контакт. На 6-му місяці внутрішньоутробного життя дитина здатна відчувати смак, чути, бачити і відчувати, активно реагувати на дотики через стінку живота. Відомий американський вчений Девід Чемберлен вважає, що у ненародженої дитини не 5, а 12 відчуттів, серед яких він називає здатність відчувати, наскільки бажаною є дитина для батьків, наскільки близькими є відносини батьків, трансцендентне відчуття позатілесного існування, яке дозволяє зберігати пам'ять про перинатальний період на довгі роки [8]. Інший відомий вчений Томас Верні підкреслює, що принаймні з кінця другого триместру можна казати про дитину як про свідому особистість, здатну запам'ятовувати, тобто отримувати власний досвід та перші знання [11]. Фаза народження є важливою подією перинатального періоду, в цей час створюються передумови розвитку особистості дитини вже поза організмом матері. На основі багаторічних досліджень науковець Гроф створив розширену модель психіки з додавання двох великих областей – перинатальної та трансперсональної. Трансперсональна сфера містить досвід ототожнення з іншими людьми, іншими біологічними видами, епізоди з життя предків, історичне колективне несвідоме. Перинатальна область стосується спогадів про внутрішньоутробне життя і біологічне народження та складається з чотирьох базових перинатальних матриць (БПМ). Ці матриці характеризують особливості психіки на пренатальному, перинатальному та трансперсональному рівнях [9]. С. Гроф підкреслює, що матриці впливають на життя людини, виступають фундаментом розвитку особистості. Дослідження С. Грофа та інших вчених дають можливість виявити взаємозв'язок поведінкових реакцій дорослої людини з особливостями внутрішньоутробного розвитку, перебігом пологів та народженням. Так, існують докази, що асфіксія в пологах пов'язана із суїцидальними нахилами дорослої людини. Знеболювання в пологах певною мірою впливає на виникнення материнського інстинкту та здатності любити. Є дослідження, які пов'язують зниження якості пологів із зростанням дитячої злочинності. Це лише кілька прикладів впливу перинатального досвіду на психіку людини. Важливість ролі матері в розвитку дитини на сьогодні є беззаперечною, під час пренатального розвитку дитини, відповідно, вагітності матері, мама і дитина існують разом не лише фізіологічно, вони утворюють діадичну єдність. Природно, що коли мама переживає позитивні або негативні емоції, то і дитина перебуває в такому стані. Одним із ключових переживань перинатального періоду є ставлення батьків до виникнення нового життя. «Для майбутньої дитини має значення її свідоме й бажане зачаття у взаємній любові батьків, оскільки в такому випадку в новому створінні до кінця розкривається і кристалізується та потенційна і вселюдська любов, яка втілена – відбита в батьках», – зазначає С. Д. Максименко [2]. Ні в один період життя психосоматика не грає такої суттєвої ролі, як під час вагітності. Урівноважений, оптимістичний настрій жінки значно полегшує перебіг вагітності. Головна умова спокійного стану – це бажання

жінки мати дитину. Невід'ємне право кожної дитини-право бути бажаним [5]. На сьогодні є достатньо доказів того, що бажані та небажані діти відрізняються. Так, бажані діти народжуються з більш високою масою тіла, рідше хворіють, мають кращі характеристики психомоторного розвитку та більш високий базовий психічний потенціал. Болгарський філософ, вчений, педагог О. М. Айванхов назвав процес внутрішньо-утробного розвитку «духовною гальванопластикою» та зазначив, що цей процес підкорюється законам формування, виховання, росту, обміну інформації та комунікації. Таким чином, всі переживання, почуття, думки матері впливають на ненароджену дитину на клітинному рівні. Доведено, що психоемоційний стан жінок впливає на перебіг вагітності, на процес пологів, на післяпологовий період та визначає особливості розвитку дитини. У перинатології ця проблематика знаходить відображення, зокрема, у дослідженні типів переживання вагітності, у визначенні практичних аспектів роботи з жінкою та корекції її негативних станів, у розробці практичних аспектів перинатального супроводу родини (І. В. Добряков, С. М. Єніколопов, Н. П. Коваленко, Г. Г. Філіппова, К. Д. Хломов та ін.). Важливим науковим здобутком стало визнання того факту, що пренатальний розвиток є унікальним етапом становлення особистості, а активними учасниками цього процесу виступають батьки. Дитина отримує перший досвід та перші знання ще до народження, отже виховання гармонійної особистості необхідно починати з дородового періоду. Перинатальне виховання можна визначити як організацію середовища розвитку і навчання дитини ще до народження, причому мова йдеться не про безпосереднє виховання дитини, а про роботу з батьками. Зміст та методики такого виховання варіюють [6, 7]. Слід зауважити, що мета перинатального виховання не визначається однозначно. Автори одних методик називають такою метою збереження і розвиток найбільшої кількості нейронів головного мозку, інші автори підкреслюють важливість встановлення зв'язку батьків із ще ненародженою дитиною. Психічний розвиток – це послідовний, закономірний процес

кількісних та якісних змін психіки, що відбуваються у ході діяльності й спілкування дитини з іншими людьми та знаменують собою перехід від нижчих до вищих рівнів життєдіяльності, її структурне й функціональне вдосконалення. Сьогодні не виникає сумнівів, що на перинатальному періоді відбувається активний розвиток психіки дитини, важливою умовою якого виступає суб'єкт-суб'єктна взаємодія дитини з матір'ю та батьком. Саме тому ми вважаємо, що головною метою виховання до народження виступає не навчання, а встановлення міцного зв'язку батьків із дитиною та створення оптимальних умов для її гармонійного розвитку до та після народження.

## Висновки

Дослідження внутрішньоутробного розвитку дитини та постнатального періоду змінюють концепцію первинної профілактики. Первинна профілактика соматичних та психічних розладів дитини повинна відбуватися на етапі зачаття та вагітності або ще раніше. Перинатальне виховання – це відносно нова наука з тисячолітньою практикою. Метою такого виховання є встановлення міцного зв'язку батьків з дитиною та створення оптимальних умов для її гармонійного розвитку до та після народження. Перинатальна проблематика є цікавою та актуальною. Отримання протягом пренатального періоду інформації про оточуючий світ, емоційні реакції на зміни в ньому є передумовою складної психічної діяльності майбутньої людини. Тому спосіб життя майбутніх батьків повинен базуватися на повазі до здібностей ще не народженої дитини, які у цей період необхідно враховувати і розвивати. Бо вже в утробі матері плід здобуває досвід прийняття і любові чи відвернення і ненависті. І від того, що доводиться йому відчувати, залежить його майбутнє [3].

**Перспективи подальших досліджень** вбачаємо у вивченні прикладних аспектів перинатальної психології, головним завданням яких виступає зміцнення психічного здоров'я та благополуччя наступних поколінь.

## Література

1. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг ; пер с англ. – 7-е междунар. изд. – Санкт-Петербург : Питер, 2000. – 992 с.
2. Максименко С. Д. Загальна психологія / С. Д. Максименко. – Вінниця : Нова Книга, 2004. – 704 с.
3. Перинатологія. Перинатальний період [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://i-medic.com.ua/index.php?newsid=9592>. – Назва з екрана.
4. Пренатальний розвиток [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://pidruchniki.com/16120724/psihologiya/psihologiya\\_ditinstva#926](http://pidruchniki.com/16120724/psihologiya/psihologiya_ditinstva#926). – Назва з екрана.
5. Райгородский Д. Я. Психология и психоанализ беременности / Д. Я. Райгородский. – Самара : Дом «БАХРАХ-М», 2003. – 326 с.
6. Чичерина Н. А. Воспитание до рождения : книга о пренатальном воспитании будущих родителей / Н. А. Чичерина. – Москва : Academia, 2007. – 215 с.
7. Чэмберлен Д. Разум вашего новорожденного ребенка / Д. Чэмберлен, пер. с англ. под ред. проф. Г. И. Брехмана. – Москва : Независимая фирма «Класс», 2005. – 224 с.

8. *Chamberlain D. B. Communicating with the mind of a prenat: Guidelines for parents and birth professionals / D. B. Chamberlain // Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health. – 2003. – Vol. 18 (2). – P. 95–107.*
9. *Grof S. Beyond the Brain: Birth, Death and Transcendence in Psychotherapy / S. Grof. – New York : State University of New York Press, 1985. – 486 p.*
10. *Rank O. The Trauma of Birth / O. Rank. – Martino Fine Books, 2010. – 242 p.*
11. *Verny T. The Secret Life Of The Unborn Child: A remarkable and controversial look at life before birth / T. R. Verny, J. Kelly. – Sphere, 1982. – 256 p.*
12. *Ward A. Fractals from the womb: A journey through pre and perinatal psychotherapy / A. Ward. – Create Space Independent Publishing Platform, 2014. – 230 p.*

*Дата надходження рукопису до редакції: 11.04.2017 р.*

### **Перинатальный период как особый этап становления особенностей психического здоровья личности**

### **Perinatal period as a special stage of development the individual mental health**

*А.П. Романив, Б.Я. Надь*

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

*O.P. Romaniv, B.Y. Nad*

SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

**Цель** – определить характеристики перинатального периода как особенного периода онтогенеза и исследовать влияние перинатального опыта на последующее развитие психики личности.

**Материалы:** публикации, посвященные вопросам возрастной и перинатальной психологии.

**Метод:** информационно-аналитический.

**Результаты и выводы.** Современные исследования показали, что перинатальный период развития определяет не только физическое, но и психическое здоровье ребенка. Проанализировали влияние перинатального опыта на становление личности. Целью перинатального воспитания является установление прочной взаимосвязи родителей с ребенком, создание оптимальных условий для гармоничного развития ребенка до и после рождения.

**Ключевые слова:** перинатальный период, перинатальный опыт, психическое здоровье, онтогенез.

**Purpose** – to determine the main characteristics of the perinatal period as of the main period of ontogenesis and research the influence of the perinatal experience on the further development of an individual psychics.

**Materials:** publications about the psychology of age and perinatal psychology.

**Method:** informative and analytical.

**Results and conclusions.** Many data have proved that perinatal experience determine to a large extent our biological and psychological makeup and shape our personality. The influence of perinatal experience on the further development of an individual have been researched. Perinatal education is not about learning of an unborn child but about work with parents, it's main goal is establishing of secure relationship with a child and creation of optimal conditions for the normal development of a child before and after birth.

**Key words:** perinatal period, perinatal experience, mental health, ontogenesis.

### **Відомості про авторів**

**Романів Олександр Петрович** – к.мед.н., завідувач психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру, директор МЦ «Нейромед», асистент кафедри пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Надь Беата Яношівна** – інтерн, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

## Раннє виявлення розладів спектра аутизму: роль у громадському здоров'ї та стан справ у Закарпатській області

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

**Мета** – оцінити рівень раннього виявлення розладів спектра аутизму в Закарпатській області через розгляд статистичних даних; здійснити огляд процедур скринінгу, оцінених у наукових дослідженнях по всій Європі, розглянуто методологічні проблеми.

**Матеріали та методи.** Опрацьовано ресурси УКПМД «РАС» (2015); NICE CG 128 (2011); NICE CG 142 (2012); Community Report ADDM (2016.); Звітність про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки за 2016 р. у Закарпатській області.

**Результати.** В 1 дитини з 2223 (0,44 на 1000) у Закарпатській області встановлено діагноз «Розлад спектра аутизму», поширеність становить 0,1% серед усього населення Закарпатської області. Порівнявши ці дані з даними світової статистики, зрозуміло, що діагностика аутизму в Закарпатті перебуває в стані становлення. Раннє виявлення здійснюється через систематичне спостереження розвитку, яка являє собою комплексну діагностичну оцінку нейророзвитку дитини та її поведінки. Зважаючи на важливість раннього виявлення, а також високі показники поширеності, фахівцям у галузі охорони здоров'я настійливо рекомендується зрозуміти важливість скринінгу. Загальне використання скринінгових інструментів не може базуватись виключно на рівні внутрішньої валідності кожного, оскільки скринінгові інструменти можуть виконуватися по-різному залежно від певних чинників у різних умовах. Необхідно розуміти, що вибір інструменту має бути обґрунтований показниками достовірності, дані слід інтерпретувати з обережністю, враховувати, що на результати скринінгу впливають різні чинники. Тому рекомендується більш експансивний і збалансований спосіб оцінки методів скринінгу, який бере до уваги всі чинники, що можуть впливати на результати скринінгу. Враховуючи ці відмінності, простежено десять факторів, які можуть вплинути на результати скринінгу.

**Висновки.** Незважаючи на те, що неможливо зробити однозначні висновки про те, які процедури скринінгу є найбільш ефективними, цей аналіз може полегшити вибір методу скринінгу, який найкращим чином відповідає конкретній ситуації, а це, своєю чергою, може в кінцевому підсумку поліпшити ранні процедури виявлення розладів спектра аутизму. На територіях з низьким рівнем організації охорони здоров'я необхідно об'єднати зусилля навколо первинної медичної допомоги, де на вже сформованій плановій системі обстеження дитини мають стати доступними та бути рутинними інструменти скринінгу на розлади спектра аутизму і/або інших порушень розвитку.

**Ключові слова:** аутизм, РАС, раннє втручання, скринінг.

### Вступ

Розлад аутизму спектра (РАС) – це довічний стан внаслідок порушення нейророзвитку, характеризується порушенням у соціальній взаємодії, вербальній та невербальній комунікації, обмеженим репертуаром діяльності та інтересів. Люди з аутизмом комунікують та поведуть себе по іншому. Поширеність РАС зростає в усьому світі і має вагомe значення для громадської охорони здоров'я, через значний особистий, соціальний і економічний недолік. Люди, які живуть з аутизмом, потребують підтримки та допомоги і в той час, коли зростають, і в підлітковому та дорослому віці. Сучасні наукові моделі обґрунтовано доводять ефективність раннього втручання. Крім того, раннє втручання в перші роки життя пропонують кращі можливості для дітей, так як гнучкість когнітивних процесів є найбільшою протягом цього періоду, що дозволяє створювати та реорганізувати нейронні мережі у відповідь на стимуляцію навколишнього

середовища. З чого слідує припущення, що витрати суспільства та сім'ї можуть бути суттєво пом'якшені. А також деякою мірою дає змогу поліпшити розвиток дитини, допомогти в розвитку необхідних навичок, що призводить до зменшення тяжкості розпаду, а також дає вищий прогноз незалежності в подальшому житті [1–10].

**Мета роботи** – оцінити рівень раннього виявлення РАС у Закарпатській області за статистичними даними; здійснити огляд процедур скринінгу, оцінених у наукових дослідженнях по всій Європі, а також питання і методологічних проблем, пов'язаних з цим.

### Матеріали та методи

Опрацьовано ресурси УКПМД «Розлади аутичного спектра» (2015), NICE CG 128 – Autism: recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum» (2011), NICE CG 142 – Autism: recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism spectrum» (2012), Community Report on Autism.



From the Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network (2016). Звітність про захворювання осіб із розладами психіки та поведінки за 2016 р. у Закарпатській області.

### Результати дослідження та їх обговорення

Діагностика РАС є складною, оскільки немає жодного медичного тесту, як аналіз крові чи рентгенографія, щоб визначали такі розлади. Лікар має спостерігати та оцінити поведінку і розвиток дитини, щоб визначити критерії діагнозу. Протягом останніх десятиліть багато досліджень обґрунтовано доводять наявність поведінкових проявів РАС протягом перших 2 років життя. РАС іноді може бути виявлено у віці 18 місяців або молодше. У віці 2 років діагноз встановлений кваліфікованим спеціалістом можна вважати дуже надійним (Lord C. et al., 2006).

#### *Поточна ситуація діагностики РАС у Закарпатській області*

Згідно даних звіту про захворюваність з розладами психіки та поведінки в Закарпатській області за 2016 р. під лікарським наглядом з діагнозом дитячий аутизм (F84.0 – 4) знаходиться 131 дитина, 20 випадків встановлення діагнозу РАС за 2016 р. Відповідно до цих даних 1 дитина з 2223 (0,44 на 1000), в Закарпатті має встановлений діагноз аутизму поширеність патології становить 0,1% усього населення Закарпатської області. За даними Community report of autism у 2016 р., діагноз аутизму в США встановлено 1 дитини з 68 (14,6 на 1000). Дослідження, проведені в Азії, Європі та Північній Америці визначили, що в середньому поширеність РАС становить 1–2%. Статистичні дані дозволяють співставити та наглядно показують, що діагностики аутизму в Закарпатті перебуває в стані становлення.

#### *Розгляд основних компонентів діагностичного маршруту*

Раннє виявлення все частіше здійснюється через систематичне спостереження розвитку, яке являє собою комплексну діагностичну оцінку нейророзвитку розвитку дитини та її поведінки. Зважаючи на важливість раннього виявлення, а також високі показники поширеності, фахівцям в галузі охорони здоров'я настійливо рекомендується усвідомити важливість скринінгу, знати про віхи розвитку дитини і реагувати на скарги батьків/опікунів конкретними і дієвими способами.

Згідно з протоколом УКПМД «Розлади аутичного спектра» та міжнародних клінічних рекомендацій, діагностування РАС на первинному рівні здійснюється у два етапи. Перший крок – скринінг порушень розвитку. Під час планових візитів у 9, 18, 24 і 36 місяців лікар проводить короткі діагностичні процедури, щоб дізнатися, чи дитина засвоює базові навички, відповідно віку. Додаткове обстеження на 24 або 30 місяці може знадобитися, якщо у дитини високий ризик розвитку РАС. Другий крок – комплексна діагностична оцінка. Цей більш ретельний аналіз спрямований на виявлення симптомів РАС, має включати в себе спостереження за

поведінкою, розвитком дитини і опитування батьків. Необхідними є застосування спеціального скринінгового інструментарію. Має також включати обстеження слуху, генетичне тестування, неврологічне та інші медичні обстеження. Разом із тим необхідно оцінити наявність основних факторів ризику, до яких належить: наявність сибсів із РАС; наявність сибсів з іншими формами порушень психічного та моторного розвитку; наявність психічних або поведінкових розладів у сімейному анамнезі; вік матері/батька більш ніж 40 років; вага при народженні менш ніж 2500 г; недоношеність (вік гестації до 35 тижнів); реанімаційні дії в період новонародженості; наявність вроджених вад розвитку; чоловіча стать; загроза переривання вагітності в термін менш ніж 20 тижнів. У такому випадку лікар первинної медичної допомоги направляє дитину і сім'ю до фахівця для подальшої оцінки та діагностики, вже з змістовно описаним направленням. До листа з направленням можна додати наступну інформацію, якщо вона доступна: допологову історію, історію розвитку дитини, відповідну медичну історію, обстеження (педіатр, невролог, ендокринолог, логопед), обстеження (ЕЕГ, загальний та біохімічний аналіз крові, аналіз на гельмінти, аналіз на гормони), простежені фактори ризику, пов'язані з розвитком РАС, інформацію з попередніх оцінок, характеристика з ДДЗ або ЗОШ.

#### *Огляд доступних сучасних скринінгових інструментів*

Одним із важливих компонентів комплексної діагностичної оцінки є використання стандартних інструментів скринінгу, які зосереджені на конкретних питаннях і допомагають в прийнятті рішень про подальші діагностичні кроки. Скринінгові інструменти доступні для раннього віку, починаючи з кінця 1990-х років. На даний час існує велика кількість доступних інструментів скринінгу, найбільш часто використовуються наступні: CHAT, M-CHAT, CASD, CSBS-DP-IT-Checklist, SCQ, CARS-2. В огляді Screening for autism spectrum disorders: state of the art in Europe проведеному в 2014 р. описано десять чинників які необхідно враховувати при їх виборі:

1. Валідність та надійність, що визначаються чутливістю та специфічністю. Високочутливі інструменти (CHAT, M-CHAT) мають високий ризик помилково-позитивних результатів, що відбувається через їх низьку специфічність у визначенні симптомів і, навпаки, інструменти більшою специфічністю (CASD, SCQ, CARS-2) часто можуть давати помилково-негативний результат, так як вимагають відповідної кваліфікації спеціаліста. Важливо в цьому випадку комбінувати методики або шукати компромісний варіант, наприклад, CSBS-DP-IT-Checklist.

2. Доступність для оцінки та інтерпретації. Існує міф, що інструменти скринінгу недоступні та вимагають спеціального навчання. Навіть в Україні в україномовному та російськомовному варіантах є загальнодоступними скринінгові інструменти такі як CHAT, M-CHAT, CSBS-DP-IT-Checklist, що не вимагають сертифікації спеціаліста для їх проведення. При достатньому рівні розуміння проблеми, спілкування між

спеціалістами, поділі досвідом достатньо якісних інструментів можуть бути доступними і правильно використовуваними.

3. Вік скринінгу є чинником, що вимагає чіткого дотримання, так як розвиток симптомів є динамічним процесом, так M-CHAT використовується для оцінки симптомів у віці 16–30 місяців, CASD – 1–16 років; CSBS-DP-IT-Checklist – 6–24 місяці.

4. Рівень функціонування і тяжкості аутизму. Дуже важливий чинник, так як PAC характеризується високою варіабельністю наявності та вираженості симптомів розладу. При високофункціональних розладах часто спостерігаються помилково-негативні результати, так як рівень порушень спостерігається в одній-двох сферах, які часто є малопомітними для батьків і спеціалісти загального профілю, тому в таких цілях варто використовувати інструменти, які направлені на виявлення соціально-комунікативних порушень, поведінкових особливостей, це переважно CASD, SCQ.

5. Вибір елементів для спостереження та оцінки. Кожен з інструментів розглядає сукупність різних елементів, основні з них це – спонтанне ініціювання контакту, розділення уваги та інтересу, невербальні форми поведінки, адекватність реакції на контакт, інтерес до однолітків, наявність друзів, особливості гри, незвичайну сенсорне поведінку, особливості мови, інші форми поведінки. В розрізі цього показника M-CHAT охоплює поверхнево широку групу симптомів, які є легко помітні в дітей, CSBS-DP-IT-Checklist розглядає ці симптоми з більшою специфічністю, CARS-2 дає змогу додатково оцінити загальний розвиток дитини, SCQ, CASD – дають оцінку соціально-комунікативним особливостям, розглядають детальніше специфічні форми поведінки, ризик наявності коморбідних розладів психіки та поведінки.

6. Cut-off критерії. Сучасні тенденції відображають зусилля дослідників не в сторону створення нових інструментів, а в сторону більш специфічної, детальнішої оцінки у вже існуючих скринінгових інструментах. За останні роки cut-off оцінки стали меншими, так як дослідження показали, що при наявності межових показників ризик розладів не є суттєво нижчим.

7. Дотримання протоколу в оцінці. Різні спеціалісти по різному можуть оцінити один і той показник, тому важливо чітко слідувати критеріям оцінки, не допускати відхилень в процедурі, в такому разі кращою є надійність оцінки, координація між спеціалістами, раціональнішою наступність в подальшій діагностиці.

8. Кваліфікованість спеціаліста. В кваліфікації спеціаліста загальної практики та педіатра важливим знання всіх етапів та віх розвитку дитини, розуміння широкості спектру, специфічності, модуляції симптомів аутизму. Часто можна почути, що досвідчений спеціаліст ставить (чи не ставить) діагноз аутизму з першого погляду, безумовно є певні симптоми «червоні прапорці» які видно і не спеціалісту. Необхідно розуміти, що наявність чи відсутність деяких «червоних прапорців» не є остаточним, тому є необхідним кваліфіковане використання скринінгових інструментів з доказаною ефективністю.

9. Батьківська комплаєнтність. При скринінгу (і діагностиці) PAC у дитини більша частина роботи полягає в спілкуванні з батьками, проте часто батьки не знають який розвиток дитини є нормальним, якими навичками має володіти вже, не розуміють важливість певних аспектів поведінки. Що приводить до надання ними неправильної оцінки. Тому завдання спеціаліста в першу чергу розуміти різницю між комплаєнтними та некомплаєнтними батьками. Для того щоб налагодити комплаєнтні відносини, донести максимально доступно зміст питання чи спостереження, важливість оцінки кожного з симптомів.

10. Налаштування та організація наступності та взаємозв'язку між організаціями та спеціалістами в процедурах скринінгу. Наявність добре координованої системи охорони здоров'я в розвинених країнах Європи, Америці дозволяє чітко систематизувати отримані дані скринінгу, уберегти їх від втрат, зробити доступними для оцінки, звірення та перевірки на етапах діагностики для всіх зацікавлених спеціалістів, а також дає можливість ескранувати на популяційному рівні дані для здійснення в подальшому заходів профілактики здоров'я, наукових та статистичних досліджень.

## Висновки

Чіткий алгоритм дій лікаря, конгруентний із системою надання медичної допомоги створює умови для ранньої діагностики PAC, робить можливим проведення системи заходів раннього втручання. Раннє виявлення і подальша терапія поліпшує прогноз для дитини. Втручання може запобігти вторинним порушенням розвитку, зменшити сімейний стрес і соціальні витрати. Хоча існує консенсус щодо важливості раннього виявлення PAC, реальний стан справ у здійсненні процедур скринінгу має складнощі і не є однозначним.

Оцінивши епідеміологічні дані по PAC у Закарпатській області стає зрозуміло, що раннє виявлення практично не здійснюється. На територіях з низьким рівнем організації охорони здоров'я необхідно об'єднати зусилля навколо первинної медичної допомоги, де, на вже сформованій плановій системі обстеження дитини, мають стати доступними та рутинними інструменти скринінгу на PAC і/або інших порушень розвитку.

## Перспективи подальших досліджень

У статті чітко висвітлено алгоритм раннього виявлення PAC та надано інформацію стосовно скринінгових інструментів. Проте необхідно розуміти, що вибір інструменту повинен бути обґрунтований показниками достовірності, дані слід інтерпретувати з обережністю, враховувати, що на результати скринінгу впливають різні чинники. Тому рекомендується більш експансивний і збалансований спосіб оцінки скринінгових методів, який бере до уваги всі чинники, що можуть впливати на результат.

Крім того, повинні бути розглянуті методологічні питання. На даний час тільки процедура скринінгу з

М-CHAT здебільшого використовується в Україні в повсякденній практиці. Інші інструменти скринінгу, які були згадані в статті, такі як CSBS-DP-IT-Checklist, CARS-2, SCQ, CASD доступні для використання професіоналами, але не є частиною повсякденної практики.

## Література

1. *Марценковский И. А.* Детская психиатрия: взгляд через призму DSM-5 [Электронный ресурс] / И. А. Марценковский, К. В. Дубовик // *NeuroNews*. – 2014. – № 8 (63). – Режим доступа : <http://neuronews.com.ua/ru/issue-article-1436/Detskaya-psihiatriya-vzglyad-cherez-prizmu-DSM-#gsc.tab=0>. – Название с экрана.
2. *Марценковский И. А.* Расстройства спектра аутизма: вопросы ранней диагностики [Электронный ресурс] / И. А. Марценковский, Д. И. Марценковский // *NeuroNews*. – 2013. – № 1 (46). – Режим доступа : <http://neuronews.com.ua/ru/issue-article-754/Rasstroystva-spektra-autizma-voprosy-ranney-diagnostiki#gsc.tab=0>. – Название с экрана.
3. *Розподіл постійного населення України за статтю та віком на 1 січня 2016 року.* – Київ : Державна служба статистики України, 2016. – 350 с.
4. *Christensen D. L.* Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental / D. L. Christensen ; Disabilities Monitoring. – Network, 11 Sites, United States, 2012 // *Surveillance Summaries*. – 2016. – April 1, Vol. 65 (3). – P. 1–23.
5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / American Psychiatric Association.* – Fifth Edition. – Arlington VA : American Psychiatric Association, 2013. – P. 23–25.
6. *Eapen V.* Clinical outcomes of an early intervention program for preschool children with Autism Spectrum Disorder in a community group setting / V. Eapen, R. Črnčec, A. Walter // *BMC Pediatrics*. – 2013. – Vol. 13 (3). – doi:10.1186/1471-2431-13-3.
7. *Fuentes J.* Autism spectrum disorders. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health / Joaquín Fuentes, Muideen Bakare. – Geneva : International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015.
8. *García-Primo P.* Screening for autism spectrum disorders: state of the art in Europe / Patricia García-Primo, Annika Hellendoorn // *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 2014. – Vol. 23 (11). – P. 1005–1021.
9. *Implementation of early intensive behavioural intervention for children with autism in Switzerland / N. Studer, R. Gundelfinger, T. Schenker, H-C. Steinhausen // BMC Psychiatry.* – 2017. – Vol. 17 (34). – doi:10.1186/s12888-017-1195-4.
10. *Towle P. O.* Autism Spectrum Disorder Screening Instruments for Very Young Children : A Systematic Review / P. O. Towle, P. A. Patrick // *Autism Research and Treatment*. – 2016. – Vol. 4. – P. 624–829. – doi:10.1155/2016/4624829.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.04.2017 р.

### Раннее выявление расстройств спектра аутизма: роль в общественном здоровье и состоянии дел в Закарпатской области

*А.П. Романив, Е.Н. Погорляк*

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

**Цель** – оценить уровень раннего выявления расстройств спектра аутизма в Закарпатской области через рассмотрение статистических данных; осуществить обзор процедур скрининга, которые были оценены в научных исследованиях по всей Европе, рассмотреть методологические проблемы.

**Материалы и методы.** Обработаны ресурсы УКПМП «Расстройства аутистического спектра» (2015)

NICE CG 128 (2011); NICE CG 142 (2012); Community Report ADDM (2016) Отчетность о заболеваниях лиц с расстройствами психики и поведения за 2016 в Закарпатской области.

**Результаты.** В 1 ребенка из 2223 (0,44 в 1000) в Закарпатской области установлен диагноз «Расстройство спектра аутизма», распространенность составляет 0,1% среди всего населения Закарпатской области. Сопоставив эти данные с данными мировой статистики, становится понятно, что диагностика аутизма в Закарпатье находится в состоянии становления. Раннее выявление осуществляется через систематическое наблюдение развития, которое представляет собой комплексную диагностическую оценку нейроразвития ребенка и его поведения. Учитывая важность раннего выявления, а также высокие показатели распространенности,

спеціалістам в області здравоохранения настоятельно рекомендуется понять важность скрининга. Общее использование скрининговых инструментов не может базироваться исключительно на уровне внутренней валидности каждого, так как скрининговые инструменты могут выполняться по-разному в зависимости от определенных факторов в различных условиях. Необходимо понимать, что выбор инструмента должен быть обоснован показателями достоверности, данные следует интерпретировать с осторожностью, учитывать, что на результаты скрининга влияют различные факторы. Поэтому рекомендуется более экспансивный и сбалансированный способ оценки методов скрининга, который принимает во внимание все факторы, которые могут влиять на результаты скрининга. Учитывая эти различия, прослежено десять факторов, которые могут повлиять на результаты скрининга.

**Выводы.** Несмотря на то, что невозможно сделать однозначные выводы о том, какие процедуры скрининга являются наиболее эффективными, этот анализ может облегчить выбор метода скрининга, который наилучшим образом соответствует конкретной ситуации, а это, в свою очередь, может в конечном итоге улучшить ранние процедуры выявления расстройств спектра аутизма. На территориях с низким уровнем организации здравоохранения необходимо объединить усилия вокруг первичной медицинской помощи, где уже в сложившейся плановой системе обследования ребенка должны стать доступными и быть рутинными инструменты скрининга на расстройства спектра аутизма и/или других нарушений развития.

**Ключевые слова:** аутизм, РАС, раннее вмешательство, скрининг.

### **Early detection of autism spectrum disorders: role in public health and the situation in the Transcarpathian region**

*O.P. Romaniv, K.M. Pohorilyak*  
SU "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

**Purpose** – to assess the level of early detection of autism spectrum disorders in the Transcarpathian region,

through the examination of statistical data. To review screening procedures that have been evaluated in researches across Europe, consider methodological problems.

**Materials and methods.** Revised resources UCPMC "Autistic spectrum disorders" (2015); NICE CG 128 (2011); NICE CG 142 (2012); Community Report ADDM (2016); Reporting about the people's diseases with mental and behavioral disorders by 2016 in Transcarpathian region.

**Results.** According to this 1 child from 2223 (0.44 in 1000) in the Transcarpathian region has been diagnosed with autism spectrum disorders, the prevalence is 0.1% of the total population of Transcarpathian region. Having compared these data with global statistics, it is clear that the diagnosis of autism in Transcarpathia is in a state of becoming. Early detection is made through systematic observation of comprehensive diagnostic of the development, which is a complex diagnostic evaluation of a child's development (neurodevelopment) and behavior. Given the importance of early detection and high prevalence, experts in health strongly recommended to understand the importance of screening. General use of screening tools can not be based solely on the level of internal validity of each, as screening tools can be used in different ways depending on certain factors in different conditions. It should be understood that the choice of instrument has to be reasonable indicators of reliability, the data should be interpreted with accurately, taking into account that the results of the screening are influenced by various factors. Therefore, we recommend a more expansive and balanced way to evaluate methods of screening, which takes into account all the factors that may affect the results of the screening. Given these differences, we traced ten factors that may influence the outcome of the screening.

**Conclusions.** Despite the fact that it is impossible to make definite conclusions about what screening is the most effective, this analysis can facilitate the choice of screening that best suits a particular situation, and this, in turn, may ultimately improve early procedures to identify autism spectrum disorders. In areas with low Health Care, we should unite efforts around primary medical care, where on the already existing planned system of the child examination should be accessible and should be routine screening tools for autism spectrum disorders and/or other developmental disorders.

**Key words:** autism, ASD, early intervention, screening.

### **Відомості про авторів**

**Романів Олександр Петрович** – к.мед.н., завідувач психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру, директор МЦ «Нейромед», асистент кафедри пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Погоріляк Катерина Миколаївна** – лікар-психіатр МЦ «Нейромед», клінічний ординатор, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 614.2:617.7.000.34(477)

С.Г. Саксонов, Т.С. Грузева, О.П. Вітовська

## Особливості та тенденції кадрового забезпечення офтальмологічної служби України

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

**Мета** – провести оцінку сучасного стану кадрового забезпечення офтальмологічної служби, її особливостей та тенденцій для обґрунтування напрямів її удосконалення.

**Матеріали:** дані наукової літератури, офіційні документи ВООЗ, Центру медичної статистики МОЗ України.

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

**Результати.** Впродовж 2005–2014 рр. відбулося зменшення абсолютної чисельності лікарів офтальмологічного профілю в Україні, у т.ч. дитячих офтальмологів. Забезпеченість населення України лікарями офтальмологічного профілю скоротилася на 8,6% і становила у 2014 р. 0,74 на 10 тис. Забезпеченість дитячими офтальмологами збільшилася на 20,0% унаслідок більш швидких темпів зменшення чисельності дитячого населення порівняно зі скороченням посад лікарів. Установлено різноспрямовані тенденції на регіональному рівні до скорочення забезпеченості населення офтальмологами в 9 областях і зростання – в 15 адміністративних територіях. Відмінності в кадровому забезпеченні населення окремих областей офтальмологами досягали 8,9 разу, дитячими офтальмологами – 7,3 разу. Найшвидшими темпами зростала кадрова забезпеченість офтальмологічної служби в Київській та низці областей Західного регіону. Показники укомплектованості штатних посад офтальмологів впродовж десятилітнього періоду зменшилися з 94,4% до 90,25%, у т.ч. основними працівниками – з 88,9% до 88,2%. Кваліфікаційний рівень фахівців офтальмологічного профілю залишився високим, 77,2% офтальмологів мали кваліфікаційну категорію, у т.ч. 52,9% вищу, 32,0% – першу, 15,1% – другу.

**Висновки.** Виявлені особливості та тенденції кадрового забезпечення офтальмологічної служби на національному та регіональному рівні потребують поглибленого аналізу причин для обґрунтування заходів з оптимізації.

**Ключові слова:** лікарі офтальмологічного профілю, кадрове забезпечення, регіональні особливості, тенденції, кваліфікація, укомплектованість штатних посад.

### Вступ

Однією з важливих функцій будь-якої системи охорони здоров'я є генерування, розподіл та ефективне використання кадрових ресурсів. Наявність достатньої чисельності медичних працівників та їх належної якості є обов'язковою передумовою забезпечення пацієнтів доступною і якісною медичною допомогою.

За визначенням ВООЗ, працівники охорони здоров'я є найціннішим ресурсом, який забезпечує надання високоякісних медичних послуг і рятує життя мільйонам людей. Проте в сучасних умовах у багатьох країнах приділяється недостатньо уваги питанням кадрової політики в охороні здоров'я. Внаслідок багаторічної недостатності інвестицій в освіту, підготовку і поліпшення умов праці медичних кадрів, недоліків планування і розподілу, інших причин в різних регіонах світу спостерігається кадрова криза.

На глобальному та регіональному рівні сучасні тенденції в кадровому забезпеченні охорони здоров'я характеризується дефіцитом медичного персоналу, дисбалансом його розподілу, некерованою міграцією, поганими умовами праці та невисокою її продуктивністю, недостатньою інформаційною базою для планування, підготовки і використання кадрових ресурсів [1, 13].

В європейських національних системах охорони здоров'я спільними кадровими проблемами є нерівномірність в забезпеченні медичними кадрами окремих територій, дефіцит кадрів, особливо середнього медичного персоналу, збільшення мобільності, незапланована міграція, невідповідність між підготовкою кадрів і потребами охорони здоров'я, неефективне управління персоналом, складні умови праці і відсутність мотивації до її підвищення, слабка інформаційна база щодо кадрових ресурсів, відсутність доказової бази при прийнятті рішень.

На європейський ринок трудових ресурсів суттєво впливають політичні, соціально-економічні і демографічні зміни, зокрема, постаріння населення та пов'язана з ним зміна потреби в певних видах допомоги і відповідних фахівцях, поява нових сучасних технологій діагностики та лікування, процеси глобалізації, інтеграції на європейському просторі, реформування сектору охорони здоров'я, його правових і фінансових основ.

Проблемі удосконалення кадрового забезпечення охорони здоров'я присвячено низку наукових досліджень у багатьох країнах світу [1, 3, 4, 8–10, 12, 15].

Водночас, вони обґрунтовують підходи до поліпшення кадрової ситуації з огляду на контекст конкретних країн, особливості моделей охорони здоров'я, традиційну практику тощо. Слепе копіювання

запропонованого зарубіжного досвіду без врахування особливостей національної системи охорони здоров'я, традицій, можливостей, умов є певною мірою неможливим і не дозволить досягти бажаної ефективності медичного обслуговування [11].

З огляду на важливість питань кадрового забезпечення охорони здоров'я на 69-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (2016) прийнято Глобальну стратегію з кадрових ресурсів охорони здоров'я: Трудові ресурси-2030. Головними завданнями стратегії є оптимізація ефективності, результативності і якості роботи кадрових ресурсів; інвестиції в кадрові ресурси відповідно до потреб населення, з урахуванням тенденцій на ринку праці та політики в сфері освіти; протидія кадровому дефіциту і забезпечення оптимального розподілу кадрів; нарощення потенціалу установ на усіх рівнях для ефективного керівництва у сфері політики, лідерства та організації конкретних заходів щодо кадрових ресурсів охорони здоров'я; розширення і оптимізація баз даних, що мають відношення до кадрових ресурсів [7].

Проблема кадрового забезпечення системи охорони здоров'я надзвичайно гостро стоїть в Україні, де спостерігається значна диференціація в кадровому забезпеченні охорони здоров'я окремих територій, а відмінності в показниках досягають 1,7 разу. З метою ліквідації відмінностей у доступності медичної допомоги необхідним є удосконалення кадрової політики з урахуванням регіональних особливостей здоров'я, потреб у медичному обслуговуванні, розвитку мережі закладів охорони здоров'я та інших чинників.

Обґрунтовану тривогу викликає укомплектованість штатних посад лікарів, яка у 2015 р. знаходилася на рівні 82,1%. Понад 14 тис. посад лікарів та 22 тис. посад середнього медичного персоналу в закладах охорони здоров'я було зайнято сумісниками. Дефіцит лікарських кадрів складав 35 тис. осіб. Значна чисельність осіб пенсійного віку серед лікарів (25,7%) та середнього медичного персоналу (16,4%) дає змогу прогнозувати несприятливу ситуацію з кадрового забезпечення у майбутньому. Спостерігається чітка тенденція до збільшення питомої ваги осіб пенсійного віку серед лікарських кадрів [5].

Дефіцит кадрів зростає у зв'язку з тим, що щорічно з різних причин з галузі вибуває значна чисельність фахівців.

Проблеми кадрового забезпечення повною мірою стосуються такого важливого профілю медичної допомоги як офтальмологічний з огляду на значну поширеність та тенденції до зростання частоти патології органу зору серед населення України. У 2015 р. в заклади охорони здоров'я населенням було здійснено звернення з приводу 3,9 млн захворювань на хвороб ока і його додаткового апарату, з яких 1,5 млн виявлено вперше. Впродовж 2000–2015 рр. захворюваність населення України на офтальмологічну патологію зросла на 5,0%, поширеність хвороб – на 7,0%. В окремих адміністративних територіях темпи приросту захворюваності та поширеності на очну патологію були особливо значними. Водночас, забезпеченість населення

лікарями офтальмологами зменшилася з 0,79 на 10 тис. населення до 0,74 на 10 тис., або на 6,3% [2].

Значущість ресурсного, насамперед кадрового забезпечення офтальмологічної медичної допомоги особливо підвищується в умовах глобального постаріння населення і прогнозованого зростання чисельності людей, що піддаються ризику вікового порушення зору.

Пріоритетний розвиток сімейної медицини і перерозподіл функцій між лікарями загальної практики-сімейної медицини в контексті профілактики захворювань ока і його додаткового апарату та лікування певних очних захворювань вимагає дослідження обсягів і якості такої роботи з метою забезпечення її відповідності медико-технологічним документам та ефективності.

Враховуючи сучасні тренди офтальмологічного здоров'я, за ініціативи ВООЗ, розроблено Глобальний план дій на 2014–2019 рр., головною метою якого є скорочення порушень зору, яким можна запобігти, і забезпечення доступу до служб відновлення зору. Одним з показників для оцінки прогресу на національному рівні визначено чисельність спеціалістів офтальмологічного профілю з розподілом за кадровим складом [14].

Однак в Україні відсутні наукові роботи щодо комплексного вирішення проблем кадрового забезпечення офтальмологічної служби.

З огляду на існуючі і прогнозні тенденції, пріоритети державної політики України, рекомендації ВООЗ, удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби України має особливу актуальність, що визначило мету і завдання дослідження.

**Мета роботи** – оцінити сучасний стан кадрового забезпечення офтальмологічної служби, її особливостей та тенденцій для обґрунтування напрямів її удосконалення.

## Матеріали та методи

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

У завдання дослідження входило вивчення показників забезпечення населення України лікарями офтальмологічного профілю, аналіз регіональних відмінностей кадрового забезпечення, дослідження тенденцій забезпечення кадровими ресурсами офтальмологічного профілю в динаміці 2005–2014 рр.

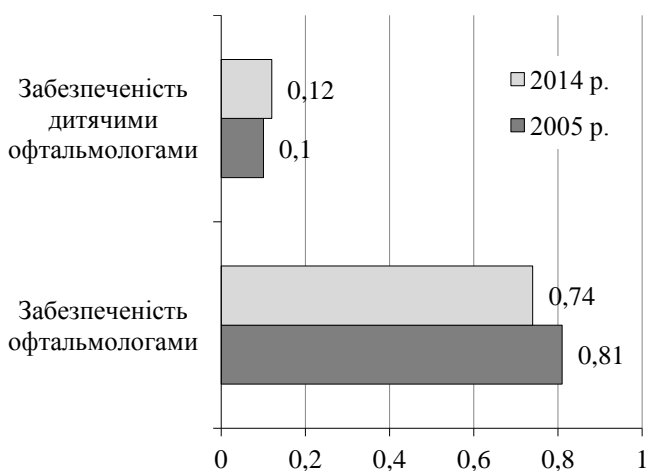
Джерельна база включала дані наукової літератури, офіційні документи ВООЗ, Центру медичної статистики МОЗ України.

## Результати дослідження та їх обговорення

Результати аналізу кадрового забезпечення офтальмологічної служби України дозволили встановити, що рівень забезпеченості протягом 2005–2014 рр. мав тенденцію до скорочення. Абсолютна чисельність лікарів офтальмологічного профілю становила у 2014 р.

3185 осіб, що було меншим порівняно з 2005 р. на 812 осіб. Безумовно, впродовж десятилітнього періоду відбулося деяке зменшення чисельності населення України, однак забезпеченість фахівцями в перерахунку на 10 тис. мала чітку тенденцію до скорочення, її рівень знизився на 8,6% і становив 0,74 на 10 тис. населення.

Вивчення забезпеченості дитячого населення України лікарями-офтальмологами показало, що впродовж 2005–2014 рр. відбувалося зменшення абсолютної чисельності спеціалістів з 696 до 521, тобто на 125 осіб. Водночас, відносні показники мали тенденцію до деякого зростання через випереджаюче зменшення загальної чисельності дитячого населення. Темп приросту відносних показників за десятилітній період склав 20,0%, а рівень забезпеченості досягнув 0,12 на 10 тис. дитячого населення (рис. 1).



**Рис. 1.** Забезпеченість населення України офтальмологами у 2005 р. та 2014 р. (на 10 тис. відповідного населення)

Дослідження регіонального аспекту забезпеченості населення лікарями-офтальмологами засвідчило, що у 2005 р. найвищих показників забезпеченості було досягнуто у м. Києві (1,6 на 10 тис.), м. Севастополі (1,09 на 10 тис.), Запорізькій області (0,97 на 10 тис.), АР Крим (0,94 на 10 тис.), Харківській області (0,92 на 10 тис.). У 2014 р. в рейтингу адміністративних територій за величиною показника кадрового забезпечення офтальмологічної служби лідирували м. Київ (1,49 на 10 тис.), Львівська (1,05 на 10 тис.), Запорізька (1,0 на 10 тис.), Івано-Франківська (0,99 на 10 тис.), та Чернівецька (0,96 на 10 тис.) області. На вказаних територіях забезпеченість населення лікарями-офтальмологами в 1,3–2 рази перевищувала середньо український показник.

Водночас, найнижчі показники забезпеченості населення лікарями офтальмологічного профілю було виявлено в Луганській (0,18 на 10 тис.), Донецькій (0,22 на 10 тис.), Херсонській (0,57 на 10 тис.), Миколаївській (0,59 на 10 тис.), Кіровоградській (0,61 на 10 тис.) областях.

Що стосується забезпеченості дитячими офтальмологами, то найвищі показники у 2014 р. було

досягнуто у м. Києві (0,22 на 10 тис.), Чернівецькій (0,19 на 10 тис.), Запорізькій (0,17 на 10 тис.), Івано-Франківській (0,17 на 10 тис.), Рівненській (0,17 на 10 тис.), Тернопільській (0,17 на 10 тис.) областях. Перевищення середньо українського показника на вказаних територіях досягало 1,4–1,8 разу. Надзвичайно низькі показники кадрового забезпечення офтальмологічної служби виявлено в Донецькій і Луганській областях через комплекс уже вказаних причин, а також у Кіровоградській (0,06 на 10 тис.), Черкаській (0,06 на 10 тис.), Київській (0,09 на 10 тис.), Миколаївській (0,09 на 10 тис.) областях.

Відмінності в кадровому забезпеченні населення окремих областей офтальмологами досягали 8,9 разу, дитячими офтальмологами – 7,3 разу.

Одним із завдань дослідження було встановлення напряму та величини змін кадрового забезпечення офтальмологічної служби впродовж десятилітнього періоду. Збільшення чисельності лікарів-офтальмологів відбулося на 11 адміністративних територіях, зменшення – на 14. При цьому забезпеченість населення у розрахунку на 10 тис. збільшилася на 15 адміністративних територіях, залишилася без змін на 1 (Харківська область), зменшилася – на 9 адміністративних територіях.

Найшвидшими темпами збільшувалася забезпеченість населення кадрами офтальмологічного профілю в Київській (+48,8%), Львівській (+25,0%), Чернівецькій (+15,7%), Івано-Франківській (13,8%), Полтавській (12,9%), Хмельницькій (12,7%) областях. Незважаючи на деяке скорочення абсолютної чисельності лікарів-офтальмологів, забезпеченість ними населення у Харківській області залишилася на попередньому досить високому рівні (0,92 на 10 тис.). Водночас, виявлено суттєве скорочення показників кадрового забезпечення офтальмологічної служби у Донецькій і Луганській областях, що пов'язано з воєнними діями та складністю проведення точних розрахунків на вказаних територіях. Досить швидкими темпами зменшувалася забезпеченість фахівцями офтальмологічного профілю в Херсонській (-10,9%), Одеській (-9,5%), Дніпропетровській (-8,8%) при середньому в країні -8,6%.

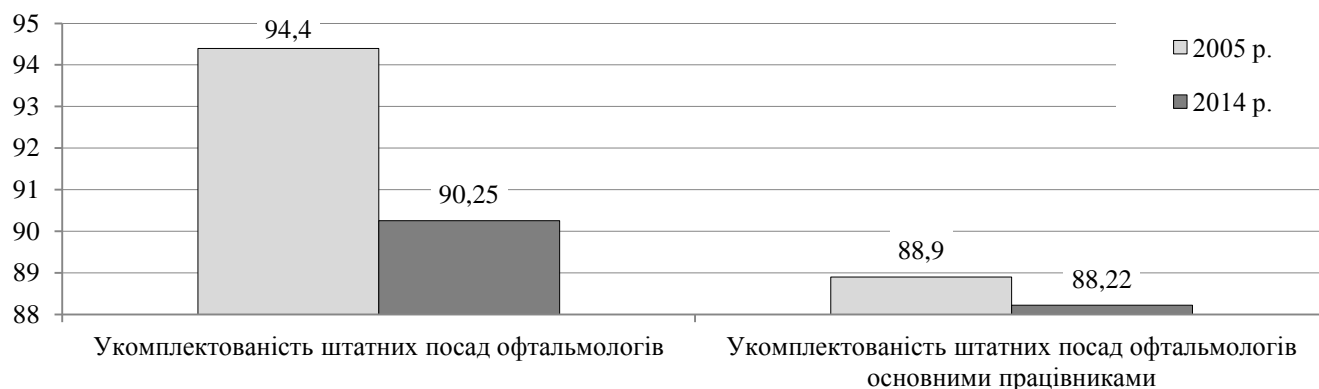
Збільшення чисельності дитячих лікарів-офтальмологів впродовж 2005–2014 рр. відбулося лише на 6 адміністративних територіях, зменшення – на 17 адміністративних територіях, на 2 територіях – чисельність залишилася без змін. При цьому завдяки більшим темпам скорочення дитячого населення порівняно зі скороченням чисельності фахівців забезпеченість дитячого населення у розрахунку на 10 тис. збільшилася на 21 адміністративній території, залишилася без змін на 1 адміністративній території (Черкаська область), зменшилася – на 3 адміністративних територіях, у т.ч. у Донецькій, Луганській та Кіровоградській областях.

Темп зростання забезпеченості дитячого населення лікарями офтальмологічного профілю перевищив 2 рази у Закарпатській (+200,0%), Івано-Франківській (+212,5%), Рівненській (+212,5%), Чернівецькій (+271,9%), 1,9 разу

у Львівській (+190,0%), 1,8 разу – у Київській (180,0%) областях.

Незважаючи на деяке скорочення абсолютної чисельності лікарів-офтальмологів, забезпеченість ними дитячого населення у Черкаській області залишилася на попередньому рівні (0,06 на 10 тис.), який удвічі нижчий від середнього в Україні.

Вивчення укомплектованості штатних посад офтальмологів у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України, показало, що показник укомплектованості становив у 2005 р. 94,4%, а в 2014 р. – 90,25%. При цьому укомплектованість основними працівниками за вказаний період суттєво не змінилася і становила у 2014 р. 88,2% (рис. 2).



**Рис. 2.** Укомплектованість штатних посад офтальмологів зайнятими та основними працівниками в закладах охорони здоров'я, які перебувають у сфері управління МОЗ України, у 2005 р. та 2014 р. (%)

У регіональному аспекті найбільшим рівень укомплектованості штатних посад офтальмологів основними працівниками у 2014 р. був у Львівській (111,4%), Закарпатській (108,4%), Івано-Франківській (104,5%), Хмельницькій (97,1%) областях, м. Києві (96,5%), Чернівецькій (95,2%) області. Водночас, суттєво нижчими від середнього в Україні виявлено показники укомплектованості штатних посад офтальмологів основними працівниками у Донецькій (66,9%), Луганській (48,4%), Херсонській (68,0%), Кіровоградській (75,3%) областях.

Аналіз кваліфікаційного рівня лікарів офтальмологічного профілю виявив досить високий показник фахівців, що мають кваліфікаційну категорію, який у 2014 р. становив 77,0%. Найвищими показники атестації лікарів офтальмологічного профілю були в Луганській (95,0%), Херсонській (86,9), Волинській (84,3%), Миколаївській (84,1%), Донецькій (83,6%), Закарпатській (83,3%) областях. Водночас, у Київській (66,7%) і Чернівецькій (60,9%) областях цей показник досягає лише двох третин. Серед атестованих лікарів-офтальмологів вищу категорію мали 52,9%, першу – 32,0%, другу – 15,1%.

Серед дитячих офтальмологів показник атестації становив у 2014 р. 77,2%. При цьому в Луганській і Херсонській області мали кваліфікаційну категорію 100% фахівців, у Сумській – 92,9%, Волинській і Чернігівській – 91,7%, Рівненській – 90,0%. Серед атестованих дитячих офтальмологів вищу категорію мали 52,0%, першу – 34,8%, другу – 13,2%.

### Висновки

Поліпшення офтальмологічного здоров'я населення потребує забезпечення доступності

офтальмологічної допомоги та загального охоплення населення послугами охорони здоров'я, що передбачає належне кадрове забезпечення офтальмологічної служби.

Аналіз статистичних даних виявив тенденцію до скорочення показників забезпеченості населення офтальмологами на національному та регіональному рівнях. Впродовж 2005–2015 рр. забезпеченість населення України лікарями офтальмологічного профілю зменшилася на 8,6% і становила 0,74 на 10 тис. Відмінності в кадровому забезпеченні населення окремих областей офтальмологами досягали 8,9 разу. Встановлено різноспрямовані тенденції на регіональному рівні до скорочення забезпеченості населення офтальмологами в 9 областях і зростання – в 15 адміністративних територіях. Найбільшою кадрова забезпеченість офтальмологічної служби виявлена в м. Києві та низці областей Західного регіону, зокрема Івано-Франківській, Львівській, Чернівецькій областях, а також в Запорізькій області. Водночас, низькою була забезпеченість офтальмологічної служби кадровими ресурсами в Донецькій, Луганській, Херсонській і Кіровоградській областях.

Встановлено тенденції до збільшення забезпеченості населення України дитячими офтальмологами на 20,0% попри зменшення чисельності дитячих спеціалістів офтальмологічного профілю у 17 областях, що пов'язано з більшим темпом скорочення дитячого населення порівняно зі скороченням чисельності фахівців. Темп зростання забезпеченості дитячого населення лікарями офтальмологічного профілю перевищив 2 рази перевищував середньоукраїнський у Закарпатській, Івано-Франківській, Рівненській, Чернівецькій областях. Відмінності в кадровому забезпеченні дитячого населення окремих областей дитячими офтальмологами досягали 7,3 разу.



Укомплектованість штатних посад офтальмологів зайнятими мала тенденцію до скорочення протягом десятилітнього періоду на 4,4% основними працівниками – майже не змінилася і становила 88,2%.

Досить високим виявився рівень кваліфікації лікарів офтальмологічного профілю, який перевищив 77%, при цьому вищу категорію мали 52,9% усіх атестованих, першу – 32,0%, другу – 15,1%.

### Перспективи подальших досліджень

Виявлені особливості та тенденції кадрового забезпечення офтальмологічної служби на національному та регіональному рівні потребують поглибленого аналізу причин для обґрунтування заходів з оптимізації.

### Література

1. *Вторушин Д. В.* Ресурсное обеспечение специализированных служб муниципального здравоохранения и здоровье населения / Д. В. Вторушин // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2008. – № 6, прил. 1. – С. 14.
2. *Дуфинець В. А.* Моніторинг захворюваності населення на офтальмологічну патологію як підґрунтя для удосконалення медичної допомоги / В. А. Дуфинець // Архів офтальмології України. – 2016. – Т. 4, № 1. – С. 10–14.
3. *К вопросу оценки профессиональной деятельности медицинских кадров* / В. К. Юрьев, Н. Г. Кучумова, Н. В. Витенко [и др.] // Проблемы городского здравоохранения. – 2011. – Вып. 16. – С. 288–290.
4. *Косенко А. А.* Разработка системы стимулирования медицинского персонала к повышению доступности и качества медицинской помощи / А. А. Косенко, И. Ю. Стволинский // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – 2014. – № 4. – С. 86–91.
5. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік* / за ред. В.В. Шафранського ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с.
6. *Dubois C-A.* Managing performance of health professionals, Human resources for health in Europe, 2006 / C-A. Dubois, M. McKee, E. Nolte. – England, Open University Press, McGraw–Hill Education, 2006. – P. 98–115.
7. *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 / DRAFT 1.0 submitted to the Executive Board (138th Session)* / Health workforce department World Health Organization. – Geneva, 2016. – 38 p.
8. *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world* / J. Frenk, L. Chen, Z. A. Bhutta [et al.] // Lancet. – 2010. – Vol. 376 (9756). – P. 1923–1958.
9. *Health worker remuneration in WHO Member States* // P. Hernandez, J. Poullier, C. Van Mosseveld [et al.] // Bull. World Health Organ. – 2013. – Vol. 91 (11). – P. 808–15.
10. *Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage* / J. Campbell, J. Buchan, G. Cometto [et al.] // Bull. World Health Organ. – 2013. – Vol. 91. – P. 853–863.
11. *Human Resources for Health in the WHO European Region* / WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2006.
12. *Human resources for universal health coverage: from evidence to policy and action* / Mozart Sales, Marie-Paule Kieny, Ruediger Krech, Carissa Etienne // Bull. World Health Organ. – 2013. – Nov. 1; Vol. 91 (11). – P. 798–798A.
13. *Hunter D. J.* A review of health management research / D. J. Hunter, J. Brown // Eur. J. Public. Health. – 2007. – Vol. 17, Suppl. 1. – P. 33–37.
14. *Prevention of Blindness and Visual Impairment: Priority eye diseases* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/blindness/causes/priority/en>. – Title from screen.
15. *The Third Global Forum: framing the health workforce agenda for universal health coverage* / G. Cometto, T. Boerma, J. Campbell [et al.] // Lancet Glob. Health. – 2013. – Vol. 1. – P. e324–325.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.03.2017 р.

### Особенности и тенденции кадрового обеспечения офтальмологической службы Украины

*С.Г. Саксонов, Т.С. Грузева, О.П. Витовская*  
Национальный медицинский университет  
имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

**Цель** – провести оценку современного состояния кадрового обеспечения офтальмологической службы, ее

особенностей и тенденций для обоснования направлений ее совершенствования.

**Материалы:** данные научной литературы, официальные документы ВОЗ, Центра медицинской статистики МЗ Украины.

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

**Результаты.** В течение 2005–2014 гг. произошло уменьшение абсолютной численности врачей

офтальмологічного профіля в Україні, в т.ч. дитячих офтальмологів. Обеспеченість населення України врачами офтальмологічного профіля скоротилась на 8,6% і склала в 2014 г. 0,74 на 10 тис. Обеспеченість дитячими офтальмологами збільшилась на 20,0% внаслідок більш швидких темпів зменшення чисельності дитячого населення порівняно з скороченням обов'язків лікарів. Встановлено різнонаправлені тенденції на регіональному рівні до скорочення забезпеченості населення офтальмологами в 9 областях і зросту – в 15 адміністративних територіях. Різниця в кадровому забезпеченні населення окремих областей офтальмологами досягла 8,9 рази, дитячими офтальмологами – 7,3 рази. Швидкими темпами росла кадрова забезпеченість офтальмологічної служби в Київській і ряду областей Західного регіону.

Показателі укомплектованості штатних обов'язків офтальмологів в період десятиріччя зменшились з 94,4% до 90,25%, в т.ч. основними працівниками – з 88,9% до 88,2%. Кваліфікаційний рівень спеціалістів офтальмологічного профіля залишався високим, 77,2% офтальмологів мали кваліфікаційну категорію, в т.ч. 52,9% – вищу, 32,0% – першу, 15,1% – другу.

**Висновки.** Виявлені особливості і тенденції кадрового забезпечення офтальмологічної служби на національному і регіональному рівні потребують ґлибокого аналізу причин для обґрунтування заходів по оптимізації.

**Ключові слова:** лікарі офтальмологічного профіля, кадрове забезпечення, регіональні особливості, тенденції, кваліфікація, укомплектованість штатних обов'язків.

## Provision and trends of ophthalmological staff in Ukraine

S.G. Saksonov, T.S. Gruzeva, O.P. Vitovska  
Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to estimate the current state of ophthalmological staff provision, its features and trends to justify its areas of improvement.

**Materials:** data of scientific literature, official documents of the WHO and of the Ministry of Health of Ukraine.

**Methods:** bibliographical, analytical, statistical.

**Results.** During the 2005–2014 there was a decrease in the absolute number of ophthalmologist in Ukraine, including pediatric ophthalmologists. Amount of ophthalmologists in Ukraine decreased by 8.6% in 2014 to 0.74 by 10,000. Amount of pediatric ophthalmologists increased by 20.0% due to a rapid decrease in the child population, compared with a reduction of doctors position. At the regional level multidirectional trends observed in decreasing availability of ophthalmologists in 9 regions and increasing in 15 administrative areas. Differences in amount of adult ophthalmologists in some public areas reached 8.9 times, pediatric ophthalmologists – 7.3 times. Fastest increase in ophthalmological staff was observed in Kiev and several areas of the Western regions.

Staffing indicators of ophthalmological positions for ten years period decreased from 94.4% to 90.25%, including permanent employees – from 88.9% to 88.2%. Qualification and professional level of ophthalmologists remained high, 77.2% had qualification category, 52.9% high category, 32.0% – first category, 15.1% – second category.

**Conclusions.** Particularity and trends in ophthalmological staff supply at national and regional levels require deep analysis to develop the proposition of optimization.

**Key words:** ophthalmological staff supply, ophthalmological staffing, ophthalmological regional features, trends, ophthalmologists skill level, ophthalmologist permanent position.

## Відомості про авторів

**Саксонов Станіслав Геннадійович** – асистент кафедри офтальмології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ, 01601, Україна.

**Грузєва Тетяна Степанівна** – д.мед.н., проф., завідувач кафедри організації охорони здоров'я та соціальної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ, 01601, Україна.

**Вітовська Оксана Петрівна** – д.мед.н., проф., завідувач кафедри офтальмології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ, 01601, Україна.

УДК 614.2.(047.44)+378.046-021.68(477.54)

О.І. Сердюк, О.А. Короп, Н.В. Просоленко, В.І. Крупеня, Б.А. Рогожин

## Аналіз деяких показників громадського здоров'я, системи охорони здоров'я і медичної освіти в Харківській області

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

**Мета** – провести аналіз стану та змін деяких показників громадського здоров'я, системи охорони здоров'я і медичної освіти в Харківському регіоні за 2012–2016 рр.

**Методи:** медико-статистичний, аналітичний та структурно-функціонального аналізу.

**Результати.** За 2012–2016 рр. у Харківській області визначається від'ємний природний приріст населення внаслідок збільшення рівня смертності населення та зменшення народжуваності. Захворюваність населення Харківської області і поширеність хвороб протягом останніх п'яти років відстають від загальноєвропейських показників і залишаються вищими за середні в Україні. В області спостерігається негативна динаміка показників забезпеченості населення медичними кадрами, проте система охорони здоров'я Харківської області містить понад 220 потужних закладів практичної охорони здоров'я, 3 вищі навчальні медичні, 9 науково-дослідних інститутів, Військово-медичний клінічний центр, медичні установи Міністерства внутрішніх справ України, оздоровчі заклади і курорти акціонерного товариства «Укрпрофоздоровниця».

**Висновки.** Система охорони здоров'я і медичної освіти Харківського регіону є достатньою базою для виконання основних завдань державної і регіональної політики щодо впровадження реформи системи охорони здоров'я.

**Ключові слова:** громадське здоров'я, система охорони здоров'я, медична освіта.

### Вступ

Громадське здоров'я, яке залежить від багатьох чинників, є важливим індикатором соціально-економічного розвитку держави [2]. Можливість динамічної оцінки змін здоров'я населення в різних регіонах України та їх порівняння з іншими країнами формує наукову основу державної галузевої політики [8]. Високий рівень захворюваності, інвалідності і смертності населення України та необхідність забезпечення ефективних заходів, орієнтованих на досягнення активного довголіття і високої тривалості життя населення, вимагають опрацювання нових підходів до вирішення кадрових проблем в охороні здоров'я [1, 7] та соціальної відповідальності держави за створення умов успішного функціонування охорони здоров'я як основи забезпечення життєдіяльності населення [5].

Методологія комплексного медико-соціального аналізу регіональних особливостей стану здоров'я населення дозволяє оцінити потенціал громадського здоров'я та визначити його динаміку на окремих територіях, встановити типологічні особливості територій за станом здоров'я населення, проаналізувати ступінь територіальної диференціації окремих показників та потенціалу здоров'я населення в цілому і визначити провідні детермінанти регіональної диференціації у стані здоров'я населення. Результати регіонального аналізу стану здоров'я населення є необхідною інформаційною базою для розробки оптимальних варіантів організації медичної допомоги населенню на регіональному рівні [3, 4, 6].

На сьогодні Харківська область є однією із провідних в Україні щодо впровадження передових підходів і технологій у сфері організації та управління охороною здоров'я, організації профільних спеціалізованих служб і залучення до їх діяльності потужного потенціалу медичної освіти і науки, впровадження передових управлінських і економічних механізмів та практичних інноваційних інструментів в діяльність медичної галузі. Досвід окремих районів Харківщини з впровадження в роботу комунальних медичних закладів нових форм господарської діяльності, практика організаційного та фінансово-економічного розмежування функцій первинного і вторинного рівнів медичної допомоги, є прикладом для органів місцевої влади і органів місцевого самоврядування інших регіонів України [9].

**Мета роботи** – провести аналіз стану та змін деяких показників здоров'я населення Харківського регіону, в системі охорони здоров'я і медичної освіти щодо збереження здоров'я населення, підвищення рівня та якості його життя, одержання медичних послуг європейської якості.

### Матеріали та методи

Статистична інформація щодо стану індикаторів здоров'я населення Харківської області за демографічними даними, показниками поширеності хвороб, захворюваності населення і його медичного забезпечення та динаміка визначених показників за 2012–2016 рр.

### Результати дослідження та їх обговорення

За даними Головного управління статистики в Харківській області, станом на 01.01.2017 р. чисельність населення становила 2 702 980 мешканців, що на 0,87% менше за показник 2012 р. (рис. 1).

В останні роки в Харківській області визначається від'ємний природний приріст населення за рахунок перевищення смертності над народжуваністю – у 2016 р. природний рух у Харківській області становив – 6,74 на 1000 населення і погіршився порівняно з показником 2012 р. (-4,73) на 42,5%, протягом останніх п'яти років в області відзначається збільшення рівня смертності

населення (з 14,7‰ до 15,6‰) і зменшення рівня народжуваності (з 10,0‰ до 8,9‰). Найбільш вагомими причинами смертності населення у 2016 р. були хвороби системи кровообігу (70,52% від загальної кількості причин), злоякісні новоутворення (13,99%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (5,46%), хвороби органів травлення (3,61%) та хвороби органів дихання (2,01%).

Захворюваність населення Харківської області і поширеність хвороб, як основні індикатори стану здоров'я населення, протягом останніх п'яти років, значно відстають від загальноєвропейських показників та залишаються вищими за середні в Україні (рис. 2).

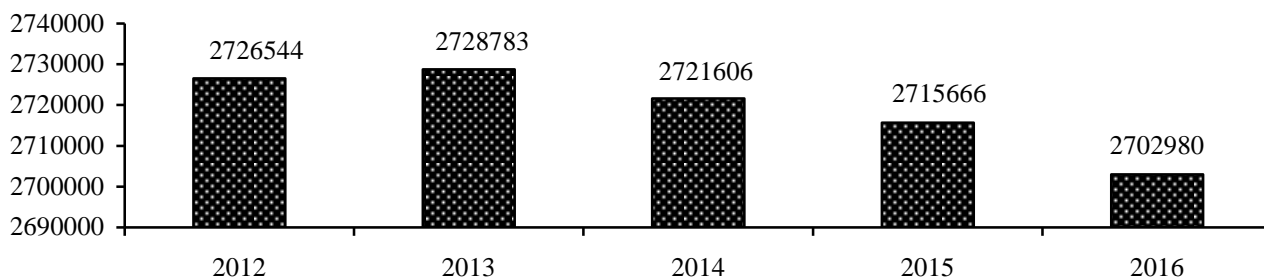


Рис. 1. Динаміка показників чисельності населення Харківської області за 2012–2016 рр.

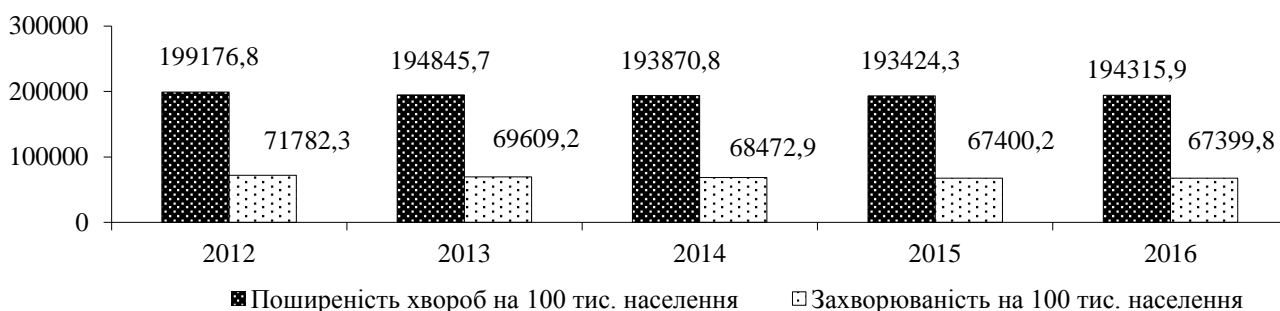


Рис. 2. Динаміка показників поширеності хвороб

серед населення Харківської області та захворюваності населення за 2012–2016 рр.

Станом на 01.01.2017 р. зареєстровано 5 252 321 захворювання серед усього населення області (194 315,94 на 100 тис. нас.), з яких 1 861 034 (35,4%) зареєстровано вперше. За структурою зареєстрованих захворювань найбільша питома вага належить хворобам системи кровообігу (29,32% від загальної кількості зареєстрованих хвороб), органів дихання (18,44%), органів травлення (10,62%), органів сечостатевої системи (6,64%), ока та його придаткового апарату (5,87%), кістково-м'язової системи і сполучної тканини (5,57%), ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин (4,33%), нервової системи (3,38%) та хворобам шкіри і підшкірної клітковини (2,51%). За структурою зареєстрованих уперше в житті захворювань у 2016 р. найбільшу питому вагу мали хвороби органів дихання (42,22%), системи кровообігу (7,65%), органів сечостатевої системи (6,97%), ока та його придаткового апарату (5,98%), шкіри та підшкірної клітковини (5,74%), органів травлення (5,04%), вуха та соскоподібного

відростка (4,60%), кістково-м'язової системи і сполучної тканини (4,57%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (4,48%). До негативних тенденцій останніх п'яти років (2012–2016 рр.) відноситься збільшення поширеності інфаркту міокарда – на 0,34% (з 119,82 до 120,23 на 100 тис. нас.) та інсультів – на 9,4% (з 294,04 до 321,64 на 100 тис. нас.). Проте щодо позитивних тенденцій – в області спостерігається зменшення захворюваності на туберкульоз – на 1,2% (з 42,3 до 41,8 на 100 тис. нас.) та ВІЛ/СНІД – на 3,4% (з 23,7 до 22,9 на 100 тис. нас.).

Останні п'ять років в області спостерігається негативна динаміка показників забезпеченості населення лікарями всіх спеціальностей і молодшими медичними працівниками та показників укомплектованості їх штатних посад зайнятими. Забезпеченість Харківського регіону лікарями на кінець 2016 р. становила 37,1 на 10 тис. населення і зменшилась порівняно з аналогічним показником 2012 р. (38,03 на 10 тис. населення) на 2,45%

(рис. 3). Також за період 2012–2016 рр. на 4,25% забезпеченість населення середнім медичним персоналом.



**Рис. 3.** Динаміка показників змін забезпеченості населення медичним персоналом Харківської області у 2012–2016 рр.

Щодо укомплектованості штатних посад зайнятими – також спостерігається зменшення показника серед лікарів на 3,55% (з 91,43% у 2012 р. до 88,19% у 2016 р.) і молодших медичних працівників – на 1,17% (з 95,28% до 94,17%). Негативні тенденції зміни індексу рівня укомплектованості медичними кадрами пов'язані, головним чином, із низькою заробітною платою медичних працівників, недостатністю бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я щодо подальшого покращення соціально-економічного захисту медичних працівників, матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я, недосконалістю заходів щодо підвищення престижу медичних працівників шляхом проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення.

Станом на 01.01.2017 р. система охорони здоров'я Харківської області має досить розвинену мережу, яка містить 82 лікарні (з яких 6 медичних закладів обласного значення, 60 закладів охорони здоров'я комунальної власності міської територіальної громади м. Харкова та 24 центральні районні лікарні), 63 самостійні амбулаторно-поліклінічні заклади, 21 диспансер, 11 стоматологічних поліклінік для дорослих і дітей (в т.ч. стоматологічних поліклінік вузів та НДІ), 4 обласні центри (медико-соціальної експертизи, служби крові, здоров'я, екстреної медичної допомоги та медицини катастроф) та обласне бюро судово-медичної експертизи, міський центр здоров'я, обласний і міський інформаційно-аналітичні центри медичної статистики, 4 будинки дитини, 10 санаторіїв, 3 вищі навчальні заклади III–IV рівнів акредитації та 6 навчальних закладів I–II рівнів акредитації, 9 науково-дослідних інститутів НАН і НАМН України і Міністерства соціальної політики України та мережа медичних закладів Південної залізниці. Серед інших відомчих установ у Харківській області функціонують Військово-медичний клінічний центр Північного регіону (Міністерство оборони України), медичні установи Міністерства внутрішніх справ України, оздоровчі заклади і курорти акціонерного товариства «Укрпрофоздоровниця». Така потужна мережа сприяє виконанню основного стратегічного

завдання діяльності системи охорони здоров'я – збереженню та зміцненню здоров'я населення і поліпшенню якості медичної допомоги, розробці конкретних лікувальних і профілактичних заходів, форм та методів роботи окремих спеціалізованих служб, створення для населення рівних умов щодо отримання медичних послуг європейської якості.

На виконання основних завдань Стратегії побудови нової системи охорони здоров'я та медичної освіти у Харківській області на період до 2020 року, затвердженої рішенням обласної ради № 1330-VI від 29.10.2015 р., в регіоні проводиться зміна моделі управління та фінансування закладів охорони здоров'я, створення єдиного медичного простору зі збереженням трирівневої системи організації надання медичної допомоги, але зі змінами принципів управління та фінансування галузі охорони здоров'я. Первинна медико-санітарна допомога з 2012 р. надається у 32 ЦПМСД лікарями загальної практики-сімейними лікарями (51,1% до загальної кількості лікарів, що надають первинну медичну допомогу, в цілому по області, з урахуванням м. Харкова), дільничними лікарями-терапевтами та дільничними педіатрами. Служба екстреної медичної допомоги об'єднана в єдиний Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, у складі якого діють 175 бригад екстреної (невідкладної) медичної допомоги, включаючи спеціалізовані. Вторинна медична допомога населенню Харківського регіону надається на амбулаторному та стаціонарному етапах у 27 поліклініках, 54 міських і районних лікарнях та лікарні «Хоспіс». Мережа закладів охорони здоров'я третинного рівня медичної допомоги, що функціонує в Харківській області, складається з 9 спеціалізованих лікарень і 3 центрів, 21 диспансеру загальнообласного чи міжрегіонального значення.

В сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я система медичної освіти Харківщини є дуже важливою складовою всієї системи охорони здоров'я та ефективним чинником формування єдиного медичного простору. Важливу роль у підготовці кваліфікованих

фахівців галузі охорони здоров'я і забезпеченні якості медичної допомоги населенню Харківського регіону відіграють науково-педагогічні працівники Харківського національного медичного університету, Харківської медичної академії післядипломної освіти та медичного факультету Харківського національного університету ім. В.М. Каразіна, базами кафедр яких є провідні багатопрофільні заклади охорони здоров'я міста та області. Підготовка молодших спеціалістів із медичною освітою здійснюється у 10 медичних коледжах, з яких 2 є структурними підрозділами Харківського національного медичного університету і Харківської медичної академії післядипломної освіти, а ще 1 – у складі мережі медичних закладів Південної залізниці.

### Висновки

За результатами дослідження визначено, що за період 2012–2016 р. чисельність населення в Харківському регіоні зменшилась за рахунок природного скорочення, інтенсивність якого становила 6,74 у розрахунку на 1000 осіб наявного населення. Серед найбільш вагомих причин смертності населення Харківської області визначено хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, травми, отруєння та

деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників, хвороби органів травлення та хвороби органів дихання.

На сьогодні система охорони здоров'я Харківського регіону має досить розвинену мережу і потужний науково-педагогічний потенціал, що сприяє виконанню основного стратегічного завдання діяльності системи охорони здоров'я – збереженню і зміцненню здоров'я населення, створення для населення рівних умов на отримання медичних послуг європейської якості.

За умови від'ємного природного приросту населення в Харківській області, високих показників захворюваності та поширеності хвороб, негативної динаміки показників забезпеченості населення медичними кадрами, нагальною потребою та основним завданням державної і регіональної демографічної політики є впровадження реформи системи охорони здоров'я, що базується на орієнтованості на потребі населення, результативності медичної допомоги на всіх рівнях її надання, впровадженні нових моделей фінансування медичної галузі та підвищенні якості медичної освіти.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з реформуванням системи охорони здоров'я та медичної освіти в Харківській області.

### Література

1. *Аналіз проблемних питань існуючої системи підготовки кадрів для первинної ланки охорони здоров'я (огляд літератури)* / Ю. В. Вороненко, О. Г. Шекера, Н. В. Медведовська [та ін.] // Сімейна медицина. – 2014. – № 3 (53). – С. 35–41.
2. *Громадське здоров'я: підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації* / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, Т. С. Грузева [та ін.]. – Вінниця, 2013. – С. 13–18.
3. *Методика аналізу стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних закладів адміністративних територій: методичні рекомендації* / М. В. Голубчиков [та ін.]. – Київ : МОЗ України, 2011. – 45 с.
4. *Медведовська Н. В.* Стан здоров'я дорослого населення України, діяльність та ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я в регіональному аспекті / Н. В. Медведовська, Д. Д. Дячук // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 1 (21). – С. 30–38.
5. *Микитась В. В.* Соціальна відповідальність держави як базовий принцип формування державної економічної політики / В. В. Микитась // Вісник Національного університету "Юридична академія України імені Ярослава Мудрого". – 2014. – № 1 (16). – С. 102–110.
6. *Орлова Н. М.* Методологія комплексного медико-соціального аналізу регіональних особливостей стану здоров'я населення / Н. М. Орлова // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2013. – Вип. 22 (4). – С. 198–204.
7. *Слабкий Г. О.* Кадрова політика [Електронний ресурс] / Г. О. Слабкий. – Режим доступу : <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp.p>. – Назва з екрана.
8. *Ситенко О. Р.* Державна політика в охороні здоров'я як важлива складова виконання стратегій ВООЗ / О. Р. Ситенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 2. – С. 28–32.
9. *Стратегія побудови нової системи охорони здоров'я та медичної освіти у Харківській області на період до 2020 року* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.ts.lica.com.ua/b\\_text.php](http://www.ts.lica.com.ua/b_text.php). – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.03.2017 р.

**Анализ некоторых показателей общественного здоровья, системы здравоохранения и медицинского образования в Харьковской области**

*А.И. Сердюк, О.А. Короп,  
Н.В. Просоленко, В.И. Крупеня, Б.А. Рогожин*  
Харьковская медицинская академия последиplomного образования, г. Харьков, Украина

**Цель** – провести анализ состояния и изменений некоторых показателей общественного здоровья, системы здравоохранения и медицинского образования в Харьковском регионе за 2012–2016 гг.

**Методы:** медико-статистический, аналитический и структурно-функционального анализа.

**Результаты.** За 2012–2016 гг. в Харьковской области определяется отрицательный естественный прирост населения вследствие увеличения уровня смертности населения и уменьшения рождаемости. Заболеваемость болезнями в течение последних пяти лет отстают от общеeвропейских показателей и остаются выше средних в Украине. В области наблюдается отрицательная динамика показателей обеспеченности населения медицинскими кадрами, однако система здравоохранения Харьковской области содержит более 220 мощных учреждений практического здравоохранения, 3 высших учебных медицинских, 9 научно-исследовательских институтов, Военно-медицинский клинический центр, медицинские учреждения Министерства внутренних дел Украины, оздоровительные учреждения и курорты акционерного общества «Укрпрофздравница».

**Выводы.** Система здравоохранения и медицинского образования Харьковского региона является достаточной базой для выполнения основных задач государственной и региональной политики по внедрению реформы системы здравоохранения.

**Ключевые слова:** общественное здоровье, система здравоохранения, медицинское образование.

**Analysis of some indices of public health, health care and medical education in the Kharkiv region**

*O.I. Serdyuk, O.A. Korop,  
N.V. Prosolenko, V.I. Krupenya, B.A. Rohozhyn*  
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education,  
Kharkiv, Ukraine

**Purpose** – analysis and change some parameters of public health, health care and medical education in the Kharkov region for 2012–2016.

**Methods:** The medical and statistical, analytical and structural and functional analysis.

**Results.** During 2012–2016 in Kharkov region defined by a negative natural population growth due to an increase in mortality and reducing fertility. Morbidity in Kharkov region and the prevalence of disease in the past five years behind the pan-European indices and are above average in Ukraine. In the observed negative dynamics of the availability of medical staff, but the health system Kharkov region includes more than 220 powerful practical health care institutions, 3 medical universities, 9 research institutes, Military Medical Clinical Centre, Ministry of health facilities Interior of Ukraine, recreational facilities and resort company “Ukrprofzdravnitsa”.

**Conclusions.** The health care system and medical education Kharkov region sufficient basis for common tasks state and regional policy on the implementation of health care reform.

**Key words:** public health, health care, medical education.

**Відомості про авторів**

**Сердюк Олександр Іванович** – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти; вул. Дарвіна, 8/10, м. Харків, 61002, Україна.

**Короп Олег Андрійович** – д.мед.н., доц., професор кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти; вул. Дарвіна, 8/10, м. Харків, 61002, Україна.

**Просоленко Наталія Василівна** – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти; вул. Дарвіна, 8/10, м. Харків, 61002, Україна.

**Крупеня Володимир Ілліч** – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти; вул. Дарвіна, 8/10, м. Харків, 61002, Україна.

**Рогожин Борис Анатолійович** – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти; вул. Дарвіна, 8/10, м. Харків, 61002, Україна.

УДК 614.2:004.424:001.8

В.В. Скрип

## Результати експертного дослідження щодо автономізації закладів охорони здоров'я

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

**Мета** – встановити експертним шляхом можливість автономізації закладів охорони здоров'я Закарпатської області та переваги, ризики і перепони на шляху зміни їх правового статусу.

**Матеріали та методи.** При виконанні даного дослідження використаний експертний метод. Експертами виступили 34 незалежні спеціалісти. Оцінка кожної позиції експертами проведена за 10-бальною системою. Отримані під час соціологічного дослідження результати опрацьовані з використанням статистичних методів.

**Результати.** Встановлено переваги, ризики та перепони на шляху зміни правового статусу закладів охорони здоров'я з комунальних установ на комунальні некомерційні підприємства.

**Висновки.** Отримані результати дослідження рекомендовано використовувати при автономізації закладів охорони здоров'я.

**Ключові слова:** заклад охорони здоров'я, комунальна установа, комунальне некомерційне підприємство, перетворення, переваги, ризики, перепони, експертний висновок.

### Вступ

Реформа системи надання медичної допомоги населенню в Україні передбачає автономізацію закладів охорони здоров'я [3]. Питання автономізації закладів охорони здоров'я відпрацьовувалися при виконанні в Україні проекту ЄС «Фінансування системи охорони здоров'я в Україні», який закінчився у 2006 р. [5].

Автономія передбачає: більшу свободу медичних працівників та закладів у прийнятті фахових медичних, управлінських та фінансових рішень; право застосовувати не заборонені законодавством альтернативні підходи до організації власної господарської діяльності, лікування, обстеження та інших видів обслуговування пацієнтів [4, 5].

Найважливіша за своїм значенням стратегія, можливість використання якої отримують автономізовані в результаті зміни господарсько-правового статусу лікарні – це організація своєї діяльності на основі контрактних (договірних) відносин, у тому числі з державою, яка є представником інтересів пацієнтів і виступає в цих відносинах як третя сторона-платник [4].

Відповідно до Закону «Про місцеве самоврядування в Україні» та Господарського кодексу України прийняття рішень, щодо зміни господарсько-правового статусу закладів охорони здоров'я є винятковою прерогативою відповідних місцевих рад [1, 6, 7].

У 2017 р. МОЗ України підготувало Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства [2].

**Мета роботи** – встановити експертним шляхом можливість автономізації закладів охорони здоров'я Закарпатської області та переваги, ризики і перепони на шляху зміни їх правового статусу.

### Матеріали та методи

При виконанні даного дослідження використано експертний метод. Експертами виступили 7 науковців, з яких 3 доктори та 4 кандидати наук, 12 організаторів охорони здоров'я вищої атестаційної категорії, 5 представників органів місцевого самоврядування, 5 працівників економічних служб у системі охорони здоров'я, 5 представників громадських організацій. Усього 34 експерти. Оцінка кожної позиції експертами проводилася за 10-бальною системою. Найвища оцінка – 10 балів. Повністю негативна оцінка – 1 бал. Отримані під час соціологічного дослідження результати опрацьовані з використанням статистичних методів.

### Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження нами вивчено думку експертів щодо переваг роботи закладу охорони здоров'я в якості комунального некомерційного підприємства. Отримані результати наведено в табл. 1.

Аналіз наведених у табл. 1 даних вказує на те, що експерти основною перевагою вказаного процесу вважають зміну командно-адміністративної моделі управління закладом охорони здоров'я на договірні відносини між закладом охорони здоров'я та його власником (9,4 балу). До інших важливих переваг експерти віднесли наступне: формування стимулів для поліпшення якості медичного обслуговування населення та право утворювати об'єднання підприємств з іншими закладами охорони здоров'я (8,9 балу) і збільшення господарської та фінансової автономії (8,7 балу).

Далі вивчено та проаналізовано ризики перетворення закладів охорони здоров'я з комунальної установи в комунальне некомерційне підприємство. Отримані результати наведено в табл. 2.



Таблиця 1

**Переваги комунального некомерційного підприємства над комунальною установою**

Показник	Бал
Зміна командно-адміністративної моделі управління закладом охорони здоров'я на договірні відносини	9,4
Збільшення господарської та фінансової автономії	8,7
Фінансування ЗОЗ зі статусом підприємства на основі власного фінансового плану	8,2
Підвищення економічної ефективності використання активів	8,4
Формування стимулів для поліпшення якості медичного обслуговування населення	8,9
Збільшення управлінської гнучкості комунальних закладів охорони здоров'я	8,1
Право утворювати об'єднання підприємств з іншими закладами охорони здоров'я	8,9
Самостійне визначення внутрішньої організаційної структури	8,1

Таблиця 2

**Ризики перетворення комунальної установи в комунальне некомерційне підприємство**

Показник	Бал
Відсутність досвіду господарювання в умовах підприємства	9,8
Відсутність досвіду ведення кадрової політики в умовах підприємства	9,1
Фінансові ризики, в тому числі пов'язані з податками	9,6
Ризики, пов'язані з конкурсом на отримання замовлення, конкурентнездатність	9,3
Зменшення рівня ресурсної підтримки місцевими органами влади	9,9
Скорочення медичного персоналу	8,5

Аналіз наведених у табл. 2 даних вказує на те, що основними ризиками перетворення закладів охорони здоров'я із комунальної установи в комунальне некомерційне підприємство експерти назвали такі: зменшення рівня ресурсної підтримки місцевими органами влади (9,9 балу); відсутність досвіду господарювання в умовах підприємства (9,8 балу); фінансові ризики, в тому числі пов'язані з податками (9,6 балу); конкурентнездатність окремих закладів охорони здоров'я при проведенні конкурсу на отримання бюджетного фінансування, що може призвести до закриття закладу охорони здоров'я (9,3 балу). Значну тривогу у експертів викликає відсутність досвіду ведення кадрової політики в умовах підприємства (9,1 балу), що може призвести до значного скорочення медичного персоналу (8,5 балу).

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу перепон на шляху до перетворення комунальної установи в комунальне некомерційне підприємство. Отримані результати наведено в табл. 3.

Наведені в табл. 3 результати дослідження вказують на те, що серед основних перепон на шляху перетворення закладів охорони здоров'я з комунальної установи в комунальне некомерційне підприємство експертами визначені наступні: відсутність політичної волі у депутатів та неприйняття ними відповідних рішень (9,8 балу), в зв'язку з різним рівнем ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я колективи малопотужних закладів не дадуть згоду для проведення їх автономізації (9,4 балу), супротив медичних працівників та невідповідність оснащення закладів охорони здоров'я табелем оснащення (по 9,3 балу). Однією із важливих перепон для проведення автономізації закладів охорони

здоров'я експерти назвали відсутність ефективної комунікаційної політики (9,2 балу).

Таблиця 3

**Перепони для перетворення комунальної установи в комунальне некомерційне підприємство**

Показник	Бал
Недосконала нормативно-правова база	6,4
Неприйняття рішення Радами.	
Відсутність політичної волі в депутатів	9,8
Супротив медичних працівників	9,3
Супротив населення	8,7
Невідповідність будівель та споруд нормам	8,1
Невідповідність обладнання та устаткування табелю оснащення	9,3
Різний рівень ресурсного забезпечення.	
Колективи малопотужних закладів не дадуть згоду до автономізації	9,4
Відсутність ефективної комунікаційної політики	9,2

**Висновки**

Експертним шляхом встановлено переваги, ризики та перепони на шляху зміни правового статусу закладів охорони здоров'я з комунальних установ на комунальні некомерційні підприємства.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням процесу підготовки та проведення автономізації закладів охорони здоров'я.

## Література

1. *Господарський кодекс України* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=436-15&p=1260965554782960>. – Назва з екрана.
2. *Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства*. – Київ, 2017. – 54 с.
3. *Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні* / за заг. ред. В. М. Лехан та В. М. Рудого. – Київ : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
4. *Рекомендації щодо реорганізації системи медичної допомоги в Україні: базова проблематика і варіанти рішень // Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні : матеріали до заключної конференції Проекту ЄС, м. Київ, 17 грудня 2009 р.* – Київ : Представництво Комісії в Україні, 2009. – 36 с.
5. *Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС «Фінансування системи охорони здоров'я в Україні» // Серія посібників за заг. ред. А. Малагардіса, В. Рудого.* – Київ : СПД Шмельков М.Ю., 2006.
6. *Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні* / В. М. Рудий. – Київ : Вид-во «Сфера», 2005. – 272 с.
7. *Про місцеве самоврядування в Україні* : Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=280%2F97-%E2%F0&p=1260965554782960>. – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.04.2017 р.

## Результаты экспертного исследования по вопросу автономизации учреждений здравоохранения

*В.В. Скрып*

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

**Цель** – установить экспертным путем преимущества, риски, препятствия автономизации учреждений здравоохранения в Закарпатской области.

**Материалы и методы.** При выполнении данного исследования использован экспертный метод. Экспертами выступили 34 независимых специалистов. Оценка проведена по 10-бальной системе. Полученные результаты обработаны с применением статистических методов.

**Результаты.** Установлены преимущества, риски, препятствия к автономизации учреждений здравоохранения.

**Выводы.** Полученные результаты исследования рекомендовано использовать при проведении автономизации учреждений здравоохранения.

**Ключевые слова:** учреждение здравоохранения, коммунальное учреждение, коммунальное некоммерческое предприятие, превращение, преимущества, риски, препятствия, экспертный вывод.

## The results of an expert study on the autonomization of health care institutions

*V.V. Skryp*

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

**Purpose** – to establish the advantages, risks, obstacles to the autonomization of healthcare institutions in the Transcarpathian region by expert means.

**Materials and methods.** In the implementation of this study, an expert method was used. The experts were 34 independent specialists. The evaluation is based on a 10-point system. The results obtained are processed using statistical methods.

**Results.** The advantages, risks, obstacles to the autonomization of health care institutions are established.

**Conclusions.** The results of the study are recommended to be used in the autonomization of health care institutions.

**Key words:** health care institution, communal institution, municipal non-profit enterprise, transformation, advantages, risks, obstacles, expert conclusion.

## Відомості про автора

**Скрип Василь Васильович** – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Г.О. Слабкий<sup>1</sup>, В.І. Миронюк<sup>1</sup>, Л.О. Качала<sup>1</sup>, О.М. Ратаніна<sup>2</sup>

## Основні терміни, які вживаються у сфері громадського здоров'я

<sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

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

**Мета** – надати тлумачення термінів, які часто вживаються у сфері громадської охорони здоров'я.

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

**Результати.** Наведено значення основних термінів, застосовуваних у сфері громадського здоров'я.

**Висновки.** Рекомендовано до використання організаторам охорони здоров'я і науковцям.

**Ключові слова:** громадське здоров'я, тлумачення термінів.

### Вступ

В Україні з 2014 р. активно впроваджується система громадського здоров'я на всіх рівнях управління. До даного процесу залучені, крім галузі охорони здоров'я, система освіти, промисловість, приватний сектор, засоби масової інформації, науковці. У таких умовах важливим є застосування єдиної термінології з метою чіткого розуміння процесів системи громадського здоров'я. У даній роботі наведено термінологію з громадського здоров'я, яка використовується в провідних країнах світу [1–15].

**Мета роботи** – надати тлумачення термінів, які часто вживаються у сфері громадського здоров'я, для ознайомлення з ними організаторів охорони здоров'я і науковців.

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

### Результати дослідження та їх обговорення

Нижче наведено перелік і тлумачення основних термінів для використання у сфері громадського здоров'я.

<b>Баланс здоров'я</b>	Стан рівноваги між потенціалом здоров'я і факторами, які на нього впливають.
<b>Безпечний рівень здоров'я</b>	Мінімальний рівень потенціалу здоров'я, за якого відсутні ознаки хронічних захворювань та ендогенні фактори ризику їх виникнення.
<b>Благополучна епідемічна ситуація</b>	Інфекційні хвороби не реєструються взагалі або реєструються їх поодинокі випадки, відсутні сприятливі умови для поширення цих хвороб.
<b>Боротьба з хворобами, контроль (протидія) захворювань</b>	Заходи щодо зниження частоти нових випадків поширеності захворювання або смертності в результаті цілеспрямованих дій. Хоча хвороба може і не належати до пріоритетних із погляду громадського здоров'я, але для утримання захворюваності на низькому рівні необхідно вживати профілактичних заходів.
<b>Вимоги безпеки для здоров'я і життя людини</b>	Розроблені на основі медичної науки критерії, показники, гранично допустимі межі, санітарно-епідеміологічні нормативи, правила, норми, регламенти тощо (медичні вимоги щодо безпеки для здоров'я і життя людини), розробка, обґрунтування, контроль і нагляд за якими належить виключно до медичної професійної компетенції.
<b>Всеохватна система охорони здоров'я</b>	Система охорони здоров'я, яка включає всі елементи, необхідні для задоволення потреб населення в охороні здоров'я.
<b>Гігієнічне виховання</b>	Один із напрямків підтримки здоров'я, що являє собою комплексну просвітницьку, навчальну та власне виховну діяльність, спрямовану на формування гігієнічної культури, здорового способу життя індивідів, груп осіб, населення.
<b>Громадська охорона здоров'я</b>	Комплекс різноманітних заходів для попередження захворювань, подовження життя, зміцнення психічного та фізичного здоров'я і працездатності шляхом організованих зусиль суспільства, спрямованих на оздоровлення довкілля, боротьбу з

	<p>інфекційними хворобами, навчання людей навичкам особистої гігієни, організацію медичних служб для профілактики і ранньої діагностики, реабілітації хворих, лікування захворювань, а також на розвиток громадських інститутів для забезпечення кожній людині умов життя, необхідних для збереження та зміцнення здоров'я.</p> <p>Наука і практика попередження захворювань, продовження життя і зміцнення здоров'я завдяки організованим діям суспільства.</p>
<b>Громадське здоров'я</b>	<p>Включає всі заходи (медичні і немедичні), що проводяться з метою захисту, поліпшення загального стану здоров'я населення та пропагування здорового способу життя. Сфера громадського здоров'я поєднує різні наукові дисципліни, навички та переконання, спрямовані на підтримання та вдосконалення здоров'я всього населення шляхом вжиття колективних чи соціальних заходів. Залучені до цієї сфери програми, послуги та організації наголошують на необхідності запобігання хворобі через профілактичні заходи, а також на задоволенні потреб в охороні здоров'я всього населення.</p> <p>Наука і мистецтво запобігання захворюванням, продовження життя і зміцнення фізичного та психічного здоров'я шляхом ефективного і організованого впливу громади та суспільства на цей процес, а також досягнення необхідної результативності завдяки цілеспрямованим зусиллям населення.</p> <p>Поняття «громадське здоров'я» може включати в себе структури і процеси, за допомогою яких інтерпретується, забезпечується і зміцнюється здоров'я різних груп населення за рахунок цілеспрямованої діяльності всього суспільства.</p> <p>Дуже важливий економічний і соціальний потенціал країни, зумовлений впливом різних факторів навколишнього середовища і способу життя населення, який дає змогу забезпечити оптимальний рівень якості й безпеки життя.</p>
<b>Група ризику</b>	<p>Група людей, які через свій біологічний, соціальний статус, поведінку чи умови навколишнього середовища більш схильні до виникнення хвороб чи порушень здоров'я порівняно з рештою населення.</p>
<b>Державне регулювання галузі охорони здоров'я</b>	<p>Система типових законодавчих, виконавчих і контролюючих заходів, що здійснюються правочинними державними установами і громадськими організаціями з метою збереження та зміцнення здоров'я нації.</p>
<b>Державні медичні програми</b>	<p>Програми, які спрямовані на вирішення нагальних проблем охорони здоров'я населення у масштабах країни та виконуються силами галузі охорони здоров'я за рахунок її бюджету.</p>
<b>Детермінанти здоров'я</b>	<p>Комплекс індивідуальних, соціальних, економічних та екологічних факторів, що визначають стан і рівень здоров'я окремих людей, груп населення та нації загалом. Численні фактори, що впливають на здоров'я, взаємодіють між собою. Виконання завдання щодо зміцнення здоров'я безпосередньо пов'язане з конкретними діями і пропагандистськими заходами при формуванні комплексу чинників, які удосконалюються, причому не тільки тих, які асоціюються з діями конкретної особи (наприклад, зі способом її життя або поведінки), але й таких, як розмір доходу і соціальний статус, рівень освіти, стан виробничого середовища, умови роботи за наймом, наявність доступу до відповідного медичного обслуговування і якість навколишнього середовища людини. Відповідне поєднання вищезгаданих факторів визначає конкретні умови життя людини, які впливають на її здоров'я. Ті чи інші зміни в способі життя і житлових умовах, від яких залежить стан здоров'я людини, розглядаються як проміжні показники здоров'я.</p>
<b>Діяльність громади з охорони здоров'я</b>	<p>Спільні заходи, які здійснюються на комунальному рівні і спрямовані на посилення суспільного контролю за відповідними факторами збереження здоров'я, сприяючи тим самими його зміцненню.</p>
<b>Епідеміологічний нагляд</b>	<p>Сучасна форма організації протиепідемічної роботи, спрямована на систематичне спостереження за розвитком епідемічного процесу у зв'язку із соціальними та</p>

	природними умовами на конкретній території з метою обґрунтування проведення відповідних профілактичних та протиепідемічних заходів.
<b>Епідеміологія</b>	<p>У вузькому розумінні епідеміологія – це вивчення статистичної частоти та статистичного розподілу захворювань серед населення, а також факторів, які визначають частотність захворювань. У широкому розумінні термін «епідеміологія» застосовується стосовно інших питань медичної науки, до розгляду яких залучаються метод емпіричного соціального дослідження та статистичний метод. Епідеміологія вважається основною сферою громадського здоров'я, оскільки ця галузь медицини (на відміну від клінічної) не зосереджена на окремій особі, яка потребує медичної допомоги, натомість у центрі її уваги перебуває все населення або окремі його групи. На основі фактів, що збираються епідеміологією, можуть розроблятися пропозиції стосовно вдосконалення громадського здоров'я. Наприклад, при дослідженні із застосуванням методу «випадок–контроль», за якого інформація отримується ретроспективно (тобто використовуються дані за минулий період), можна, зокрема, з'ясувати, які типи поведінки (наприклад, заняття спортом) дають змогу запобігти певним хворобам серед різних груп населення. Водночас, у так званих групових дослідженнях групи людей, які різняться між собою хоча б однією характеристикою (наприклад, способом харчування), зазвичай вивчаються протягом кількох років на предмет виникнення у них певного захворювання.</p> <p>Наука, що вивчає закономірності поширення і фактори, які визначають стан чи події, пов'язані зі здоров'ям у певній популяції, із застосуванням результатів досліджень для контролю проблем здоров'я.</p> <p>Наука про виникнення і поширення захворювань у людській популяції. Сучасна епідеміологія вивчає як інфекційні, так і неінфекційні захворювання, а також закономірності їх поширення і методи боротьби з ними.</p>
<b>Епідемічна ситуація</b>	Показник епідемічного благополуччя території (об'єкта) у певний час, характеризується рівнем і динамікою захворювання людей на інфекційні хвороби, наявністю або відсутністю відповідних факторів передачі інфекції та іншими обставинами, які впливають на поширення інфекційних хвороб.
<b>Забезпечення справедливості в питаннях охорони здоров'я</b>	Надання однакових можливостей кожній людині досягнути повного потенціалу власного здоров'я без шкідливих для здоров'я впливів.
<b>Загальнодержавний підхід</b>	Розподіл керівництва по вертикалі – між різними рівнями державної влади і сферами управління, а також по горизонталі – між секторами. Загальнодержавні заходи носять багаторівневий характер: від місцевого до глобального масштабу. До них все більше залучаються групи, які формально не входять до системи державного управління. Прикладом загальнодержавного підходу є принцип обліку інтересів здоров'я у всіх стратегіях, направлений на те, щоб стратегічне керівництво в інтересах здоров'я і благополуччя було пріоритетом не тільки для сектору охорони здоров'я, але й для інших секторів; принцип працює в обох напрямках; облік впливу діяльності різних секторів на здоров'я; облік впливу факторів здоров'я на відповідні сектори.
<b>Здоров'я</b>	<p>Стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів.</p> <p>Відчутне підвищення рівня здоров'я, зниження рівня смертності, захворюваності та інвалідності, зумовлених виявленими захворюваннями або порушеннями. Термін «здоров'я» має низку аспектів тлумачення – філософських, медичних, біологічних, побутових – і відображає ступінь розвитку суспільства. Перше визначення, що подається в статуті ВООЗ, – це ідеальне здоров'я, тобто здоров'я як основне право людини і глобальна соціальна мета, досягнення якої потрібно прагнути в рамках багатогранної діяльності з розвитку охорони здоров'я. Однак такий стан неможливо оцінити з об'єктивного погляду, у зв'язку з чим на практиці часто використовується друге визначення цього поняття (наприклад, у медико-санітарній статистиці).</p>

<b>Здоров'я для всіх</b>	Стратегічна мета, яка є основою в досягненні всіма людьми світу такого рівня здоров'я, який дозволяв би їм вести соціально і економічно продуктивне життя.
<b>Здоров'я індивідуальне</b>	Стан повного фізичного, психічного, соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних дефектів.
<b>Здоров'я психічне</b>	Стан, що характеризується динамічним процесом психічної діяльності, якому притаманні детермінованість психічних явищ, гармонійний взаємозв'язок між ураженням обставин дійсності та ставленням індивідуума до неї, адекватність.
<b>Здоров'я сексуальне</b>	Здатність до сексуальних відносин і до реалізації репродуктивної функції організму.
<b>Здоров'я фізичне</b>	Стан, який характеризується рівнем фізичного розвитку, фізичних можливостей і адаптаційних здібностей окремих індивідів, груп людей і суспільства в цілому, що забезпечує досягнення якості життя, благополуччя суспільства та збереження і зміцнення громадського здоров'я.
<b>Здоровий спосіб життя</b>	Типові та істотні для конкретної суспільно-економічної формації види, типи та способи життєдіяльності людини, які підвищують адаптивні можливості її організму і сприяють повноцінному виконанню нею соціальних функцій при активній достатній тривалості життя. Можливість адаптувати і підтримувати практичну діяльність звичок, які зміцнюють здоров'я людини, її сім'ї і суспільства. Поведінка людей, яка формується на основі науково обґрунтованих рекомендацій, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я, забезпечення високого рівня працездатності, досягнення активного довголіття.
<b>Здорові</b>	Особи, що не хворіли протягом року або рідко зверталися до лікаря без втрати працездатності.
<b>Зміцнення здоров'я</b>	Процес, який дає змогу кожній людині і всій громаді посилити контроль за факторами, які визначають здоров'я, і таким чином поліпшити здоров'я. Це одна з визначальних концепцій сучасної охорони здоров'я, яка вказує на центральну роль самої людини в нагромадженні потенціалу для зміцнення здоров'я і довголіття шляхом відмови від шкідливих звичок і модифікації способу життя. Матеріальними передумовами для зміцнення здоров'я є створення умов для правильного харчування (оздоровлення продуктів масового споживання), санітарний контроль за чистотою навколишнього середовища, заборона тютюнокуріння в громадських місцях, поліпшення психологічного клімату в сім'ї і на виробництві та інші способи обмеження факторів ризику.
<b>Імунопрофілактика</b>	Захист організму від інфекційної хвороби, заснований на проведенні профілактичних щеплень вакцинами – активна імунізація, а також на введенні імунних сироваток (гамма-глобулінів) – пасивна імунізація.
<b>Інвестиції в здоров'я</b>	Капіталовкладення, цільове призначення яких безпосередньо пов'язане із забезпеченням і поліпшенням здоров'я. Вони можуть бути надані як державними, так і приватними організаціями, а також населенням, у тому числі окремими особами або групами. Інвестиції для здійснення стратегій охорони здоров'я базуються на знаннях про детермінанти здоров'я і орієнтовані на забезпечення цілей зміцнення здоров'я в рамках державної політики.
<b>Індекс здоров'я</b>	Показник, який відображає у відсотках частку населення або частину групи, в якій не зафіксовані захворювання.
<b>Керівництво, стратегічне керівництво, стратегічне управління</b>	Стратегічне керівництво стосується механізмів взаємодії органів державної влади та інших організацій суспільства, їх взаємовідносин із громадянами і шляхів прийняття рішень у багатогранному глобальному світі.

<b>Медико-санітарна грамотність, медична грамотність</b>	Сукупність когнітивних і соціальних навичок, які визначають намагання і можливості індивідуально знаходити, розуміти і використовувати інформацію з метою підтримки і зміцнення здоров'я.
<b>Мережа «Здорові регіони»</b>	<p>Мережа регіонів в Європі, створена за ініціативи Європейського регіонального бюро ВООЗ, покликана змінити світогляд людей щодо захисту, збереження і зміцнення здоров'я та забезпечити вжиття в регіонах необхідних для цього заходів. Її метою є підтримка урядів країн щодо прихильності принципам здоров'я для всіх шляхом розробки і формування на регіональному рівні відповідної політики охорони здоров'я.</p> <p>Мережа регіонів, створена з ініціативи Європейського регіонального бюро ВООЗ для вирішення проблем популяційного здоров'я шляхом впровадження стратегій ВООЗ «Здоров'я для всіх» через соціальні (політичні) рішення регіональних органів влади щодо подолання таких питань, як оздоровлення навколишнього середовища, створення передумов для здорового способу життя в регіонах та ін.</p>
<b>Міжнародні санітарні правила</b>	Єдині санітарно-адміністративні і медико-санітарні правила, розроблені ВООЗ для проведення протиепідемічних заходів щодо захисту від карантинних інфекцій у морських портах, аеропортах, на залізничних та автомобільних дорозах.
<b>Міжсекторальні дії</b>	Зусилля сектору охорони здоров'я, направлені на розвиток співпраці з іншими секторами суспільства з метою поліпшення здоров'я показників населення.
<b>Міста здоров'я</b>	Міста, які неухильно намагаються створити і удосконалити таке фізичне і соціальне середовище, а також здійснювати пошук таких додаткових суспільних коштів, які допомагають людям надавати один одному взаємну підтримку у виконанні різноманітних життєвих функцій і в найбільш повній реалізації їх потенційних можливостей. Проект «Міста здоров'я» – це довгострокова програма розвитку, мета якої – включити питання охорони здоров'я до порядку денного осіб, які приймають рішення в містах Європи, а також забезпечити найбільш активне і дієве просування інтересів громадського здоров'я на місцевому рівні. Мережа «міста здоров'я» являє собою сукупність європейських міст, які вирішили в порядку експерименту апробувати нові методи зміцнення здоров'я і поліпшення якості навколишнього середовища.
<b>Моніторинг громадського здоров'я</b>	Система довгострокових спостережень, оцінок, контролю, прогнозу стану і зміни здоров'я населення.
<b>Нерівність стосовно здоров'я</b>	Відмінність за показниками здоров'я між індивідуумами або групами. Наприклад, за такими параметрами, як очікувана тривалість життя, смертність або захворюваність. Відмінності стосовно здоров'я – це різниця коливання і дисбаланс за динамічними показниками стану здоров'я окремих громадян і груп населення. Деякі з цих відмінностей залежать від біологічних або інших факторів, таких як вік, що не піддаються зовнішньому впливу; інші відмінності, навпаки, можна усунути.
<b>Несправедливості стосовно здоров'я</b>	<p>Різниця або нерівність щодо здоров'я, яка може бути усунута і в основі якої лежить порушення принципу соціальної справедливості в тій або іншій формі. Несправедливості за показниками здоров'я можуть спостерігатися як на рівні окремих груп населення у межах країни, так і між країнами. Виникають унаслідок різниці всередині і між суспільними групами і залежать від розподілу ресурсів і владних повноважень.</p> <p>Несправедливості – це такі відмінності стосовно здоров'я, які виникають не випадково і не в результаті усвідомлених рішень окремої людини, а обумовлені відмінностями соціальних, економічних і екологічних змінних, які можна усунути (наприклад, умови життя і праці, рівень освіти, характер професійної діяльності; дохід, доступ до високоякісних послуг медичної допомоги, профілактики захворювань, зміцнення здоров'я). Ці відмінності значною мірою знаходяться поза індивідуальною сферою впливу і можуть бути усунуті завдяки заходам державної політики.</p>

<b>Нове громадське здоров'я</b>	Концепція застосування біологічних, соціальних і поведінкових наук для вивчення феномена здоров'я в людській популяції. Включає два основні об'єкти аналізу: епідеміологічні дослідження умов і стану здоров'я в популяції і вивчення організаційного соціального відгуку на ці умови, і особливо того шляху, яким цей відгук структурується через систему охорони здоров'я (ВООЗ).
<b>Облік інтересів здоров'я у всіх стратегіях, облік інтересів здоров'я у всіх напрямках політики</b>	Існує багато визначень цього принципу, основна суть якого полягає в необхідності чіткого включення аспектів охорони здоров'я в політику, яка проводиться кожним сектором. У контексті політики «Здоров'я – 2020» принцип «облік інтересів здоров'я у всіх стратегіях» направлений на те, щоб стратегічне керівництво в інтересах здоров'я і благополуччя стало пріоритетом не тільки для сектору охорони здоров'я і діяло відповідно до цієї ролі. З іншого боку, це облік впливу здоров'я людей на діяльність відповідних секторів. Сектор охорони здоров'я може надавати активну допомогу іншим секторам державного управління в розробці політики і досягненні поставленої мети. Щоб зміцнити здоров'я і благополуччя, урядам необхідні регламентовані процеси, які підтримують принципи вирішення проблем на міжсекторальному рівні і сприяють усуненню дисбалансів у розподілі владних повноважень. Це включає надання лідерства, мандату, стимулів, бюджетних зобов'язань і стійких механізмів, які сприяють спільній роботі державних органів над комплексними рішеннями.
<b>Охорона громадського здоров'я</b>	Заходи з профілактики хвороб, зміцнення фізичного і психічного здоров'я, подовження життя шляхом цілеспрямованої діяльності всього суспільства.
<b>Оцінка впливу на здоров'я</b>	Комплексне визначення як прямих, так і непрямих наслідків стосовно стану здоров'я, розвитку охорони здоров'я і соціально-економічного розвитку в цілому, проведення відповідної політики або програми, діяльності конкретних служб або закладів.
<b>Очікувана тривалість життя / середня тривалість майбутнього життя</b>	Середня кількість років життя, які проживе немовля за умови, що протягом його життя не зміниться структура причин смерті і рівні смертності, які спостерігаються в рік його народження.
<b>Очікувана тривалість життя при народженні</b>	Кількість років, яку в середньому належить прожити певному поколінню народжених осіб за умови, що протягом усього життя цього покоління (при переході його з одного віку в інший) рівень смертності дорівнюватиме сучасному рівню смертності населення в окремих вікових групах. Знаходиться шляхом обчислення таблиць смертності і очікуваної тривалості життя.
<b>Очікувана тривалість здорового життя людини</b>	Показник демографічної статистики, який характеризує очікувану тривалість здорового життя людини на тому відрізку її життя, який, згідно із загальноприйнятими нормами і уявленнями, а також висновками спеціалістів, асоціюється зі здоров'ям і благополуччям або з відсутністю будь-яких розладів, хвороб та інвалідності. Зокрема, показники очікуваної тривалості здорового життя людини включають в себе такі показники, як тривалість життя без інвалідності (DALY) і тривалість життя, скоригована на якість (QALY), які переважно відображають період у житті індивідуума, не обтяжений інвалідністю, розладами і/або хронічними захворюваннями.
<b>Підтримуюче середовище</b>	Середовище, яке підтримує здоров'я, дає змогу людям захистити його від можливої загрози і сприяє розширенню їхніх потенційних можливостей та більшій опорі на власні сили стосовно здоров'я. У медико-санітарному сенсі – як фізичні, так і соціальні аспекти навколишнього середовища, що включають: місця проживання людей, місцеву громаду; їхні дім і сім'ю; місця, де вони працюють і відпочивають. До підтримуючого середовища належать і рамки, які визначають доступ до життєзабезпечення ресурсами, а також можливості для зростання і розвитку. Таким чином, спрямовані на створення підтримуючого середовища заходи і дії мають безліч вимірів і параметрів: фізичних, соціальних, духовних, економічних і політичних. Кожний із цих аспектів нерозривно пов'язаний з іншими в рамках динамічної взаємодії.



<b>Підхід з урахуванням усіх періодів життя, увага до всіх етапів життя</b>	Цей принцип передбачає, що показники здоров'я індивідуума і спільноти залежать від взаємодії багаточисельних захисних факторів і факторів ризику протягом усього життя людей. Підхід з урахуванням усіх періодів життя забезпечує більш всебічне уявлення про здоров'я і його детермінанти, зосереджує увагу на втручаннях, необхідних для того чи іншого вікового етапу життя людини.
<b>Порушення здоров'я</b>	Хронічний або тимчасовий стан, який призводить до появи патологічних змін у функціях чи анатомічній структурі організму.
<b>Послуги громадської охорони здоров'я</b>	Послуги, пов'язані із здійсненням основних оперативних функцій громадської охорони здоров'я. Можуть надаватися силами системи охорони здоров'я або інших секторів (за межами даної системи), діяльність яких впливає на здоров'я.
<b>Принцип участі всього суспільства</b>	Розширення загальнодержавного підходу з додатковою увагою до ролі приватного сектору, громадського суспільства і політичних керівників, таких, як депутати парламентів. Такий підхід, завдяки залученню приватного сектору, громадянського суспільства місцевих обшин і окремих громадян, підвищує стійкість і міцність спільнот, їх здатність протистояти загрозам здоров'ю, безпеки і благополуччю. Принцип характеризується виходом за рамки формальних установ. Він чинить мобілізуючий вплив на місцеву і глобальну культуру та засоби масової інформації, сільські і міські спільноти і всі стратегічно важливі для здоров'я сектори політики, такі як освіта, транспорт, охорона навколишнього середовища і навіть містобудівельне проектування.
<b>Прогнозування</b>	Підпроцес управління, який базується на науково обґрунтованому передбаченні і визначенні майбутніх варіантів цілей, способів, впливу і засобів вирішення поставлених завдань, тенденцій розвитку і вірогідного стану об'єкта і суб'єкта управління.
<b>Профілактика</b>	Складова частина медицини. Соціально-профілактичний напрямок у справі охорони і зміцнення здоров'я населення включає медичні, санітарно-технічні, гігієнічні і соціально-економічні заходи. Створення системи попередження захворювань і усунення факторів ризику є найважливішим соціально-економічним і медичним завданням держави. Виділяють індивідуальну і громадську профілактику. Залежно від стану здоров'я, наявності факторів ризику захворювання або вираженої патології в людини розглядають три види профілактики.
<b>Профілактика вторинна</b>	Комплекс заходів щодо усунення виражених факторів ризику, які при відповідних умовах (зниження імунного статусу, перенапруження, адаптаційний зрив) можуть призвести до виникнення, загострення або рецидиву захворювання. Найбільш ефективним методом вторинної профілактики є диспансеризація, як комплексний метод раннього виявлення захворювань, динамічне спостереження, спрямоване лікування, раціональне послідовне оздоровлення.
<b>Профілактика первинна</b>	Система заходів попередження виникнення і впливу факторів ризику на розвиток захворювань (вакцинація, раціональний режим праці і відпочинку, раціональне якісне харчування, фізична активність, оздоровлення навколишнього середовища тощо). До первинної профілактики належать соціально-економічні заходи держави щодо оздоровлення способу життя, навколишнього середовища, виховання та ін. Профілактична діяльність обов'язкова для всіх медичних працівників. Невипадково поліклініки, лікарні, диспансери, пологові будинки називаються лікувально-профілактичними закладами.
<b>Профілактика третинна</b>	Комплекс заходів щодо реабілітації хворих, які втратили можливість повноцінної життєдіяльності. Третинна профілактика має на меті соціальну (формування впевненості у власній соціальній придатності), трудову (можливість поновлення трудових навичок), психологічну (поновлення поведінкової активності особистості) і медичну (поновлення функцій органів і систем) реабілітацію.

<b>Ресурси громадської охорони здоров'я, потенціал громадської охорони здоров'я</b>	Ресурси (фізичні, фінансові, кадрові та інші), необхідні для здійснення основних оперативних функцій громадської охорони здоров'я.
<b>Ресурси здоров'я</b>	<p>Морально-функціональні та психологічні можливості організму змінити баланс здоров'я в позитивний бік. Підвищення ресурсів здоров'я забезпечується всіма способами здорового способу життя (харчування, фізичні навантаження, відпочинок тощо).</p> <p>Сукупність усіх засобів, які має суспільство на національному, територіальному (регіональному, комунальному) та індивідуальному рівнях для збереження і зміцнення потенціалу здоров'я громадян.</p> <p>У широкому розумінні ресурс здоров'я можна визначити як будь-який фактор (або ресурс), що підвищує можливість індивідуума, місцевої спільноти або більш широкої групи населення захищати, зміцнювати і підтримувати власне здоров'я і благополуччя. Такі ресурси можуть функціонувати на індивідуальному рівні, на рівні групи, спільноти і всього населення як захисні фактори для протистояння життєвому стресу і допоміжні фактори для досягнення максимальних можливостей щодо здоров'я.</p>
<b>Розширення прав і можливостей, розширення повноважень</b>	<p>Це поняття застосовується в різних значеннях, які змінюються в широких межах. У найбільш загальному плані йдеться про можливості приймати рішення, які впливають на особисту і колективну ситуацію. У контексті «Здоров'я – 2020» розширення прав і можливостей – це процес, який дає змогу їм здійснювати більш повний контроль за прийняттям рішень і діями, які впливають на їхнє здоров'я. Для того, щоб ефективно використовувати на практиці свої повноваження, окремі громадяни і спільноти повинні розвивати відповідні навички, мати доступ до інформації і ресурсів, а також мати практичні можливості для реального впливу на фактори, які діють на їхнє здоров'я і благополуччя.</p>
<b>Санітарне та епідемічне благополуччя населення</b>	Стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини, при якому показники захворюваності перебувають на усталеному рівні для даної території, умови проживання сприятливі для населення, а параметри факторів середовища життєдіяльності знаходяться в межах, визначених санітарними нормами.
<b>Соціальна мережа, соціальна структура</b>	Сукупність громадських взаємовідносин і зв'язків, які можуть забезпечити отримання або мобілізацію соціальної підтримки в інтересах здоров'я.
<b>Соціальний градієнт здоров'я</b>	Ступеневе поліпшення показників здоров'я у міру покращення соціально-економічного становища. В якості шкали відліку використовуються такі параметри, як прибуток, характер трудової діяльності або рівень освіти. Аналогічним чином соціальний градієнт здоров'я можна визначити, як ступеневе або лінійне зниження показників здоров'я, яке виникає у міру погіршення соціального положення.
<b>Соціальні детермінанти здоров'я</b>	Умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють включаючи систему охорони здоров'я. Ці обставини формуються залежно від розподілу грошових коштів, владних повноважень і ресурсів на глобальному, національному і місцевому рівнях, які, своєю чергою, знаходяться під впливом заходів політики, що проводяться. Саме соціальні детермінанти здоров'я покладені в основу більшості несправедливостей щодо здоров'я, тобто дискримінаційної та розбіжностей у показниках здоров'я, які спостерігаються в країнах і між країнами та можуть бути усуненими.
<b>Соціальні нерівності</b>	Відмінності в розподілі соціальних та економічних факторів або соціальних детермінант здоров'я в межах країни або між країнами. Соціальні нерівності зазвичай вимірюються такими параметрами, як дохід, освіта і трудова діяльність. Соціальні нерівності сприяють виникненню різниці за показниками здоров'я (нерівностей щодо здоров'я) і часто є первинним джерелом або причиною

	нерівностей щодо здоров'я. Тому заходи, направлені на скорочення нерівностей щодо здоров'я, включають вплив на соціальні детермінанти, такі як рівень освіти, умови проживання і роботи, працевлаштування і дохід. Так, наприклад, сумісними діями в секторах охорони здоров'я та освіти домагаються, щоб дівчата не залишали школу і завершували середню освіту. Це одночасно поліпшує як їхнє здоров'я, так і життєві можливості та скорочує нерівності щодо здоров'я і в соціальному плані, пов'язані з більш низьким рівнем освіти або незавершеним навчанням.
<b>Спосіб життя</b>	Визначений, історично обумовлений тип, вид життєдіяльності в матеріальній і нематеріальній сферах. Виділяють 4 категорії способу життя: рівень життя, якість життя, стиль життя та устрій життя.
<b>Справедливість стосовно здоров'я</b>	Соціальна справедливість – відсутність попереджувальних несправедливих або тих, що можуть бути усуненими, відмінностей між групами людей, об'єднаних за соціальними, економічними, демографічними або географічними ознаками. Соціальна справедливість стосовно здоров'я передбачає, що в ідеалі кожна людина повинна мати достойну можливість досягнення власного повного потенціалу здоров'я в більш практичному сенсі, що ніхто не повинен знаходитися в менш сприятливому становищі, ніж інші, в плані досягнення цього потенціалу.
<b>Стратегічне керівництво в інтересах здоров'я</b>	Дії органів державного управління та інших структур, направлені на керівництво спільнотами, країнами або групами країн в їх зусиллях для досягнення здоров'я як невід'ємної складової благополуччя із застосуванням як «загальнодержавного підходу», так і принципу «участі всього суспільства».
<b>Тягар хвороби глобальний (тягар хвороби)</b>	Показник, що кількісно визначає втрату років життя з високою якістю (здорового життя) через хворобу; виражається в роках життя з поправкою на непрацездатність і на якість життя (DALYs і QALYs); при вимірюванні враховується захворюваність, смертність, працездатність (присутність на роботі, в школі тощо). Тягар хвороби глобальний визначається як індикатор, що обчислює втрати здорового життя від хвороб, вимірювані в роках життя, скоригованих на непрацездатність. DALYs є одиницею виміру як глобального тягара хвороб, так і результативності втручань охорони здоров'я, як індикатора зниження тягара хвороб.
<b>Фактори ризику</b>	Фактори умов існування, що становлять загрозу для самого здоров'я або виникнення захворювань. Вони можуть чинити генералізований або спеціалізований вплив, тобто вплив на весь організм або на певну його систему, наприклад серцево-судинну, травну, статеву, нервову. Вплив може бути гострим або хронічним. Соціально-економічне становище, біологічний статус, стереотипи поведінки або умови навколишнього середовища, які асоціюються з підвищеною сприйнятливістю до конкретного захворювання або є причиною погіршення здоров'я чи травми. Потенційно шкідливі для здоров'я фактори поведінкового, біологічного, генетичного, екологічного, соціального характеру; навколишнього і виробничого середовища, які підвищують імовірність розвитку захворювань, їх прогресування і несприятливого результату. Потенційно небезпечні для здоров'я фактори поведінки, біологічного, генетичного, екологічного, соціального характеру, навколишнього і виробничого середовища, які підвищують імовірність розвитку захворювань, їх прогресування та несприятливий наслідок.
<b>Якість життя</b>	У сучасних системах охорони здоров'я для визначення стану здоров'я використовуються медичні параметри. Так, зокрема, уявлення про стан здоров'я людини отримується на основі вимірювання її артеріального тиску, пульсу, температури тощо. Якість життя є більш широким поняттям, яке включає суб'єктивний компонент – оцінку пацієнтами власного самопочуття. Оптимальний стан і ступінь сприйняття окремими людьми населенням загалом того, як задовольняються їхні потреби (фізичні, емоційні, соціальні тощо) і надаються можливості для досягнення добробуту та самореалізації (ВООЗ). Соматичні,

соціальні та емоційні аспекти хорошого стану здоров'я, які є релевантними і найбільш важливими для особистості, коли вона може задовольняти власні потреби і бути цілком корисною суспільству. Ступінь сприйняття, відчуття окремими людьми або групами людей того, що їхні потреби задовольняються, а необхідні для досягнення благополуччя і самореалізації можливості надаються.

### Висновки

Наведені тлумачення основних термінів у сфері громадського здоров'я рекомендуються організаторам

охорони здоров'я та науковцям для використання в практичній діяльності.

### Література

1. *Глоссарий* по укреплению систем здравоохранения [Электронный ресурс]. – Женева : ВОЗ, 2013. – Режим доступа : [http://www.who.int/healthsystems/hss\\_glossary/en/index6.html](http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index6.html). – Название с экрана.
2. *Глоссарий* руководства для составителей Кокрановских обзоров // Український медичний часопис. – 2001. – Т. I/II, № 1 (21). – С. 115–135.
3. *Глоссарий* терминов по вопросам укрепления здоровья [Электронный ресурс]. – Женева : ВОЗ, 1998. – Режим доступа : [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_rus.pdf). – Название с экрана.
4. *Глоссарий* терминов, используемых в серии «Здоровье для всех». – Женева : ВОЗ, 1984. – № 1–8. – 42 с.
5. *Европейский план действий* по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). – Режим доступа : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/170209/RC62wd12-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/170209/RC62wd12-Rus.pdf).
6. *Комиссии* по социальным детерминантам здоровья [Электронный ресурс]. – Женева : ВОЗ, 2008. – Режим доступа : [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_rus.pdf). – Название с экрана.
7. *Стратегическое руководство* в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (документ EUR/RC61/Inf. Doc./6). – Режим доступа : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/149971/RC61\\_rInfDoc06.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/149971/RC61_rInfDoc06.pdf). – Название с экрана.
8. *Таллиннская хартия*: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008. – Режим доступа : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/88612/E91438R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf). – Название с экрана.
9. *Acheson D.* Public health in England : The report of the committee of inquiry into the future development of the public health function [Electronic resource] / D. Acheson. – London : HMSO, 1988. – Access mode : <https://www.amazon.co.uk/Public-Health-England-Committee-Development/dp/010102892X>. – Title from screen.
10. *Graham J.* Principles for good governance in the 21st century [Electronic resource] / J. Graham, B. Amos, T. Plumptre. – Ottawa : Institute on Governance, 2003 (Policy Brief No.15). – Access mode : <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/UNPAN/UNPAN011842.pdf>. – Title from screen.
11. *Kawachi I.* A glossary for health inequalities / I. Kawachi // J. of Epidemiology and Community Health. – 2002. – Vol. 56. – 647 p.
12. *Kickbusch I., Gleicher D.* Governance for health in the 21st century [Electronic resource] / I Kickbusch, D. Gleicher. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2012. – Access mode : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf). – Title from screen.
13. *Kickbusch I., Buckett K.* (eds). Implementing health in all policies. Adelaide 2010 [Electronic resource]. – Adelaide, Department of Health, Government of South Australia, 2010. – Access mode : <http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf>. – Title from screen.
14. *Lu M.* Racial and ethnic disparities in birth outcomes: a life-course perspective / M. Lu, N. Halfon // Maternal and Child Health J. – 2003. – Vol. 7. – P. 13–30.
15. *MEMO: Questions and Answers on Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU* [Electronic resource]. – Brussels : Commission of the European Communities, 2009. – Access mode : [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/com2009\\_qa\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_qa_en.pdf). – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.04.2017 р.

**Основные термины, используемые  
в сфере общественного здоровья**

Г.А. Слабкий<sup>1</sup>, В.И. Миронюк<sup>1</sup>,  
Л.А. Качала<sup>1</sup>, О.М. Ратанина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

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

**Цель** – представить толкование терминов, часто употребляемых в сфере общественного здравоохранения.

**Методы:** системного подхода, структурно-логического анализа, библиосемантический.

**Результаты.** Освещено значение основных терминов, используемых в сфере общественного здоровья.

**Выводы.** Рекомендовано к использованию организаторам здравоохранения и научным сотрудникам.

**Ключевые слова:** общественное здоровье, толкование терминов.

**Basic terms in public health**

G.O. Slabkiy<sup>1</sup>, V.I. Myronyuk,  
L.O. Kachala<sup>1</sup>, O.M. Ratanina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

<sup>2</sup>PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches  
MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to present explanation of basic terms in public health care.

**Methods:** method of systemic approach, of structural-and-logical analysis, bibliosemantic.

**Results.** The meanings of basic terms in public health are presented.

**Conclusions.** Information is recommended for organizers of health care and scientists.

**Key words:** public health, meanings of terms.

**Відомості про авторів**

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

**Миронюк Вікторія Іванівна** – старший лаборант кафедри здоров'я людини та гуманітарних дисциплін медичного факультету № 2 ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Качала Лариса Олександрівна** – к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Ратанина Оксана Михайлівна** – науковий співробітник науково-організаційного відділу ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 614.23:378.1:316.728

Г.О. Слабкий<sup>1</sup>, В.В. Шафранський<sup>2</sup>, І.С. Миронюк<sup>1</sup>, Л.О. Качала<sup>1</sup>, О.М. Ратаніна<sup>3</sup>

## Інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я

<sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

<sup>3</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

*Мета* – запропонувати методичні підходи до забезпечення інформаційно-роз'яснювальної діяльності, комунікації та соціальної мобілізації в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я.

*Матеріали та методи.* Використано методи структурно-логічного аналізу та бібліосемантичний. Методичною основою дослідження слугували системний підхід і системний аналіз.

*Результати.* Розроблено та запропоновано методичні підходи для системи громадського здоров'я України з питань інформаційно-роз'яснювальної діяльності, комунікації та соціальної мобілізації в інтересах здоров'я населення, які рекомендуються до використання в практичній діяльності.

*Висновки.* Ефективне використання комплексних комунікацій у діяльності системи охорони громадського здоров'я сприятиме поліпшенню та зміцненню здоров'я населення, а також підвищенню рівня його благополуччя.

*Ключові слова:* громадське здоров'я, здоров'я населення, інформаційно-роз'яснювальна робота, комунікації, соціальна мобілізація.

### Вступ

В Україні створюється система охорони громадського здоров'я [11]. Це для країни принципово новий напрямок діяльності, складові якого потребують наукового обґрунтування [13, 15]. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила інформаційно-роз'яснювальну діяльність, комунікації та соціальну мобілізацію в інтересах здоров'я населення як одну з основних оперативних функцій громадського здоров'я [3, 9]. При цьому ВООЗ зазначає, що комунікація у сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення медико-санітарної грамотності та поліпшення здоров'я окремих громадян і населення загалом. Вона є мистецтвом і технікою інформування, здійснення впливу і формування мотивації індивідів, аудиторій, організацій щодо важливих питань і детермінант здоров'я. Комунікація також покликана розширювати можливості для доступу, розуміння і використання інформації з метою зниження ризику виникнення і профілактики хворою, зміцнення здоров'я, орієнтування в послугах охорони здоров'я та користування ними, просування заходів політики у сфері охорони здоров'я та підвищення добробуту, якості життя та поліпшення здоров'я людей усередині спільноти.

Закордонні автори вказують на значення ефективних комунікацій у боротьбі з факторами ризику хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ) [1], забезпеченні дорожньої безпеки для дітей [18] та підвищенні фізичної активності [17].

Ефективні комунікації також мають вирішальне значення в адвокації рішень із розвитку систем охорони здоров'я на різних рівнях управління [4, 6, 14].

У літературі представлено форми, методи та сучасні канали комунікацій, їх функції [5, 10].

Значна частина робіт присвячена питанням розвитку інформаційних технологій [7, 8], телемедицини [1] та їх місця в забезпеченні інформаційного супроводу зв'язків із громадськістю [12].

В Україні наукові роботи, присвячені питанням інформаційно-роз'яснювальної діяльності, комунікації та соціальної мобілізації в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я, не виконувалися, що і зумовило актуальність даного дослідження.

**Мета роботи** – запропонувати методичні підходи до забезпечення інформаційно-роз'яснювальної діяльності, комунікації та соціальної мобілізації в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я.

### Матеріали та методи

У роботі використано методи структурно-логічного аналізу та бібліосемантичний. Методичною основою дослідження слугували системний підхід і системний аналіз.

### Результати дослідження та їх обговорення

При розробці методичних підходів до забезпечення інформаційно-роз'яснювальної діяльності, комунікації та соціальної мобілізації в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я нами враховано, що комунікація з питань охорони здоров'я охоплює низку сфер, у тому числі журналістику, сферу розваг, освіту, міжособистісне спілкування, інформаційно-

роз'яснювальну діяльність у засобах масової інформації, комунікацію на рівні організацій, комунікацію щодо ризиків і в період криз, соціальну комунікацію і соціальний маркетинг.

Спочатку розроблено методологію з підготовки та проведення комунікацій у рамках системи громадського здоров'я. Вона складається з таких етапів: оцінка ситуації та визначення проблеми; визначення цілей; планування та програмування; пошук на всіх рівнях прихильників із рішення поставлених цілей та підготовка спеціалістів для проведення комунікаційних програм; вибір цільових груп комунікаційного впливу; відбір каналів і механізмів масової комунікації та техніки впливу; планування бюджету; практичні дії в межах затвердженої програми комунікацій; оцінка ефективності та результатів.

Зупинимося на змісті складових комунікаційної стратегії в системі охорони громадського здоров'я.

**Оцінка ситуації та визначення проблеми.** Досвід проведення комунікаційних кампаній на рівні країн показує, що без чіткого визначення проблеми неможливо прийти до вірного рішення, при цьому важливо визначити рівень проблеми теперішнього часу, а не її витоки.

На національному рівні в Україні глобальною проблемою в системі громадського здоров'я є:

- незадовільний стан здоров'я населення з тенденцією до його погіршення;
- високий рівень смертності населення в працездатному віці та смертності дітей з надсмертністю чоловіків працездатного віку;
- низький рівень медико-санітарної грамотності населення та відповідального ставлення до власного здоров'я;
- високий рівень поширеності факторів розвитку ХНІЗ і негативного впливу на здоров'я соціальних детермінант;
- несвоєчасність звернення по медичну допомогу, що призводить до хронізації захворювань, звернення при занедбаних випадках хворого та високого рівня інвалідизації населення;
- відсутність умов, які забезпечують дотримання здорового способу життя;
- неефективність структури системи громадського здоров'я та низький рівень зацікавленості осіб, що приймають рішення на всіх рівнях управління в її розвитку.

На регіональному та місцевому рівнях необхідно провести детальний аналіз, який включає стан здоров'я населення та причини нерівності за показниками здоров'я серед різних категорій населення, стан ресурсного і технологічного забезпечення системи громадського здоров'я, доступність (фізична, фінансова) та якість послуг громадського здоров'я, рівень впливу системи громадського здоров'я на медико-демографічну ситуацію в регіоні.

Другою важливою складовою оцінки ситуації комунікативного аспекту питання є знання думки всіх прошарків населення, в тому числі медичних працівників та осіб, які ухвалюють рішення, на всіх рівнях

управління, про їх ставлення до ситуації, що склалася в системі охорони громадського здоров'я, задоволеності рівнем послуг громадського здоров'я. Для цього важливо провести незалежні репрезентативні соціологічні дослідження із залученням прогресивних громадських організацій та/або недержавних інституцій, журналістів.

Отримані результати з оцінки ситуації на всіх рівнях управління та надання послуг із громадського здоров'я і визначені проблеми стають підставою для планування комунікаційної стратегії в системі громадського здоров'я в країні на всіх рівнях управління.

**Визначення цілей.** На даному етапі визначаються цілі, які скеровані на вирішення виявлених проблем і мають бути досягнуті в ході проведення стратегічної комунікації: на центральному рівні (Кабінет Міністрів України і Міністерство охорони здоров'я країни), рівні регіонів (обласні/міські державні адміністрації), місцевому рівні (органи місцевого самоуправління та заклади охорони громадського здоров'я).

При цьому встановлені цілі на нижчих рівнях управління мають відповідати тим, які поставлені на центральному рівні влади та доповнювати і деталізувати їх з урахуванням специфіки регіону і місцевого рівня. Поставлені цілі мають відповідати технологічним та фінансовим можливостям.

**Планування та програмування.** Стратегічно комунікації в системі громадського здоров'я, скеровані на досягнення визначених цілей, є комплексними та багаторівневими. У зв'язку з цим необхідно говорити про розробку державної стратегічної програми комунікацій у системі охорони громадського здоров'я. Детальне планування – це завжди складний процес, який потребує часу та ресурсів. При цьому необхідно знати, що виграє той, хто вірно розробляє стратегію своїх дій.

У ході проведення комунікацій з громадського здоров'я комунікатори мають передбачити:

- створення основного джерела інформації розрахованого на всі рівні управління та різні цільові групи комунікативного впливу;
- донесення диференційованої інформації до цільових груп комунікативного впливу;
- формування громадської думки та поведінки населення щодо відповідального ставлення до особистого здоров'я, усунення факторів негативного впливу на здоров'я та своєчасного звернення за медичною допомогою;
- координація діяльності з впливу на населення, а також осіб, котрі ухвалюють рішення на всіх рівнях управління, з формування позитивного ставлення та підтримки розвитку потенціалу громадського здоров'я.

Даний етап має відповісти на питання: ціль програми комунікації (чого прагнуть організатори кампанії); цільова аудиторія (кого необхідно охопити впливом); вимоги (чого слід досягти при спілкуванні з кожною групою комунікативного впливу), форми впливу (засоби масової інформації, індивідуальні форми роботи); рівні впливу (центральний, регіональний, місцевий).

Таке планування необхідно для того, щоб за допомогою змін громадської думки досягнути змін у

поведінці населення в бік збереження та зміцнення здоров'я.

**Вибір цільових груп для проведення комунікацій.**

Даний етап є складним і важливим у побудові системи комунікацій у системі громадського здоров'я, адже кожна цільова група потребує розробки специфічної для неї інформації, використання форм її подання та підбору комунікаторів. Крім цього, кожна цільова група має свій рівень впливу на громадське здоров'я. Загальною аудиторією комунікативного процесу та комунікаційного впливу є все населення країни. Цільові аудиторії на різних рівнях управління будуть різними, але в цілому їх можна розділити на такі групи: особи, які приймають рішення; працівники засобів масової інформації; працівники системи освіти; активісти громадських організацій та неформальні лідери; керівники підприємств різних форм власності; профспілкові активісти тощо.

**Пошук на всіх рівнях прихильників системи громадського здоров'я та підготовка спеціалістів для проведення комунікаційних програм.** Безумовно, прихильників розвитку системи охорони громадського здоров'я в країні багато. Передусім це спеціалісти, що розробляли її стратегію, чиновники всіх рівнів і медичні працівники, яких не задовольняє стан медико-демографічної ситуації в країні, вчені. Частина прихильників розвитку системи громадського здоров'я відома. Але вони необхідні на всіх рівнях управління і всіх рівнях розвитку системи. Саме вони мають стати провідниками громадського здоров'я в суспільстві. Виявити прихильників можна різними шляхами: при проведенні різних масових заходів (конференції, збори асоціацій, семінари, круглі столи, соціологічні опитування тощо). Прихильники розвитку системи громадського здоров'я насамперед мають бути детально поінформовані про завдання та функції громадського здоров'я. Для цього організуються відповідні навчально-комунікативні заняття в Міністерстві охорони здоров'я, регіональних управліннях охорони здоров'я, на кафедрах організації охорони здоров'я вищих медичних навчальних закладів. Такі заняття мають бути сплановані та регулярні.

**Відбір каналів і механізмів масової комунікації та технології комунікаційного впливу.** Під час виконання даного етапу необхідно вирішити питання щодо каналів, механізмів і форм масової комунікації, які будуть використані у ході проведення комунікаційної кампанії. Зазначені засоби комунікацій розробляються для кожного рівня.

У сучасних умовах широко використовуються такі канали комунікації, як телебачення, радіо, Інтернет, відкриті телефонні лінії, акції масової культури, акції за участю відомих осіб і неформальних лідерів, інформація на різних носіях, індивідуальні та групові бесіди. Така форма комунікацій, як лекція, втрачає своє значення і є малоефективною.

Нами виділено такі рівні комунікативного впливу.

**Перший:** центральні органи законодавчої та виконавчої влади.

**Другий:** галузевий – Міністерство охорони здоров'я.

**Третій:** органи регіональної влади та місцевого самоврядування.

**Четвертий:** засоби масової інформації.

**П'ятий:** усі верстви населення.

**Шостий:** громадські організації та громадські діячі.

Головними користувачами комунікативної інформації визначені:

– особи, що приймають рішення на всіх рівнях управління;

– організатори системи громадського здоров'я та охорони здоров'я, медичні асоціації та організації професійного самоврядування, медичні працівники;

– працівники засобів масової інформації;

– громадські організації та об'єднання громадян;

– окремі громадяни;

– хворі та члени їхніх родин.

Необхідно визначити не тільки канали і форми подання інформації, але й комплексність їх використання та регулярність подання інформації.

**Планування бюджету.** При плануванні необхідного фінансування для проведення комунікативної роботи з формування в населення позитивного ставлення до особистого здоров'я та здорового способу життя важливо враховувати витрати, пов'язані з матеріально-технічним забезпеченням, заробітною платою, використанням засобів масової інформації, проведенням різних форм комунікації на всіх рівнях. При плануванні бюджету, який мусить бути реальним, необхідно також визначити джерела фінансування.

**Дії в межах програми комунікацій.** Головною умовою успішної діяльності системи громадського здоров'я в країні є координація з використанням засобів комунікації дій усіх її учасників. При цьому, згідно з правилами комунікативного впливу, необхідно забезпечити позиції комунікатора та груп комунікаційного впливу, а в нашому випадку це все населення країни, адже тільки в цьому випадку можна домогтися максимального успіху.

Для цього американські PR-спеціалісти пропонують таку техніку [4]:

1. Використовуйте засоби масової інформації, найбільш наближені до позиції аудиторії.

2. Використовуйте комунікативне джерело, що користується найбільшою довірою аудиторії в даному питанні.

3. Уникайте підкреслення різниці між позицією комунікатора та аудиторії.

4. Находьте спільні з аудиторією місця у словах та подіях, які згадуєте.

5. Формулюйте позицію комунікатора як позицію більшості.

6. Користуйтеся посиланнями на ідентифікацію групи (соціальної, професійної, релігійної, вікової тощо), якщо вони вам можуть допомогти.

7. Модифікуйте повідомлення з метою досягнення цілі комунікації.

Організатори комунікативної програми мають знати стандартні вимоги, які використовуються в роботі із



засобами масової інформації. До таких стандартів наступне: повідомлення повинні носити новітній характер, бути зрозумілими, прив'язаними до аудиторії, місця і часу.

Таким чином, цей розділ включає такі елементи: стратегії дій, комунікативні стратегії, плани реалізації програми створення та ефективного функціонування системи громадського здоров'я країни.

**Оцінка результатів.** Для проведення оцінки результатів комунікаційної кампанії, яка відображає успішність діяльності системи громадського здоров'я, як у цілому, так і в окремих її напрямках на центральному, регіональному і місцевому рівнях, необхідно на всіх рівнях управління створити групи/центри моніторингу і оцінки. Головними критеріями в їх діяльності мають стати розроблені індикатори оцінки, які відповідають поставленим для кожного рівня та регіону/місцевості завданням і мають конкретні терміни виконання та показники досягнення поставленої мети. Результати оцінки мають базуватися на реальних даних, отриманих із достовірних джерел. У складі центрів/груп моніторингу і оцінки повинні працювати незаангажовані спеціалісти, які мають досвід роботи з моніторингу та оцінки та ознайомлені з досвідом роботи в даному напрямку в інших країнах.

Оцінка результатів, згідно із системним підходом, складається з двох напрямків:

– *плану оцінки*, до якого включаються критерії і терміни оцінки майбутніх дій;

– *зворотного зв'язку та плану гнучкого перегляду* програм на всіх рівнях управління, в якому передбачаються варіанти змін відповідно до результатів отриманої оцінки.

Це важливий розділ програми, оскільки його виконання дає змогу оперативно реагувати на проблеми, які можуть виникати в ході діяльності з часом.

Таким чином, можна констатувати, що розроблено методичні підходи до проведення комунікацій у ході створення та діяльності системи громадського здоров'я. У методичному плані структура підготовки та проведення комунікаційної кампанії складається з таких етапів: оцінка ситуації та визначення проблеми; визначення цілей; планування і програмування; пошук на всіх рівнях прихильників реформи та підготовка спеціалістів для проведення комунікаційних програм; вибір цільових груп для проведення комунікацій; відбір каналів і механізмів масової та індивідуальної комунікації, техніки впливу; планування бюджету; дії в межах програми комунікацій; оцінка результатів.

Розроблена та запропонована комплексна модель методичних підходів до комунікативної діяльності в системі громадського здоров'я, яка визначає завдання та функції; рівні, об'єкт, інструмент впливу; форми реалізації комунікації; необхідні ресурси; моніторинг і оцінку, наведена на рисунку.

Основними функціями в рамках запропонованої моделі є:

– адвокація серед осіб, що приймають рішення, у тому числі керівників органів місцевого самоврядування

та представників депутатського корпусу і керівників та підприємств і організацій різних форм власності з вирішення проблемних питань з організації та ефективної діяльності системи громадського здоров'я;

– адвокація на міжсекторальному рівні створення умов для подолання нерівностей за показниками здоров'я серед різних категорій населення та подолання негативного впливу на здоров'я населення соціальних детермінант;

– адвокація заходів із забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів тощо;

– формування в населення відповідального ставлення до власного здоров'я та визначення власного здоров'я як найвищого пріоритету;

– забезпечення медико-санітарної грамотності населення, у тому числі інформування населення з питань профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань, основ здорового способу життя;

– формування прихильності хворих на хронічні хвороби до диспансеризації та виконання призначень лікаря; навчання членів сімей, в яких живуть інваліди та хворі на хронічні хвороби, основам догляду за ними і тактиці дій при погіршенні стану здоров'я;

– інформування населення необхідності отримання при гострих станах медичної допомоги в межах терапевтичного вікна та місця отримання необхідної допомоги.

**Рівень.** У системі громадського здоров'я виділено суспільний, колективний та груповий рівні комунікативного впливу. Рівень комунікативної діяльності залежить від завдання, яке підлягає вирішенню методом комунікативного впливу.

**Суб'єкт впливу.** Суб'єктом впливу в запропонованих моделях виступають організатори та практичні працівники системи громадського здоров'я. При вирішенні певних завдань комунікативного впливу комунікаторами можуть виступати сімейні лікарі та сімейні медичні сестри. Слід зазначити, що до програм підготовки фахівців громадського здоров'я включені спеціальні розділи з їх підготовки до даного виду діяльності.

**Об'єкт впливу.** Основним об'єктом комунікативного впливу в системі громадського здоров'я є все населення країни. На центральному рівні об'єктом комунікативного впливу є представники законодавчої та виконавчої гілок влади, які приймають рішення з питань громадського здоров'я. У міжсекторальному плані об'єктом комунікативного впливу на регіональному та місцевому рівнях є працівники органів місцевого самоврядування, центрів соціального захисту населення, керівники організацій, закладів, підприємств, соціальних служб, церкви.

Особливим об'єктом комунікативного впливу є керівники та працівники організованих колективів: навчальні заклади, організації, установи та підприємства різних форм власності, волонтери.

Напрямок впливу	Суб'єкт впливу	Об'єкт впливу	Задачі, функції	Форма реалізації	Ресурси	Інструмент впливу	Моніторинг і оцінка
Організаційний	Організатори охорони громадського здоров'я	Особи, що приймають рішення	Адвокація організаційних рішень	Сучасні методи менеджменту	Законодавство та стан його виконання	Адвокація прийняття рішень	<i>Індикатори структури:</i> Наявність інформаційних матеріалів. Охоплення спеціальним навчанням працівників системи громадського здоров'я. Доступність каналів та засобів масової комунікації.
		Керівники підприємств та установ усіх форм власності	Управління системою	Забезпечення відповідності до стандартів комунікації	Підготовлені спеціалісти	Адвокація виконання рішень та угод	<i>Індикатори процесу:</i> Прийняті адміністративні та управлінські рішення з усунення проблем в організації системи громадського здоров'я. Частка населення, охопленого профілактичними заходами. Частка хворих та членів їхніх сімей, які навчені тактиці дій при загостреннях хвороби чи появі ускладнень.
Профілактичний	Працівники системи громадського здоров'я Сімейні лікарі Сімейні медсестри	Населення	Формування відповідального ставлення до власного здоров'я, прихильності до профілактики та лікування	Групові консультації; представлення інформації під час масових заходів; навчального процесу, через засоби масової інформації	Інформаційні матеріали профілактичного та навчального характеру	Інформаційне забезпечення щодо відповідального ставлення до власного здоров'я, здорового способу життя та профілактики ХНЗ, їх переваг над лікуванням хвороб	<i>Індикатор результату:</i> Підвищення рівня доступності населення до послуг громадського здоров'я. Скорочення нерівності окремих категорій населення за показниками здоров'я. Збільшення частки населення, яке позбавилося шкідливих звичок. Збільшення частки населення, яке веде здоровий спосіб життя. Збільшення частки пацієнтів, які звертаються по медичну допомогу в межах терапевтичного вікна
		Цільові групи комунікаційного впливу	Правильність до профілактики та лікування	Школи здоров'я Сайти	Доступ до каналів та засобів масової комунікації Фінансове забезпечення		

Рис. Модель методичних підходів до комунікативної діяльності в системі громадського здоров'я

У вирішенні питань надання медичної допомоги населенню комунікації проводиться з керівниками закладів охорони здоров'я, головними спеціалістами за профілем захворювання пацієнта, працівниками управлінь в охороні здоров'я.

*Форма реалізації.* Організаційними формами реалізації комунікативної політики можуть бути групові, колективні консультації, представлення інформації під час масових спортивних та культурних заходів, учнівській та студентській молоді під час навчального процесу, прихожанам під час церковних служб та сповідей, а також розповсюдження інформаційних матеріалів через засоби масової інформації тощо.

Для більш ефективного комунікативного впливу для певних цільових груп комунікативного впливу можуть бути організовані «Школи здоров'я» з проведенням цільових занять і тренінгів та функціонування сайтів здоров'я зі зворотним зв'язком. Важливою формою, особливо в критичних станах, є організація кабінетів і цілодобових телефонних ліній «Довіра».

*Ресурси.* Для реалізації визначених завдань та функцій необхідні певні ресурси. До них відносяться: підготовка спеціалістів до використання сучасних методів комунікацій у професійній діяльності; наявність інформаційних матеріалів зміст та подання яких розраховані на різні цільові групи інформаційного впливу; доступ до каналів та засобів масової комунікації.

*Інструмент впливу.* Інструменти впливу залежать від поставлених завдань, рівня впливу та суб'єкта впливу і форми реалізації завдань.

При вирішенні організаційних завдань проводиться адвокація на всіх рівнях управління у вирішенні проблемних питань із діяльності системи громадського здоров'я.

При вирішенні профілактичного завдання інструментом впливу є інформування населення щодо шляхів профілактики захворювань та навчання тактиці дій при виникненні захворювань, формування мотивації з відповідального ставлення до власного здоров'я.

*Моніторинг і оцінка.* Моніторинг та оцінка ефективності запропонованої моделі здійснюється через індикатори структури, процесу та результативності. Нами запропоновано такі індикатори.

*Індикатори структури:*

1. Наявність інформаційних матеріалів.
2. Охоплення спеціальним навчанням працівників системи громадського здоров'я.
3. Доступність каналів та засобів масової комунікації.

*Індикатори процесу:*

1. Прийняті адміністративні та управлінські рішення з усунення проблем в організації системи громадського здоров'я.
2. Частка населення, охопленого профілактичними заходами.
3. Частка хворих та членів їхніх сімей, які навчені тактиці дій при загостреннях хвороби чи появи ускладнень.

*Індикатори результату:*

1. Підвищення рівня доступності населення до послуг громадського здоров'я.
2. Скорочення рівня нерівності окремих категорій населення за показниками здоров'я.
3. Збільшення частки населення, яке позбавилося шкідливих звичок.
4. Збільшення частки населення, яке веде здоровий спосіб життя.
5. Збільшення частки пацієнтів, які звертаються по медичну допомогу, в межах терапевтичного вікна.

Запровадження запропонованих інновацій дасть змогу забезпечити всі категорії населення та окремі групи комунікативного впливу комплексною інформацією з питань громадського здоров'я, що сприятиме ефективній діяльності системи охорони громадського здоров'я та підвищенню ефективності профілактичної роботи.

З урахуванням сучасного світового та вітчизняного досвіду розроблено складові системи комунікацій в охороні громадського здоров'я. Вказані складові сформовані на вирішення поставлених завдань щодо створення системи комунікацій в охороні громадського здоров'я.

Такими завданнями є: стратегія комунікаційної політики, комунікаційні технології, цільові групи комунікаційного впливу, ресурси системи, моніторинг та оцінка комунікаційної діяльності.

Необхідними умовами ефективного функціонування системи комунікацій є такі, що відповідають системі охорони громадського здоров'я в цілому. До цих умов відносяться нормативно-правове забезпечення, наявність потрібних організаційних, кадрових, матеріально-технічних, фінансових ресурсів, визначення повноважень, інформаційне забезпечення, сучасні технології, ефективне управління, міжсекторальний підхід, моніторинг та оцінка діяльності. Таким чином, заходи щодо створення системи комунікацій мають бути комплексними, охоплювати всі складові елементи системи громадського здоров'я.

Представляємо складові системи комунікацій в охороні здоров'я.

*Законодавче забезпечення діяльності системи.*

Головним законодавчим документом з організації діяльності системи комунікацій в охороні громадського здоров'я має стати галузева комплексна програма комунікацій в охороні громадського здоров'я. На виконання даної цільової програми розробляються та затверджуються Заходи щорічної планової комунікації. Дані плани включають завдання, напрямки та рівні комунікацій, джерела і обсяги фінансування, критерії оцінки ефективності комунікаційних заходів.

Враховуючи, що комунікації з охорони громадського здоров'я мають охоплювати все населення країни з виділенням, залежно від мети комунікації, цільових груп комунікаційного впливу, систему можна вважати *міжсекторальною*. З метою ефективного забезпечення міжсекторальної взаємодії та координації комунікаційної діяльності рекомендовано створення на всіх рівнях управління міжвідомчих рад із метою

координації комунікаційної політики в охороні громадського здоров'я та комунікаційних заходів.

Важливою складовою системи є *науково-методичне забезпечення* її діяльності. В цьому напрямку рекомендовано проведення наукових досліджень з актуальних питань комунікаційної політики в охороні громадського здоров'я, розробку і впровадження сучасних технологій та засобів комунікацій, а також методичних і аналітичних матеріалів.

Організація ефективної діяльності системи комунікацій неможлива без її *інформатизації*. Складовими інформатизації системи комунікацій є комп'ютеризація закладів охорони громадського здоров'я з доступом до мережі Інтернет і створення сайтів закладів громадського здоров'я, використання сучасних інформаційних технологій у комунікаційній діяльності.

Слід зазначити, що ефективна комунікативна діяльність може бути забезпечена шляхом використання:

- сучасних технологій комунікацій у загальній стратегії «паблік рілейшнз»;

- методів індивідуального та масового інформування населення з актуальних питань громадського здоров'я;

- своєчасності подання необхідної інформації;

- вивчення, шляхом проведення соціологічних досліджень, потреби населення та окремих цільових груп

в інформації профілактичного, медичного, організаційного, законодавчого характеру;

- прогнозування позитивної та негативної реакції населення чи окремих цільових груп на певну інформацію та форму її подання.

Забезпечити ефективну комунікативну діяльність можливо за наявності повної інформації з предмету комунікації і з метою неоднозначної трактовки певних визначень та інформації організацію пояснення чи консультування спеціалістів.

### Висновки

Розроблено та запропоновано методичні підходи для системи громадського здоров'я України з питань інформаційно-роз'яснювальної діяльності, комунікації та соціальної мобілізації в інтересах здоров'я населення, які рекомендуються до використання в практичній діяльності. Ефективне використання комплексних комунікацій у діяльності системи охорони громадського здоров'я сприятиме поліпшенню і зміцненню здоров'я населення, а також підвищенню рівня його благополуччя.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням ефективності комунікацій у системі громадського здоров'я України.

## Література

1. *Аналіз розвитку інформатизації системи охорони здоров'я та телемедицини* / Є. М. Кривенко, С. М. Курило, Р. Й. Лихотоп, В. Я. Бойко // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2010 рік : монографія. – Київ, 2011. – С. 231–241.
2. *Блейк Р. Р.* Научные методы управления / Р. Р. Блейк, Д. С. Моутон. – Київ : Наукова думка, 1990. – 247 с.
3. *Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения.* – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). – 52 с.
4. *Знаменська М. А.* Комунікативна політика як ефективний засіб реформування системи охорони здоров'я / М. А. Знаменська // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 1. – С. 78–83.
5. *Квіт С.* Масові комунікації : підручник / С. Квіт. – Київ : Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2008. – 206 с.
6. *Комунікації у процесі впровадження та супроводу реформування* / Г.О. Слабкий, Ю. Б. Яценко, Л. В. Яценко [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2–3. – С. 176–181.
7. *Кривенко Є. М.* Розвиток інформаційного забезпечення сфери охорони здоров'я / Є. М. Кривенко, Д. Д. Дячук, М. А. Знаменська // Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. : монографія ; за ред. Р. О. Моїсеєнко, Г. О. Слабкого. – Київ, 2011. – С. 248–254.
8. *Медицинские информационные системы* : монографія / А. В. Гусев, Ф. А. Романов, И. П. Дуданов, А. В. Воронин. – Петрозаводск : Изд-во ПетрГУ, 2005. – 404 с.
9. *Основы Европейской политики поддержки государства и общества в интересах здоровья и благополучия.* – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2012. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>. – Название с экрана.
10. *Почепцов Г. Г.* Паблік рилейшенз для професіоналов / Г. Г. Почепцов. – Москва : Рефл-бук; Киев : Ваклер, 2005. – 640 с.
11. *Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1002-р* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрана.
12. *Різун В. В.* Теорія масової комунікації : підручник / В. В. Різун. – Київ : Просвіта, 2008. – 260 с.
13. *Руководство по коммуникациям в области здравоохранения для Украины* [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://pr.meta.ua/read/12908>. – Название с экрана.
14. *Слабкий Г. А.* Методические подходы к проведению коммуникаций в ходе реформирования системы здравоохранения / Г. А. Слабкий, М. А. Знаменская // Экспериментальная и клиническая медицина : науч.-практ. журн. – 2013. – № 1. – С. 40–45.
15. *Шафранский В. В.* Основы Европейської політики і стратегія для XXI століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я / В. В. Шафранский, Г. О. Слабкий, Л. О. Качала // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2 (4). – С. 72–75.
16. *Graham J.* Principles for good governance in the 21st century [Electronic resource] / J. Graham, B. Amos, T. Plumptre. – Ottawa : Institute on Governance, 2003 (Policy Brief No.15). – Access mode : <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/UNPAN/UNPAN011842.pdf>. – Title from screen.
17. *Kirk P.* The Ingraining and Terminal Evaluation of a Family Physician's Predominance / Family medicine and the problems of training family physicians. Proceeding of International Soviet / P. Kirk // Canadian Seminar in Vladikavkaz, North Ossetia, may 28–30, 1991 / D. I Edited Rice and V. A. Vladimirtsev. – North Ossetia, 1991. – P. 71–73.
18. *Sethi D.* Дорожня безпека для дітей і молоді в Європі. Інформація о політиці [Electronic resource] / D Sethi, F Racioppi, F.Mitis ; WHO. Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2007. – Access mode : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/98455/E90142R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98455/E90142R.pdf). – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 27.03.2017 р.

**Информационно-разъяснительная деятельность, коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья населения в рамках системы общественного здоровья**

**Informational and advocacy activities, communication and social mobilization in the interests of public health within the framework of the system of public health**

*Г.А. Слабкий<sup>1</sup>, В.В. Шафранский<sup>2</sup>,  
И.С. Миронюк<sup>1</sup>, Л.А. Качала<sup>1</sup>, О.М. Ратанина<sup>3</sup>*  
<sup>1</sup>ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина  
<sup>2</sup>Национальный медицинский университет  
имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина  
<sup>3</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
Министерства здравоохранения Украины»,  
г. Киев, Украина

*G.O. Slabkiy<sup>1</sup>, V.V. Shafranskiy<sup>2</sup>,  
I.S. Myronyuk<sup>1</sup>, L.O. Kachala<sup>1</sup>, O.M. Ratanina<sup>3</sup>*  
<sup>1</sup>SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine  
<sup>2</sup>Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine  
<sup>3</sup>PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches  
MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

**Цель** – предложить методические подходы к обеспечению информационно-разъяснительной деятельности, коммуникации и социальной мобилизации в интересах здоровья населения в рамках системы общественного здоровья.

**Материалы и методы.** Использованы методы структурно-логического анализа и библиосемантический. Методической основой исследования послужили системный подход и системный анализ.

**Результаты.** Разработаны и предложены методические подходы для системы общественного здоровья Украины по вопросам информационно-разъяснительной деятельности, коммуникации и социальной мобилизации в интересах здоровья населения, которые рекомендуются к использованию в практической деятельности.

**Выводы.** Эффективное использование комплексных коммуникаций в деятельности системы общественного здоровья будет способствовать улучшению и укреплению здоровья населения, а также повышению уровня его благополучия.

**Ключевые слова:** общественное здоровье, здоровье населения, информационно-разъяснительная работа, коммуникации, социальная мобилизация.

**Purpose** – to develop and present methodological approaches of informational and advocacy activities, communication and social mobilization in the interests of public health within the framework of the system of public health.

**Materials and methods.** When performing this work we used bibliosemantic method and the method of structural-and-logical analysis. Systemic approach and systemic analysis composed the methodological basis of the research.

**Results.** Methodological approaches on informational and advocacy activities, communications and social mobilization for the benefit of the health of population for the system of public health in Ukraine are developed and recommended for use in practice.

**Conclusions.** Effective use of complex communications in the activity of public health system will give way to improving and strengthening the health of population and increasing its prosperity.

**Key words:** public health, health of population, information and advocacy work, communications, social mobilization.

**Відомості про авторів**

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

**Шафранський Віктор Вікторович** – к.мед.н., доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ, 01601, Україна.

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

**Качала Лариса Олександрівна** – к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Ратанина Оксана Михайлівна** – науковий співробітник науково-організаційного відділу ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 614.2.001.73(477)

В.Л. Таралло

## Концептуальні аспекти перебудови охорони здоров'я України

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

**Мета** – визначити надійні та перспективні ідеології та інформаційно-методичні засади перебудов у системі охорони здоров'я.

**Матеріали та методи.** У розробці використано матеріали власних теоретичних, технологічних, методичних та інформаційних досліджень, які ґрунтуються на офіційних статистичних даних про перебіг процесів здоров'я населення всієї України.

**Результати.** Визначено, що базовою теоретичною та інформаційно-методичною основою розвитку системи охорони здоров'я та будь-яких форм його перебудови можуть стати закони виживання популяції та збереження здоров'я населення, похідні від них методи та показники. На основі моделей закону виділено для контролю здоров'я населення три групи інтегральних показників. Вони охоплюють по етапах увесь цикл життя і узгоджуються з існуючою в галузі традиційною інформаційно-методичною системою. Запропоновано з метою здійснення ринкових перетворень в охороні здоров'я залучити для визначення обсягів і структури страхових фондів (в системі медичного страхування населення) з наступним формуванням економічних основ страхової медицини інтегральні показники ризиків здоров'ю і життю людей; їх нескладно стратифікувати до потреб користувача.

**Висновки.** Розробка узгоджена із вимогами світової програми «Здоров'я для всіх», не прикута до «вибраних» джерел ресурсів щодо перебудов, технологічна, містить мінімальний набір управлінських маркерів, придатна для використання на будь-яких територіях і спрямована на конструктивні дії. Її реалізація дозволить суттєво зменшити хронізацію патологій, інвалідність, смертність, збільшити загальну тривалість життя, їх «здорову» частку.

**Ключові слова:** системний аналіз, інтегральні показники, здоров'я населення, дієвість охорони здоров'я.

### Вступ

У даний час в Україні висувається безмежна кількість цілей для обґрунтування бажаності і невідкладності ринкових перетворень в національній системі охорони здоров'я. Такі обставини – свідчення браку чинних або незавершеності ранішніх цільових науково-практичних досліджень. Спостережуваний тепер (прогнозований давно!) нестаток коштів на здійснення навіть часткових перетворень в сьогоdnішній охороні здоров'я (госпітальні округи, сімейна медицина, медичне страхування), ураховуючи 30-річний досвід поступового погіршення якості вітчизняної охорони здоров'я, без належного ентузіазму зустріли і місцеві громади, і лікарі, і пацієнти. Не завжди коректні перетворення суттєво загострили серед населення питання доступності та якості медичної допомоги, у першу чергу, в сільській місцевості. Населення стикається із значно викривленими уявленнями і, отже, підходами до змісту охорони, захисту і підтримки їх власного здоров'я. Такими прикладами постають поширено «рекомендовані» (під різними гаслами) збирання з пацієнтів і їх родичів від 10 до 100 (і значно більше) гривень з «обіцянками» закупівлі певних ліків або обладнання – з поданням чинних заходів під назвою «медичного страхування» чи «страхової медицини» (нажал, і населення, і лікарі мало обізнані навіть у відмінності цих питань!).

Іншим прикладом постає поширена реалізація в країні так званої «сімейної медицини» на основі «донавчання» дільничних педіатрів і терапевтів із

створенням на чинних кадрових засадах Центрів ПМСД. Тут важливо зазначити, що причиною, місією та кінцевою метою сімейної медицини є здоров'я сім'ї. Але досі у жодному навчальному посібнику з цих питань не існує конструктивного означення поняття «здоров'я сім'ї». Отже, що належить брати за взірці, еталони підготовки чинних лікарів невідомо (зауважимо, що в різних країнах світу програми підготовки сімейних лікарів суттєво відмінні, як і зміст поняття, функції та організаційні аспекти чинної праці). Штучне поєднання функцій різних, історично довготривалий час відокремлених лікарських спеціальностей призвело до ... фактичного збереження прихованого розмежування надання послуг дорослим і дітям у центрах ПМСД. Виявилось, що треба перевиховувати не тільки лікарів, а й населення, яке зазвичай не сприймає поєднаних функцій (зокрема, терапевта і педіатра). Цей приклад, як і досвід багатьох інших, останніх перетворень в охороні здоров'я доводить, що перебудови не можуть бути механічними. Їх повинно всебічно і відкрито обговорювати лікарське і загалом медичне товариство, схвалити після належних експериментів населення, вони мають ґрунтуватися на ідеології, якій за наслідками експериментів довіряє суспільство.

Окрім того, будь-які перебудови в охороні здоров'я повинні ґрунтуватися на призначенні чинної соціальної будови. Зазначимо, що причиною існування охорони здоров'я є здоров'я населення, місією (провідною функцією) – є здоров'я населення і, нарешті, кінцевою метою та наслідком діяльності знову ж постає здоров'я

населення. Отже, всі майбутні перебудови в галузі охорони здоров'я України повинні супроводжуватися спостереженням за динамікою здоров'я населення із встановленням коротко-, середньо- та довгострокових прогнозів для визначення тенденцій у перебігу здоров'я і, відповідно, тактики і стратегії дій. Проте визначення чинних прогнозів нездійснене за традиційними, частковими (відокремленими один від іншого інформаційно, методично і технологічно) показниками здоров'я населення. За ними неможливе визначення навіть прогнозів середньої очікуваної тривалості життя населення. Саме тому галузь управління охороною здоров'я не пов'язана і не ґрунтується на традиційних показниках здоров'я людей. Їх взагалі немає в параметрах її діяльності, там існують виключно ресурсні показники самої галузі: відвідування, охоплення, забезпечення населення, медичних працівників, окремих підрозділів галузі тощо.

**Мета роботи** – визначити провідні теоретичні аспекти та інформаційно-методичні засади для сучасних перебудов в охороні здоров'я.

### **Матеріали та методи**

Використано матеріали власних теоретичних та інформаційно-методичних розробок [1–13], отриманих шляхом обробки багаторічних статистичних даних про перебіг здоров'я українців.

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

**Вимоги до рішення проблеми.** Складний і міждисциплінарний характер проблемної ситуації зумовлює необхідність визначення бажаних концептуальних перетворень в національній охороні здоров'я на ґрунті системних теоретичних розробок [12] за встановленими закономірностями змін у перебігу процесів здоров'я населення, закономірностями зв'язку останніх з базовими чинниками становлення і збереження здоров'я людей у певних умовах [9]. Конструктивність розробки повинна передбачати безперервне динамічне спостереження за здоров'ям всіх верств населення, вимір бажаного обсягу і структури ресурсної підтримки здійснюваних перетворень на етапах їх розробки, впровадження та реалізації [7] з контролем дієвості чинних програм та ефективності використання коштів [6], адаптованості до традицій і навичок загального існування, а також медичного опікування людей в містах їх проживання, праці [10]. Безумовна також відповідність пропонованих засад міжнародним вимогам [4] і, зокрема, світовій програмі «Здоров'я для всіх» [2].

**Форма реалізації рішення.** Ураховуючи вимоги системності, рішення повинно містити пошук провідних вимірюваних відповідностей в існуванні (способі та укладі життя) людини, населення із середовищем їх проживання та праці і, зокрема, із якістю та доступністю створеної ними на цих територіях системи охорони, збереження і підтримки їх здоров'я на ґрунті накопичених в суспільстві та медицині знань.

**Рішення проблеми** міститься в реалізації технології аспектного опису і аналізу спеціальних системних знань про досліджувані об'єкти та їх зміни за схемою [12]:

*<морфологія, функціонування, організація (генетика)>*, де дужки фіксують узгоджену єдність і невід'ємність цих базових характеристик досліджуваних об'єктів, маркери їх спостережуваних проявів.

**Схема рішення проблеми** складається поетапно з:

– визначення теоретичних основ, ідеології рішення даної проблеми;

– визначення за наведеною схемою інформаційних та методичних засад поточного спостереження за об'єктами, а саме за інтегральними проявами (показниками) їх «здоров'я»;

– визначення за тими ж підходами технології спостереження за динамікою змін «здоров'я» всіх цих об'єктів протягом життя (людиною, населенням, середовищем їх існування, створеної ними системи охорони власного здоров'я);

– обґрунтованого вибору організаційних засад та їх складових для формування доступної і якісної системи охорони здоров'я, адаптованої до територіальних історичних та національних традицій існування людей і спрямованої на вирішення проблем сталого покращання їх здоров'я та «здоров'я» самої (підлаштованої до вимог людей) системи.

**Стратегія побудови рішення** орієнтується на споживачів медико-оздоровчих послуг (населення) з урахуванням їх унікального на контрольованих територіях статево-вікового, національного та виробничого складу, соціоекологічних особливостей місць проживання на початковому (стартовому) етапі запровадження організаційних перетворень в системі охорони їх здоров'я.

**Реалізація рішення** концептуально ґрунтується на визначенні факту неподільної цілісності населення, його здоров'я та стану територій (середовища) його проживання (однією із складових якого постає якість і доступність системи охорони здоров'я), а також визнанні здоров'я населення *виключно єдиним критерієм оцінки доцільності та ефективності економічної діяльності і економічного розвитку будь-яких територій* (за Резолюцією ГА ООН 34/58 1979 р.) [5]. Розвиток на цих засадах теорії здоров'я, а згодом і теорії старіння Стрелера–Мілдвана [13] довели, що інтегруючим показником здоров'я населення постає статево-віковий показник його дожиття (виживання), який змістовно і методично узгоджує і водночас формує спільні основи інтегральної оцінки якості здоров'я людей, соціоекологічної якості територій їх мешкання і праці і, зокрема, якості створеної ними на цій території (на підставі власно розроблених законів) територіальної системи охорони, збереження і підтримки здоров'я.

За узагальненням наведеного встановлено [8] повну взаємозалежність понять «здоров'я» і «виживання». Роки тривалості життя оцінюються як часовий показник використаного «граничного ресурсу»



життєстійкості» або «ресурсу здоров'я і життя» (тривалості життя «здоров'я» досліджуваного об'єкта). За таким підходом здоров'я населення репрезентувалося просторово-часовим параметром – показником середньої очікуваної тривалості життя, величина якого відображала наслідок узгодженого взаємозв'язку певних унікальних «внутрішніх» ознак стійкості населення до збереження здоров'я і життя в конкретному середовищі (за статтю і віком) та певних «зовнішніх» (територіальних) умов підтримки цієї стійкості. До останніх належать і характеристики дієвості системи охорони здоров'я.

У застосованому методологічному підході демографічні ознаки населення стали містком для поєднання біологічних, медичних, соціальних, соціоекологічних, економічних ознак його здоров'я та відповідних показників, що сприяло розробці нових методів у діючій інформаційній системі галузі, створило умови для вдосконалення управління охороною здоров'я населення, а також постало джерелом і кодом визначення провідних напрямів перебудов у галузі [3].

Одержані результати довели, що розв'язання досліджуваної проблеми потребує розробки нового напрямку в оцінці здоров'я населення з удосконаленням існуючої інформаційно-методичної системи керованого впливу на його динаміку і виживання. З цією метою головна увага була зосереджена на узгодженні традиційних методичних підходів в оцінці здоров'я населення, системи його охорони та середовища проживання з параметрами дожиття для обґрунтування їх спільного інтегрального виміру й оцінки для прийняття погоджених управлінських рішень.

За цільовим пошуком визначено провідні інтегральні показники, від яких залежить перебіг процесів здоров'я населення протягом життя із встановленням їх сталого, закономірного зв'язку [8]. Це граничний вік життя, внутрішня (природжена) та зовнішня (набута) життєстійкість; всі їх системно поєднав параметр дожиття.

Математична формула зв'язку цих параметрів визнана «законом виживання популяцій» [11]. Залучення до цих знань урахування проявів хвороб, які суттєво впливають на збереження і втрати вродженого «ресурсу здоров'я», життєздатність і життєстійкість поколінь населення, згодом було репрезентовано відкриттям «закону збереження здоров'я населення» [1].

Цільові аналітичні дослідження довели, що інтегральні параметри природженої (внутрішньої) та набутої (зовнішньої) життєстійкості дуже чутливі до реально спостережуваного перебігу процесів здоров'я населення (за традиційними показниками) і, водночас, вони спільно (і невід'ємно!) впливають на значення середньої тривалості життя населення.

Це вперше стало свідченням отримання реальної можливості інтегральної оцінки впливу всіх чинників на здоров'я населення із виокремленням окремих (внутрішніх та зовнішніх) і, отже, можливості практичного контрольованого впливу на показник середньої тривалості життя, статево-вікові динамічні характеристики його задзеркала протягом всіх років

існування людини (населення). Наслідком цього постає отримана можливість конструктивного контролю ефективності загально-соціальних, територіальних та відомчих оздоровчих програм на етапі їх планування, реалізації та на завершальному етапі (водночас і контролю ефективності використання ресурсів на чинні програми та заходи).

Наведене конструктивне розв'язання однієї з провідних проблем медицини вперше в медичній науці і практиці створило реальні умови для формування прогнозованої (за планованими цілями), спостережуваної та вимірюваної (по відношенню до здоров'я населення, його динаміки та наслідків), модифікованої та ресурсозбережуваної (за стратегічними ознаками) системи управління здоров'ям населення та системою його охорони.

Для цілей багатоаспектного управління охороною здоров'я із залученням сучасних економічних важелів впливу на результати перебудов в охороні здоров'я системний поділ отриманих нових інтегральних показників здоров'я здійснено за схемою [8]:

<m, f, g>

де: m – морфологічні ознаки явища;

f – функціональні характеристики явища;

g – похідні (від m та f) спостережувані і контрольовані прояви явища;

< > – дужки фіксують невід'ємну єдність наведених складових.

За наведеною схемою на стартовому (початковому) етапі експертної оцінки здоров'я людей з метою планування будь-яких оздоровчих заходів/програм на будь-яких територіях на довільний час провідними маркерами здоров'я населення постають показники його внутрішньої (природженої) та зовнішньої (набутої) життєздатності і життєстійкості (базові морфологічні ознаки здоров'я). Ці показники можна залучати для моментної інтегральної оцінки здоров'я на будь-якому віковому етапі життя з урахуванням чисельних аспектів – статі, національності, професії, території мешкання, багатьох інших статусів. Вони формують на кривині довголіття всі його характеристики (за регіонами, підйомами, падіннями, розміром – висотою та довжиною) на повному циклі життя. Всі ці спостережувані параметри здоров'я віддзеркалюють дієвість чинних соціально-оздоровчих заходів, а отже, дієвість галузевих структур охорони здоров'я щодо збереження ресурсу здоров'я населення (шляхом цільових системних розрахунків для практичного управління здоров'ям населення і системою його охорони у будь-якому куточку Землі нами створені «Світові таблиці здоров'я», в яких репрезентовано повний «спектр робочих значень» наведених інтегральних показників з поясненнями їх використання у національних та регіональних розробках загальних та цільових оздоровчих програм, розрахунку прогнозів їх ефективності та часу досягнення бажаних результатів, визначення обсягу і структури належних ресурсів разом із контролем останніх [3, 13]).

На будь-якому віковому етапі життя прямим маркером якості здоров'я певної групи населення при поточному спостереженні неї (за статтю, професією, хворобами, диспансерною групою, територією мешкання, способом життя тощо) виступає ризик їх здоров'ю, життю, збереженню (втрати) чинного ресурсу. «Ризики здоров'ю і життю», які нескладно визначати на всіх вікових етапах, віддзеркалюють функціональні ознаки практики збереження ресурсу здоров'я і життя в певних територіальних умовах середовища.

Тут належить зазначити наступне. Поширена ідеологія бажаних економічних перетворень в Україні відновлює давно існуючу світову практику приватної медицини, яка ґрунтується на гаслі «гроші йдуть за пацієнтом». Різними способами цю ідеологію залучили до побудови у більшості країн із страховою медициною. Проте точних, закономірно обґрунтованих методів визначення обсягу і структури оплати за звернення (обслуговування) пацієнта досі не існує: залучаються до розрахунків штучні підходи і методи, а згодом ... посилення на попередній досвід.

Медичні працівники і робітники будь-яких страхових фондів і компаній повинні керуватися наступним: завжди повинен страхуватися «ризик» виникнення явища, події – ризик народити здоровою дитину, ризик народити без ускладнень для здоров'я жінки, ризик захворіти, ризик отримати травму, ризик померти тощо. Таких ризиків безмежна кількість. Усі вони залежні від певної статусної приналежності пацієнта – від статі, віку його економічного статусу, території мешкання, доступу до медичних послуг, групи здоров'я, наявності дітей, машини, водійського стажу тощо. Безумовно всі ризики піддаються стратифікації: медичні, парамедичні тощо, за часом і обсягом дії та іншими характеристиками.

Ці та інші складові «страхового полісу» кожна людина, а не тільки лікар або страховик, повинні опанувати в межах власних взаємовідносин в суспільстві. Мова йде про визначення бажаних сфокусованих витрат на опікування здоров'ям кожної особистості, групи людей (за їх унікальними статусами). Це складна і тривала робота в майбутній діяльності системи охорони здоров'я, страхових компаній, фондів.

Але вже тепер визначення фінансового обсягу індивідуальної медичної страховки доступно для кожної людини за 4–5 критеріями (У 1996 р. автором вперше запропоновані закономірно обґрунтовані точні і коректні підходи та методи до розрахунків повних «СВТ-ризиків» (за статтю, віком і територією проживання) [10]. Не складно визначити ризики і за багатьма іншими статусами. Вперше найточніші розрахунки чинних ризиків і, зокрема, «ЗТ-ризиків», пов'язаних із захворюваннями (і травмами) стали доступні після встановлення закону збереження здоров'я населення [3, 1]).

Наслідковою, генетичною ознакою здоров'я населення – *g* (від *genesis* – «розвиток» неподільного зв'язку *m* та *f*) постає середня тривалість його життя. Цей показник у співставленні із показником граничної тривалості життя висвітлює дійсний реально використаний (в певних умовах існування) на відміну від

природно отриманого *homo sapiens* біологічного (видового) ресурсу здоров'я і життя при народженні – 120 років [13] (В останні роки отримані нові наукові знання про вплив на поширеність хронічних хвороб і, відповідно, тривалість життя людей, певних генетичних маркерів. Вони слушно доповнюють результати наведених системних розробок, сприяють більш точному визначенню складових внутрішньої (природженої) життєстійкості населення і, за ними, прогнозів очікуваної тривалості життя).

Визначення напрямів перебудов, обсягів і структури ресурсів для підтримки цих перебудов в охороні здоров'я ґрунтується на використанні всіх наведених 3 груп прямих (прямої дії) інтегральних показників здоров'я населення.

Наведена ідеологія не прив'язана до певних джерел ресурсів підтримки і здійснення перебудов у галузі – ресурси можуть виділятися з боку державного (місцевих) бюджетів, цільових муніципальних фондів, фондів містоформуючих підприємств, від клерикальних структур, національного фонду копалин, відрахувань із зарплати у працюючих осіб, складатися з особистих внесків тощо.

Зазначимо, що стратегічною основою для вимірів обсягу і структури фінансування охорони, захисту і підтримки здоров'я населення виступають показники внутрішньої та зовнішньої життєстійкості, а також граничної тривалості життя, а ресурси, визначені за поточними ризиками здоров'ю і життю – додаткові і призначаються для медичного обслуговування окремих груп людей.

Зазначимо, що за пропонованою ідеологією перебудов ресурси, отримані за будь-якими джерелами, повинні спрямовуватися виключно на підтримку і охорону здоров'я людей. Не на утримання будівель, комунікацій та кровлю медичних закладів, а виключно на підтримку і збереження ресурсу здоров'я населення. Будівля, чинні ремонтні роботи та всі інші види опікування приміщеннями медичних закладів – це функція і цільові джерела поточного фінансування з боку місцевих рад.

Водночас зауважимо: плановані радами фонди на охорону, захист і розвиток здоров'я людей – це прояв і наслідок національної політики, провідна складова бюджету України. Місцеві ради, урахувавши унікальність територій, повинні залучати додаткові науково-обґрунтовані обсяги ресурсів для підтримки здоров'я населення. Чинні фонди – джерело динамічного спостереження за здоров'ям населення, окремих його груп і джерело формування регульованого, контрольованого та ресурсозбережувального впливу на здоров'я людей, тривалість їх життя, тривалість його здорової частки, якість чинних профілактичних програм та лікувальних заходів. Це регульована та контрольована основа спостереження за тимчасовою непрацездатністю, інвалідністю та смертністю за різних чинників. Водночас це регульована, контрольована (керована) та ресурсозбережувальна основа витрат на медичне страхування населення і, отже, ресурсна основа створеної страхової медицини.

Пропоновані ідеологія та відповідна до неї інформаційно-методична система управління здоров'ям населення підносять управління галуззю охорони здоров'я як окрему технологію, похідну від спостережуваних параметрів здоров'я; так само це відноситься і до управління середовищем життєдіяльності людей (його соціоecологічним станом).

Треба зазначити, що наведена інформаційно-методична система має характеристики і властивості, відповідні до вимог ВООЗ [4], зокрема: система технологічна, придатна для практичної реалізації, вміщує для управління здоров'ям населення мінімальний набір інтегральних, закономірно визначених і доступних для виміру контрольованих параметрів, ґрунтується на традиційній базі даних галузі, придатна для використання на будь-яких територіях, а також вирішення «вертикальних» і «горизонтальних» завдань в системі управління охороною здоров'я, спрямована на конструктивну дію – покращання здоров'я населення, територій його проживання і власної діяльності галузі охорони здоров'я.

Зазначимо також, що отримана можливість визначення закономірно обґрунтованої «вартості» здоров'я, обсягу і структури бажаних ресурсів для його підтримки та відновлення вперше створила конструктивні умови для соціального проектування здоров'я населення, створення прогнозованої, модифікованої та ресурсозбережувальної системи управління ним.

Водночас підкреслимо, що при використанні інтегральних параметрів здоров'я належить усвідомити наступне. Середовище існування населення впливає на представників усіх вікових груп, з приводу чого інтегральні параметри в моделі управління мають «колективну» природу, однакову для всіх вікових груп, що саме і відбивається у показниках внутрішньої та зовнішньої життєстійкості, але спостережувані та вимірювані статево-вікові чинники завжди репрезентують унікальні характеристики впливу середовища на окремі групи населення. Вони виступають незалежним аргументом моделі, але піддаються контролю й управлінню на ґрунті тих самих інтегральних показників здоров'я.

На цих підставах стає коректним в управлінні здоров'ям населення виділення двох шаблів: «індивідуального», спрямованого на корекцію та тренаж функцій окремої людини, де роль галузевої системи охорони здоров'я досить суттєва, і «колективного» – спрямованого на управління здоров'ям всього населення, складовою якого є управління соціальним осередком у всій його цілісності, де дії галузевої системи охорони здоров'я підтримані спільним і узгодженим функціонуванням разом з нею інших соціальних інститутів та громадських служб. Ще раз зазначимо, що управління останніми на засадах використання традиційних (часткових) показників здоров'я – народжуваності, захворюваності, смертності тощо неможливе.

Пропонована ідеологія, інформаційно-методичні та технологічні засади управління перебудовою існуючої

системи охорони здоров'я ґрунтуються на двох законах – виживання популяції та збереження здоров'я населення. Вони – основа нового світогляду на перебіг здоров'я населення на його життєвому шляху, його рольову функцію в життєзабезпеченні не заперечують цінності інших тисячоліттями накопичених знань про здоров'я людей. Вони – не конкуруючі, а взаємодоповнюючі знання про перебіг процесів в середовищі існування людей, якості життєдіяльності в цьому середовищі, якості динамічних процесів здоров'я, умов його збереження, нарешті, виживання популяції, груп людей, окремих поколінь, які мешкають в певних умовах і в певний час.

Визначення родового і аспектних понять «здоров'я» [8] разом із встановленням закону виживання та закону збереження здоров'я населення поєднало поняття «здоров'я індивіда» і «здоров'я населення», відкрило шляхи їх взаємного узгодження і встановлення спільної основи в системі медичних знань і традиційних засад спостереження та контролю.

Запропонований підхід сприяв також тому, що як науковці, так і фахівці практичної охорони здоров'я, не зважаючи на їх вузьку спеціалізацію, одержали можливість усвідомлювати сутність завдань, які постають перед фахівцями не тільки споріднених, але й далеких за змістом діяльності спеціальностей, оцінювати ефективність запропонованих рішень і, відповідно до останніх, включатися у продуктивну взаємодію щодо вирішення спільних і, головне, найвищого рівня складності проблем охорони здоров'я населення.

Запорукою вірності знайденого рішення постає визнання суспільством здоров'я населення кодом вирішення власних питань, питань галузі і виключно єдиним параметром оцінки якості розвитку будь-яких територій, їх соціальних та екологічних властивостей щодо збереження здоров'я людей [5].

## Висновки

Базовою теоретичною та інформаційно-методичною основою розвитку і будь-яких перебудов у системі охорони здоров'я придатні стали закони виживання популяції та збереження здоров'я населення, похідні від них давно розроблені методи та показники.

Основою для національних і регіональних системних розрахунків параметрів здоров'я, визначення життєпридатності територій для проживання людей, обсягу медичної допомоги і формування чинних структур придатні три провідні групи інтегральних показників здоров'я населення; вони дають змогу на повному життєвому циклі сприяти охороні і збереженню його початкового (природженого) ресурсу, а також узгоджуються з існуючою в галузі традиційною інформаційно-методичною системою.

Запропоновано з метою здійснення ринкових перетворень в охороні здоров'я залучати для визначення обсягів і структури страхових фондів (у системі медичного страхування населення) з наступним формуванням економічних основ страхової медицини інтегральні показники ризиків здоров'ю і життю людей.

### Перспективи подальших досліджень

Пропонована розробка узгоджена із вимогами світової програми «Здоров'я для всіх», не прикута до «вибраних» джерел ресурсів (для здійснення перебудов), технологічна, містить мінімальний набір управлінських

маркерів, придатна для використання на будь-яких територіях, спрямована на конструктивні дії; її реалізація дозволить суттєво зменшити хронізацію патології, інвалідність, смертність населення, збільшити загальну тривалість його життя.

### Література

1. Горський П. В. Закон збереження здоров'я населення / П. В. Горський, В. Л. Таралло // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 75–79.
2. *Здоровье для всех к 2000 г.* Глобальная стратегия: Серия «Здоровье для всех» / пер. с англ. – Женева : ВОЗ, 1981. – Москва : Медицина, 1981. – № 3. – 104 с.
3. *Здоровье для всех: популяционная диагностика, прогноз, стратегия действий и контроль их эффективности* / В. Л. Таралло, П. В. Горский, И. Д. Шкробанец, М. И. Грицюк. – Черновцы : БГМУ, 2012. – 658 с.
4. *Информационное обеспечение нового направления деятельности в области общественного здравоохранения на районном уровне : Доклад Комитета экспертов ВОЗ.* – Женева: ВОЗ, 1995. – С. 6–16.
5. *Резолюция* Генеральной Ассамблеи ООН. UNGA 34/58. – 1979. – С. 5.
6. Таралло В. Л. Безпека існування і здоров'я нації / В. Л. Таралло // Буковинський медичний вісник. – Чернівці, 1997. – Т. 1, № 1. – С. 89–95.
7. Таралло В. Л. Визначення обсягу та структури територіальних фондів охорони здоров'я населення: системний підхід / В. Л. Таралло // Медичні перспективи. – Дніпропетровськ, 2000. – Т. V, № 1. – С. 94–99.
8. Таралло В. Л. Здоров'я населення: інформаційно-методичне забезпечення прогнозованого управління / В. Л. Таралло. – Чернівці : ЧМІ, 1996. – 175 с.
9. Таралло В. Л. Методичні аспекти дослідження здоров'я населення на основі моделі виживання / В. Л. Таралло // Демографічні дослідження : збірник наукових праць. – Київ, 1996. – Вип. 18. – С. 57–71.
10. Таралло В. Л. Системне узгодження станів здоров'я населення та територій його мешкання / В. Л. Таралло // Вісник наукових досліджень. – Тернопіль, 1998. – № 3–4. – С. 6–8.
11. Таралло В. Л., Горський П. В., Тимофеев Ю. А. Закон виживання популяцій. Сертифікат-лицензия Международной регистрационной палаты информационно-интеллектуальной новизны МАИ СЭС ООН. Регистр. № 000324, шифр 005, код 00015, г. Москва, 4 июня 1998 г.
12. Тимофієв Ю. О. Концепції охорони здоров'я та інтерфейсний підхід до їх реалізації / Ю. О. Тимофієв, В. Л. Таралло // Хист. – Чернівці, 1993. – № 1. – С. 24–28.
13. *Strechler B. L. General theory of mortality and aging* / B. L. Strechler, S. S. Mildvan // *Science*. – 1960. – Vol. 132 (3418). – P. 14–21.
14. *Tarallo V. L. Classics of Population Health* / V. L. Tarallo. – Chernovtsy : BSMU, 2015. – 736 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.04.2017 р.

**Концептуальные аспекты перестройки  
здравоохранения Украины***V.L. Tarallo*ВГНУУ «Буковинский государственный  
медицинский университет», г. Черновцы, Украина

**Цель** – определить надежные и перспективные идеологии и информационно-методических основ перестройки в системе здравоохранения.

**Материалы и методы.** В разработке использованы материалы собственных теоретических, технологических, методических и информационных исследований, которые основываются на официальных статистических данных о протекании процессов здоровья населения всей Украины.

**Результаты.** По результатам многоаспектного исследования определено, что базовой теоретической и информационно-методической основой развития системе здравоохранения и любых форм его перестройки могут выступать законы выживания популяций и сохранения здоровья населения производные от них методы и показатели. На основе моделей законов выделено для контроля здоровья населения три группы интегральных показателей. Они охватывают по этапам весь цикл жизни и согласованы с действующей в отрасли традиционной информационно-методической системой. Предложено с целью поддержки рыночной перестройки в здравоохранении использовать для определения объема и структуры страховых фондов (в системе медицинского страхования населения) и последующего формирования экономических основ страховой медицины интегральные показатели «полных» рисков здоровью и жизни людей (их можно определять по разным группировкам с учетом запросов потребителей).

**Выводы.** Разработка согласована с требованиями мировой программы «Здоровье для всех», не «прикована» к «избранным» источникам ресурсов, используемых в перестройке, технологична. Содержит минимальный набор управленческих маркеров, может использоваться на любых территориях проживания людей, нацелена на конструктивные действия и результат. Ее реализация позволит существенно снизить хронизацию распространенной патологии, инвалидность, смертность, увеличить среднюю продолжительность жизни, ее «здоровую» часть.

**Ключевые слова:** системный анализ, интегральные показатели, здоровье населения, эффективность здравоохранения.

**Conceptual aspects of the reforms  
in Ukrainian health protection***V.L. Tarallo*HSEIU “Bukovinian State Medical University”,  
Chernivtsi, Ukraine

**Purpose** – to find a reliable and long-term ideology and an informative and methodological base for the reforms in the system of health care. We have used the materials of our own theoretical, methodological and information research based on the official statistical data on the processes in the health care of Ukraine.

**Materials and methods.** Our multispect studies resulted in the awareness of the fact that any reforms in the health care system must be based theoretically and methodologically on the laws of the population survival and protection of health as well as on their element components and derivative methods.

**Results.** Based on the above, we have established three leading groups of integral indexes for people’s health, which allow, throughout our life, to promote the protection and preservation of its original (congenital) resources; they are all consistent with existing in medicine traditional information and methodological system. In order to carry out the reforms in the system of health care, we proposed to use the integral indices of risk factors for people’s health and life to determine the amount and structure of insurance funds (in the health insurance of the population), followed by the formation of the economic foundations of health insurance; these indices are easy to stratify to the needs of the user.

**Conclusions.** Our course book is consistent with the requirements of the global program “Health for all” is not confined to “favorite” resources concerning the reforms, it is technological, it contains a minimum set of management markers, it is suitable to use at any area and is aimed at the constructive actions. Its implementation will significantly reduce chronic disease, disability, mortality, increase the overall life expectancy as well as their “healthy” portion.

**Key words:** system analysis, integral indices, people’s health, effectiveness of health care.

**Відомості про автора**

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

УДК 61.001.891.5:316.4.063.3/4

В.Л. Таралло<sup>1</sup>, Г.О. Слабкий<sup>2</sup>, М.І. Грицюк<sup>1</sup>

## Інтеграція експериментальних, клінічних та соціально-медичних наукових досліджень

<sup>1</sup>ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

<sup>2</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

**Мета** – визначити конструктивну ідеологію для проведення комплексних досліджень, які інтегрують у невід’ємну композицію окремі блоки робіт: експериментальні, клінічні, соціально-медичні.

**Матеріали та методи.** Для вирішення проблеми запропоновано системні моделі зв’язку морфологічних, функціональних та генетичних аспектів об’єктів дослідження з наступною побудовою на їх основі формалізованої схеми «універсуму знань». Остання створює можливості глибинного перехресного узгодження отримуваних знань (результатів дослідження) в аналізі спостережуваних процесів у різних об’єктах (тварини, людини, населення, середовища їх існування тощо).

**Результати та висновки.** Стаття репрезентує інтегрований результат багатьох наукових досліджень, виконаних у 1997–2017 рр. на наведеній ідеології. У них «здоров’я» вибрано і стало інтегральним «поєднувачем» усіх складових досліджень: ідеології, технології, методик та інформаційної бази. Наводиться формалізована схема узгодження багатоаспектних знань про «здоров’я» різних об’єктів, залучених в комплексне дослідження.

**Ключові слова:** наукові дослідження, здоров’я, комплексні роботи.

### Вступ

Проведення комплексних досліджень у медицині потребує узгодження чисельних багатоаспектних теоретичних, інформаційно-методичних і технологічних складових на етапі планування, у поточному контролі і в оцінці результатів виконуваних робіт [5–7]. Така академічна аналітика доступна за наявності високого рівня професійних та організаційно-методичних знань та навичок керівників і виконавців наукових досліджень [4].

**Мета роботи** – визначити стрижень поєднання теоретичних, методичних та інформаційно-технологічних аспектів при виконанні комплексних наукових робіт у медицині із залученням різних об’єктів: худоби – в експериментальному блоці, хворих – у клінічному блоці, груп людей (населення) – у соціально-медичних і соціоекологічних частинах дослідження.

### Матеріали та методи

До аналізу залучено матеріали виконаних за участю авторів комплексних досліджень, спрямованих на удосконалення оздоровчих заходів при патронаті здоров’я населення країни, у тому числі хронічних хворих (хвороб системи кровообігу, злоякісних новоутворень, туберкульозу, цукрового діабету). Обробку матеріалів здійснено із залученням інтегральних параметрів здоров’я – елементних показників закону виживання популяцій і закону збереження здоров’я населення.

### Результати дослідження та їх обговорення

У даний час фахівцям, які досліджують однакові явища в різних об’єктах (щури, хворі, групи мешканців тощо), складно узгодити методологію та методики чинного дослідження ще на етапі його планування. Розбіжність поглядів дослідників, пов’язана з освітою, рівнем спеціальних знань, досвідом, характером досліджуваних об’єктів тощо, потребує прискіпливого вибору виконавців і, водночас, ретельного пропису методології, методів, технології та організації планованого дослідження на всіх етапах: під час його планування, при контролі поточного виконання і на етапі підведення підсумків.

Для вирішення цієї проблеми залучено матеріали завершених системних досліджень [1, 8, 9], за якими визначено базові «поєднувачі» (спільні ознаки) спостережуваних об’єктів і можливо проводити перехресне узгодження провідних складових об’єктів, їх функціонування, чинних наслідків. Зокрема [8], визначено провідні характеристики «здоров’я» – у родовому понятті та аспектних: для людини, сім’ї, населення, згодом – для тварин [2], а також для середовища їх існування, територіальних систем охорони здоров’я [3]. Таким самим чином визначено зміст поняття «спосіб життя» («здоровий», «нездоровий»), знайдено спільні та відмінні риси понять «здоров’я» і «хвороби», визначено внутрішні і зовнішні системні складові для понять «ризик здоров’ю» і «ризик життю».

Узгодження здійснено за логікою [9]:

$$\langle m, f, g \rangle, \quad (1)$$

(певного явища або досліджуваного об'єкта)

де:  $m$  – морфологічні ознаки об'єкта,  $f$  – функціональні, а  $g$  – генетичні, які репрезентують (від *genesis* – розвиток), проявлені наслідки системної невід'ємності  $m$  та  $f$ .

Слід зазначити, що базовим (теоретичним, методичним та інформаційним) «об'єднувачем» усіх спостережуваних у медичній науці об'єктів є поняття «здоров'я». Це стосується і галузі охорони здоров'я. Необхідно усвідомлювати, що причиною ( $m$ ) її виникнення та існування є «здоров'я населення», її місією або провідним функціональним обов'язком ( $f$ ) також є «здоров'я населення»; нарешті результатом, наслідком її діяльності (чинних програм), за системною взаємодією ( $m$ ) та ( $f$ ), знову є «здоров'я населення».

Наведений підхід дав змогу системно узгодити і поєднати в композицію ідеологією, методи та інформаційну основу для проведення чинних комплексних наукових досліджень, до складу яких

залучено експериментальний, клінічний, соціально-медичний та соціоекологічний блоки. Завдяки цьому є можливим вирішити широке коло проблем, пов'язаних зі здоров'ям людей.

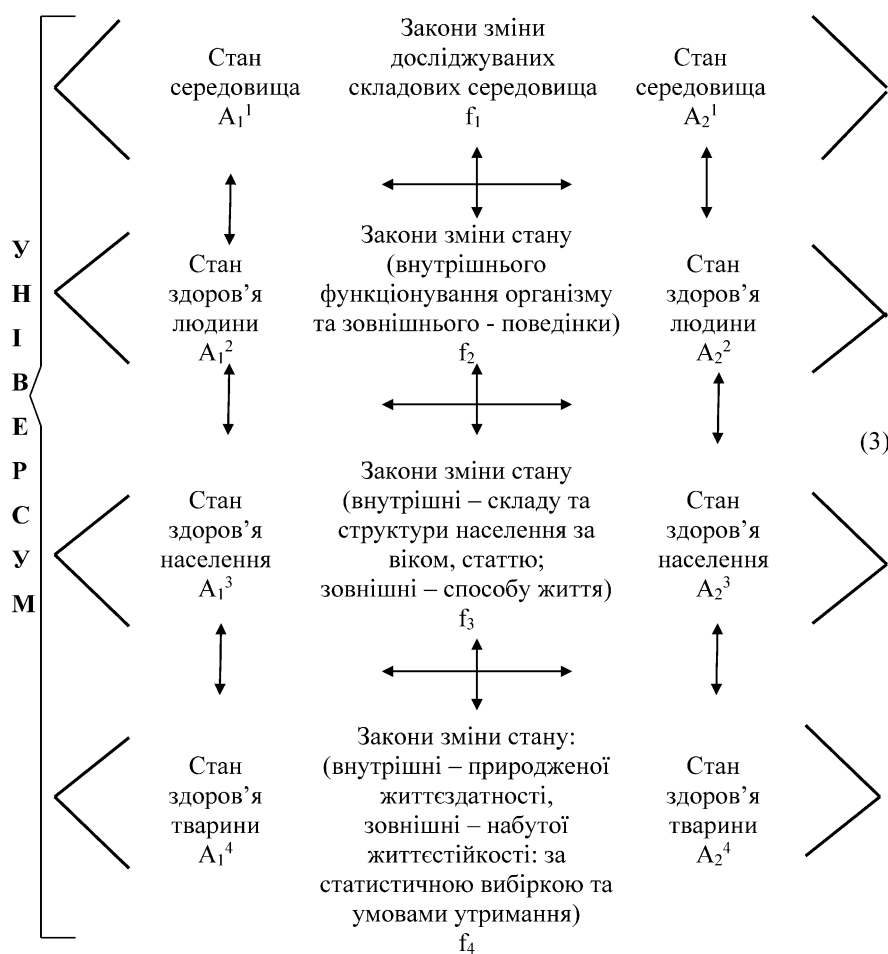
Для вирішення питання використано класичну схему системного аналізу явищ і об'єктів, адаптовану для медицини [9]. Наприклад, аналіз «здоров'я» здійснено таким чином:

$$\langle \text{Стан } A_1 \rangle \xrightarrow{f} \langle \text{Стан } A_2 \rangle, \quad (2)$$

де:  $\langle \text{Стан } A_1 \rangle$  – означає  $m$ ;  $f$  – вплив на первинний стан ( $A_1$ );  $\langle \text{Стан } A_2 \rangle$  – отриманий бажаний результат  $g$ . Останній має інші прояви і, відповідно, спостережувані та вимірювані характеристики.

Слід зазначити, що наведений спосіб аналізу дає змогу виконувати дозовану корекцію станів досліджуваних об'єктів, що створює конструктивну основу для визначення прогнозів.

При проведенні комплексних наукових досліджень вищенаведена модель може бути репрезентована у вигляді «універсуму знань» за схемою:



де: « $\langle \rangle$ » репрезентує системну єдність об'єкта, що розглядається, а  $\leftrightarrow$  та  $\leftrightarrow$  – неподільну єдність системного середовища, в якому він опинився (знаходиться).

Така схема аналізу та вимірювання стану всіх досліджуваних об'єктів середовища відтворює базові властивості та аспекти спостереження системного середовища. Вона дає змогу провести всебічний аналіз зв'язку станів здоров'я людини, населення та експериментальних тварин між собою, їх з різними чинниками середовища, висвітлює гармонійний зв'язок усередині глобальної системи «населення – її довкілля» у будь-яких аспектах.

На такому методологічному ґрунті стає можливим для об'єктів, що спостерігаються, визначити унікальні характеристики їхнього здоров'я, а також чинники впливу на нього. Наприклад, здоров'я людини (населення) в певному фізичному або соціальному осередку – селищі або регіоні, здоров'я людини (населення) в певних умовах функціонування (за способом життя, працею тощо), здоров'я тварини в заданих умовах експерименту.

Слід зазначити, що чітка фіксація функцій об'єкта та його середовища дає змогу отримувати чинну класифікацію за провідними варіантами їх зв'язку, проводити і пряме, і побічне вимірювання стану окремих об'єктів, середовища їх існування.

За наведеною логікою отримано об'єктні інтегральні показники «здоров'я», а згодом за визначенням закономірностей їх зв'язку встановлено закономірності їх виживання та збереження здоров'я [3, 10], визначено показники-маркери для оцінки початкових станів об'єктів протягом їх життя на будь-яких окремих вікових проміжках і прикінцеві, зокрема тривалості життя, якості життя та якості способу життя.

### Висновки

Запропоновано робочу ідеологію проведення комплексних медичних досліджень.

Визначено спільний інтегральний «поєднувач» комплексних робіт – здоров'я досліджуваних об'єктів.

### Перспективи подальших досліджень

Рекомендована схема узгодження знань про перебіг станів здоров'я в об'єктах різного походження, залучених до комплексних наукових досліджень.

### Література

1. *Бойчук Т. М.* Гістохімічні дані щодо порушення окремих структур клубочків нирок щурів на ранніх термінах розвитку експериментального цукрового діабету / Т. М. Бойчук, М. І. Грицюк, І. С. Давиденко // Буковинський медичний вісник. – Т. 19, № 3 (75). – Чернівці : БДМУ, 2015. – С. 19–22.
2. *Геруш И. В.* Теоретические основы связи результатов экспериментальных и клинических исследований / И. В. Геруш // Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии : материалы научно-практической конференции с международным участием. – Самарканд, 2016. – С. 117.
3. *Здоровье для всех: популяционная диагностика, прогноз, стратегия действий и контроль их эффективности* / В. Л. Таралло, П. В. Горский, И. Д. Шкробанец, М. И. Грицюк. – Черновцы : БГМУ, 2012. – 658 с.
4. *Лобас В. М.* Наукові комунікації в процесі реформування охорони здоров'я в Україні / В. М. Лобас, Г. О. Слабкий, В. А. Русняк // Український журнал телемедицини та медичної телематики. – 2013. – № 2. – С. 137–141.
5. *Оптимізація науково-методичного забезпечення проведення реформи охорони здоров'я : метод. рекомендації* / уклад. : Г. О. Слабкий, В. М. Лобас, О. Ю. Качур [та ін.] ; МОЗ України, Донецький нац. медичний ун-т імені М. Горького. – Київ, 2013. – 29 с.
6. *Русняк В. А.* Роль кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я в науковому забезпеченні реформи охорони здоров'я / В. А. Русняк, Г. О. Слабкий, Л. О. Качала // Intermedical journal (Словаччина). – 2015. – Т. IV (6). – С. 39–46.
7. *Слабкий Г. О.* До питання наукового забезпечення проведення реформи системи охорони здоров'я в Україні / Г. О. Слабкий, В. А. Русняк // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4 (28). – С. 78–82.
8. *Таралло В. Л.* Здоров'я населення: інформаційно-методичне забезпечення прогнозованого управління / В. Л. Таралло. – Чернівці : ЧМІ, 1996. – 175 с.
9. *Тимофієв Ю. О.* Концепції охорони здоров'я та інтерфейсний підхід до їх реалізації / Ю. О. Тимофієв, В. Л. Таралло // Хист. – 1993. – № 1. – С. 24–28.
10. *Tarallo V. L.* Classics of population Health / V. L. Tarallo. – Chernovtsy : BSMU, 2015. – 736 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.04.2017 р.



**Интеграция экспериментальных, клинических  
и социально-медицинских исследований**

*V.L. Tarallo<sup>1</sup>, G.A. Slabkiy<sup>2</sup>, M.I. Grytsiuk<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>ВГНУУ «Буковинский государственный  
медицинский университет», г. Черновцы, Украина  
<sup>2</sup>ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

**Цель** – определить конструктивную идеологию для проведения комплексных исследований, которые интегрируют в неотъемлемую композицию отдельные блоки работ: экспериментальные, клинические, социально-медицинские.

**Материалы и методы.** Для решения проблемы предложены системные модели связи морфологических, функциональных и генетических аспектов объектов исследования с последующим построением на их основе формализованной схемы «универсума знаний». Последняя позволяет провести глубинное перекрестное согласование полученных знаний (результатов исследования) в анализе наблюдаемых процессов у разных объектов (животные, человек, население, среда их существования и т.д.).

**Результаты и выводы.** Статья презентует интегрированный результат многочисленных научных исследований, выполненных в 1997–2017 гг. по указанной идеологии. В них «здоровье» избрано и стало интегральным объединяющим фактором всех слагаемых исследования: идеологии, технологии, методик и информационной базы. Приведена формализованная схема согласования многоаспектных знаний о «здоровье» разных объектов, вовлеченных в комплексное исследование.

**Ключевые слова:** научные исследования, здоровье, комплексные работы.

**Integration of experimental, clinical  
and social-medical scientific research**

*V.L. Tarallo<sup>1</sup>, G.O. Slabkiy<sup>2</sup>, M.I. Grytsiuk<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>HSEIU “Bukovinian State Medical University”,  
Chernivtsi, Ukraine  
<sup>2</sup>SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

**Purpose** – to determine the constructive ideology for the conduction of the complex research, which can be integrated to the composition of separate parts of work: experimental, clinical, social-medical.

**Materials and methods.** As a solution, the systemic models for connection of morphologic, functional and genetic aspects of objects were proposed. The next step was to prepare the general formalized scheme “knowledge universe”. It gives the possibilities for deep cross coordination of given results in the analysis of the observed processes in different objects (human, animals, population, environment etc.).

**Results.** The article represents the integrated result of multiple scientific researches, conducted in 1997–2017. “Health” has been chosen as an integral connector of all the parts of the research: ideology, technology, methods and informational base. The general formalized scheme is given as a connection of various aspects of knowledge about “health” of the different objects, used in the complex research.

**Key words:** scientific research, health, complex work.

**Відомості про авторів**

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

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

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

УДК 616-005.8-082-036

Н.О. Теренда, Н.Я. Панчишин, О.Н. Литвинова, Ю.М. Петрашик

## Фактори ризику в розвитку інфаркту міокарда та шляхи їх корекції

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

**Мета** – вивчити вплив факторів ризику на розвиток інфаркту міокарда та запропонувати шляхи їх корекції.

**Матеріали та методи.** Використано дані з медичних карт стаціонарного хворого. Застосовано методи: викопіювання даних, статистичний, аналітичний.

**Результати.** У проведеному дослідженні вивчено фактори ризику, які приводять до розвитку інфаркту міокарда. Встановлено значну роль гіпертонічної хвороби та адекватності гіпотензивної терапії, цукрового діабету II типу, стенокардії напруги та фібриляції передсердь, паління та обтяженого спадкового анамнезу. Визначено переважання певних факторів ризику у різні вікові періоди. У осіб віком до 44 років та 45–59 років, в яких розвинувся інфаркт міокарда, частіше переважали паління та обтяжений сімейний анамнез щодо серцево-судинних захворювань. Для пацієнтів віком 60 років і старше була притаманна достовірно вища наявність гіпертонічної хвороби, цукрового діабету II типу, стенокардії напруги та фібриляції передсердь. Надано рекомендації по корекції певних факторів ризику розвитку інфаркту міокарда щодо вікових груп населення.

**Висновки.** На розвиток інфаркту міокарда впливають як поведінкові чинники, так і наявні хронічні захворювання. Для ефективної їх корекції та профілактики інфаркту міокарда необхідно враховувати вік пацієнта.

**Ключові слова:** фактори ризику, інфаркт міокарда, первинний рівень медичної допомоги.

### Вступ

Захворюваність і смертність від неінфекційних захворювань становить одну із провідних проблем сучасної системи охорони здоров'я. Левову частку в їх структурі займають хвороби системи кровообігу. У виникненні і розвитку цих захворювань значну роль відіграють фактори ризику (ФР). За даними ВООЗ, понад 3/4 усієї смертності від ішемічної хвороби серця (ІХС) можна попередити за допомогою відповідних змін способу життя.

Сімейний лікар має унікальну можливість коригувати ФР у пацієнтів за допомогою медикаментозних і немедикаментозних втручань.

**Мета роботи** – вивчити вплив ФР на розвиток ІМ та запропонувати шляхи їх корекції.

### Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети було вирішено такі завдання:

1. Проаналізовано ФР, що сприяли розвитку ІМ у хворих.
2. Виокремлено та проаналізовано розподіл ФР щодо вікових груп пацієнтів.
3. Запропоновано шляхи корекції ФР розвитку ІМ відповідно до вікових груп.

У дослідженні використано дані з медичних карт стаціонарного хворого 288 пацієнтів з ІМ, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Тернопільській комунальній міській лікарні (ТКМЛ) № 2. Використано методи: викопіювання даних, статистичний, аналітичний.

### Результати дослідження та їх обговорення

Різноманітні дослідження, які проводилися протягом останніх років, визначили низку провідних ФР у розвитку серцево-судинних захворювань: порушення ліпідного обміну, вживання тютюну, алкоголю, артеріальна гіпертензія, спадковість, нераціональне харчування. В проведеному нами дослідженні було проаналізовано частину із факторів, які були виявлені у хворих ІМ.

Фундаментальними дослідженнями на сьогодні доведено, що артеріальна гіпертензія є провідним ФР розвитку ІХС, ІМ, цереброваскулярних захворювань, ниркової недостатності [1, 8]. Смертність дорослого населення від ІМ і мозкових інсультів має прямий корелятивний зв'язок із захворюваністю на АГ та її поширеністю [5]. У нашому дослідженні у пацієнтів з ІМ гіпертонічна хвороба (ГХ) спостерігалася у 77,1%. Більшість із них хворіли цією патологією більше 10 років (45,7%), 19,7% мали підвищений артеріальний тиск в анамнезі від 5 до 10 років, 34,5% – до 5 років. У 10,8% пацієнтів ІМ виник як ускладнення гіпертонічного кризу. На жаль, не всі пацієнти регулярно приймали антигіпертензивну терапію. Лише 46% осіб регулярно приймали призначену медикаментозну терапію, 33% – застосовували медикаменти нерегулярно або епізодично і 21% осіб взагалі не вживали ніяких антигіпертензивних середників.

Відомо, що при порушенні толерантності до вуглеводів – у два рази збільшується ризик розвитку серцево-судинних захворювань [6]. У нашому спостереженні цукровий діабет II типу виявлено у 24,7% пацієнтів.

З тютюнопалінням пов'язують 30–40% смертей від ІХС і 30% випадків смерті від онкологічних захворювань. За даними звіту ВООЗ про глобальну тютюнову епідемію, за рівнем поширеності паління серед дорослих (38,2%) Україна знаходиться на 6 місці серед 45 країн Європейського регіону ВООЗ та на 7-му місці у світі [3]. За результатами нашого дослідження частка пацієнтів з ІМ, які палили, становила 21,2 %.

У 2002 р. фахівцями ВООЗ обтяжений сімейний анамнез було виділено як незалежний предиктор ризику ІМ, який не залежить від статі, віку, етнічних, географічних, соціально-економічних та традиційних факторів ризику [4]. Саме локус 9p21.3 на даний час є найбільш достовірним генетичним чинником виникнення ІХС та ІМ. Фактор спадковості відмічали 18,4 % хворих.

Окремі дослідники вважають наявність передінфарктної стенокардії як ФР, що визначає легший перебіг ІМ: поширення зони некрозу на передні відділи серця, рідший розвиток кардіогенного шоку, фібриляції передсердь [7]. У нашому дослідженні стенокардія відмічалася у 33,0 % осіб. Постійна форма фібриляції передсердь була в анамнезі у 7,6 % пацієнтів з ІМ.

Ще одним етапом нашого дослідження було вивчення ФР залежно від віку. Всіх пацієнтів було розділено на вікові групи згідно рекомендацій ВООЗ: перша група – особи віком до 44 років, друга – 45–59 років, третя – 60 років і старше. Найменш чисельною була перша група – лише 12 пацієнтів (4,2%), найбільшою була третя група – 179 осіб (62,1%), до складу другої групи увійшло 97 осіб (33,7%). У кожній з них визначали наявність та питому вагу ФР розвитку ІМ (таблиця).

Таблиця

## Фактори ризику інфаркту міокарда в пацієнтів різних вікових груп

Фактор ризику	Вік пацієнтів		
	до 44 років (n=12)	45–59 років (n=97)	60 років і старше (n=179)
Паління	66,7±13,60	35,1±4,85*	10,6±2,30**
Сімейний анамнез	66,7±13,60	22,7±4,25*	12,8±2,50**
Фібриляція передсердь	0	4,1±2,01	10,1±2,25***
Стенокардія	41,7±14,23	17,5±3,86	40,8±3,67***
Гіпертонічна хвороба	50,0±14,43	66,0±4,81***	83,2±2,79**
Цукровий діабет II типу	25,0±12,50	15,5±3,67	29,6±3,41***

Примітки: \* – статистично достовірно при порівнянні пацієнтів першої та другої груп; \*\* – статистично достовірно при порівнянні пацієнтів першої та третьої груп; \*\*\* – статистично достовірно при порівнянні пацієнтів другої та третьої груп.

При вивченні ФР, які приводять до розвитку ІМ, у осіб до 44 років виявлено, що у них достовірно вище було поширене паління порівняно як із особами 45–59 років ( $p<0,05$ ), так і з особами 60 років і старше ( $p<0,001$ ). Також в анамнезі у них достовірно частіше спостерігалось згадування про серцево-судинну патологію у близьких родичів (для другої групи  $p<0,01$  і для третьої  $p<0,001$ ).

Подібна тенденція простежувалася і у другій віковій групі. Так, хворі із цієї групи достовірно частіше палили порівняно із старшою віковою групою ( $p<0,001$ ) і частіше у них був обтяжений сімейний анамнез щодо серцево-судинної патології ( $p<0,01$ ).

У пацієнтів третьої вікової групи спостерігалось переважання інших ФР. Так, для них була притаманна достовірно вища наявність ГХ (для другої групи  $p<0,001$  і для першої  $p<0,05$ ), цукрового діабету II типу (для другої групи  $p<0,01$ ), стенокардії напруги (для другої групи  $p<0,001$ ) та фібриляції передсердь (для другої групи  $p<0,05$ ).

Низкою досліджень українських вчених встановлено недостатній рівень профілактичної роботи, яку проводять лікарі первинного рівня медичної допомоги по запобіганню серцево-судинних захворювань. Це пов'язано як з об'єктивними причинами (брак методичних

матеріалів, інших джерел інформації), так і з суб'єктивним фактором (важливішою вважають лікувальну, а не профілактичну роботу). Так, ніколи не проводять або проводять епізодично профілактичну роботу з населенням щодо відмови від куріння 19,2% медичних працівників первинної ланки охорони здоров'я, раціональної дієти – 15,3%, шкоди надмірного споживання алкоголю – 25,1%, зменшення надмірної маси тіла – 24,9%, підвищення фізичної активності – 17,8% [2].

Для покращення ефективності профілактичної роботи лікарями доцільно виділити певні групи населення з метою диференційованого підходу до корекції певних ФР. Так, на основі проведених досліджень, можна виділити вікову групу до 44 років, серед яких доцільно проводити пропаганду здорового способу життя (відмова від паління, алкоголю, контроль ліпідограми, раціональне харчування). Особливо це стосується пацієнтів з обтяженим сімейним анамнезом.

У пацієнтів старшої вікової групи більше уваги необхідно спрямувати на диспансерне спостереження за особами, хворими ГХ, цукровим діабетом II типу, стенокардією напруги, фібриляцією передсердь. Важливо доносити до пацієнта інформацію про необхідність дотримання режиму праці та відпочинку, раціонального харчування, регулярного медикаментозного лікування.

### Висновки

1. Пацієнти з ГХ, у яких розвинувся ІМ, не завжди регулярно приймали антигіпертензивну терапію. Лише 46% осіб регулярно приймали призначену медикаментозну терапію, 33% – застосовували медикаменти нерегулярно або епізодично і 21% осіб взагалі не вживали ніяких антигіпертензивних середників.

2. У осіб до 44 років, в яких розвинувся ІМ, достовірно вищими було поширене паління та обтяжений сімейний анамнез щодо серцево-судинних захворювань порівняно як із особами 45–59 років, так і з особами 60 років і старше. Подібна тенденція простежувалася і у пацієнтів віком 45–59 років.

3. Для пацієнтів віком 60 років і старше була притаманна достовірно вища наявність ГХ, цукрового діабету II типу, стенокардії напруги та фібриляції передсердь.

4. Для покращення ефективності профілактичної роботи лікарям первинного рівня медичної допомоги доцільно виділяти певні вікові групи населення з метою диференційованого підходу до корекції певних ФР розвитку ІМ.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у вивченні ефективності профілактичної роботи лікарів первинної ланки щодо профілактики ІМ.

### Література

1. Горбась І. М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність і контроль [Електронний ресурс] І. М. Горбась. – Режим доступу : <http://health-ua.com/article/2229.html>. – Назва з екрана.
2. Гречишкіна Н. В. Вивчення обізнаності та ставлення лікарів первинної ланки щодо профілактики неінфекційних захворювань / Н. В. Гречишкіна, Т. С. Грузева // Сімейна медицина. – 2015. – № 6. – С. 22–24.
3. Красовський К. С. Глобальна тютюнова епідемія і протистояння їй в Україні / К. С. Красовський, Т. І. Андрєєва // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – №4 (4). – С. 66–70.
4. Лобач Л. Є. Генетика інфаркту міокарда / Л. Є. Лобач // Ліки України. – 2015. – № 5 (191). – С. 21–24.
5. Навчук І. В. Розробка та обґрунтування моделі первинної та вторинної профілактики артеріальної гіпертензії у сільського населення : автореф. дис. ... канд. мед наук: 14.02.03 / І. В. Навчук ; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. – Київ, 2009. – 33 с.
6. Приступок О. М. Модифікування чинників ризику серцево-судинної патології у хворих на цукровий діабет типу 2 / О. М. Приступок // Тези доповідей Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої всесвітньому дню здоров'я 2010 р. : Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2010. – № 1 (9). – С. 213–214.
7. Effect of Preinfarction angina pectoris on long term survival in patients with ST-segment elevation myocardial infarction who underwent primary percutaneous coronary intervention / T. Taniguchi, H. Shiomi, T. Toyota [et al.] // Am. J. Cardiol. – 2014. – Vol. 114 (8). – P. 1179–1186.
8. Systolic blood pressure and cardiovascular outcomes during treatment of hypertension / M. A. Weber, G. L. Bakris, A. Hester [et al.] // Am. J. Med. – 2013. – Vol. 126 (6). – P. 501–508.

Дата надходження рукопису до редакції: 18.04.2017 р.

**Факторы риска в развитии инфаркта миокарда и пути их коррекции**

*Н.А. Теренда, Н.Я. Панчишин,  
О.Н. Литвинова, Ю.Н. Петрашик*

ГВУУ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МОЗ Украины», г. Тернополь, Украина

**Цель** – изучить влияние факторов риска на развитие инфаркта миокарда (ИМ) и предложить пути их коррекции.

**Материалы и методы.** В исследовании использованы данные из медицинских карт стационарного больного. Используются методы: выкопировки данных, статистический, аналитический.

**Результаты.** В проведенном исследовании изучены факторы риска, которые способствуют развитию инфаркта миокарда. Установлено значительную роль гипертонической болезни и адекватности гипотензивной терапии, сахарного диабета II типа, стенокардии напряжения и фибрилляции предсердий, курения и отягощенного наследственного анамнеза. Определены преобладание определенных факторов риска в разные возрастные периоды. У лиц в возрасте до 44 лет и 45–59 лет, в которых развился инфаркт миокарда, чаще преобладали курение и отягощенный семейный анамнез относительно сердечно-сосудистых заболеваний. Для пациентов в возрасте 60 лет и старше было присуще достоверно выше наличие гипертонической болезни, сахарного диабета II типа, стенокардии напряжения и фибрилляции предсердий. Даны рекомендации по коррекции определенных факторов риска развития ИМ относительно различных возрастных групп населения.

**Выводы.** На развитие инфаркта миокарда влияют как поведенческие факторы, так и имеющиеся хронические заболевания. Для эффективной их коррекции и профилактики инфаркта миокарда необходимо учитывать возраст пациента.

**Ключевые слова:** факторы риска, инфаркт миокарда, первичный уровень медицинской помощи.

**Risk factors in development of myocardial infarction, and ways of correction**

*N.O. Terenda, N.Ya. Panchyshyn,  
O.N. Lytvynova, Yu.M. Petrashyk*

SIHE “Ivan Horbachevsky Ternopil State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine”, Ternopil, Ukraine

**Purpose** – to analyze the impact of risk factors on the development of myocardial infarction (MI) and suggest ways to correct them.

**Materials and methods.** The study uses data from medical records of in-patients. Methods used: copying of data, statistical and analytical methods.

**Results.** We study the risk factors that contribute to myocardial infarction. We established the significant impact of hypertension and the adequacy of antihypertensive therapy, type II diabetes, angina and atrial fibrillation, smoking and burdened hereditary history. We determine the prevalence of certain risk factors at different ages. In people aged 44 and 45–59 who developed myocardial infarction, often smoke and have a family history of cardiovascular diseases. Patients aged 60 and over are characterized by significantly higher frequency of hypertension, type II diabetes, angina and atrial fibrillation. We offer recommendations for correcting some of the risk factors of myocardial infarction by age groups.

**Conclusions.** The development of myocardial infarction is affected by both behavioral factors and existing chronic diseases. For effective prevention and correction of myocardial infarction, the patient's age should be taken into account.

**Key words:** risk factors, myocardial infarction, primary level of medical care.

**Відомості про авторів**

**Теренда Наталія Олександрівна** – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

**Панчишин Наталія Ярославівна** – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

**Литвинова Ольга Несторівна** – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

**Петрашик Юрій Миколайович** – к.філол.наук, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

## Субклінічний гіпотиреоз як маркер високого кардіоваскулярного ризику в пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки на фоні порушення вуглеводного обміну

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

**Мета** – дослідити рівень кардіоваскулярного ризику в пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки та порушеннями вуглеводного обміну, що мають супутній гіпотиреоз і проживають в умовах дефіциту йоду.

**Матеріали та методи.** Для обстеження 215 тематичних пацієнтів використано клінічні, антропометричні, лабораторні, ультразвукові, розрахункові та статистичні методи.

**Результати.** За умови виникнення субклінічного гіпотиреозу у хворих із неалкогольною жировою хворобою печінки на фоні цукрового діабету другого типу або предіабету достовірно зростає артеріальний тиск. Виявлено підвищення аланін-амінотрансферази, аспартат-амінотрансферази, коефіцієнту атерогенності крові, індексу ожиріння печінки та індексу інсулінорезистентності. Ймовірність виникнення серцево-судинних подій протягом наступних 10 років достовірно зростає, в той час як корекція тиреоїдного статусу веде до зниження кардіоваскулярного ризику майже в 2,5 разу порівняно з маніфестним гіпотиреозом.

**Висновки.** Субклінічний гіпотиреоз є маркером високого кардіоваскулярного ризику в пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки на фоні предіабету чи цукрового діабету другого типу, які проживають в умовах ендемічної щодо йоду Закарпатської області.

**Ключові слова:** субклінічний гіпотиреоз, маніфестний гіпотиреоз, гіпофункція щитовидної залози, кардіоваскулярний ризик, неалкогольна жирова хвороба печінки, стеатоз, цукровий діабет, предіабет.

### Вступ

Більшість науковців у всьому світі визнають проблему коморбідності і поліморбідності однією із найскладніших у сучасній медицині [3, 8], оскільки, за даними багаточисельних досліджень, серед пацієнтів лікаря загальної практики віком від 45 близько 90% мають 2 і більше захворювань [8, 16], а тяжкість фатальних серцево-судинних прогнозів у хворих [2] асоційована з наявністю супутньої патології [16]. На сьогодні відомо більше 200 факторів кардіоваскулярного ризику (КВР) [18]. Загально визнаними та найбільш значимими серед них є дисліпідемія (ДЛ), артеріальна гіпертензія (АГ), паління, порушення толерантності до глюкози або цукровий діабет другого типу (ЦД-2), абдомінальне ожиріння (АО), вживання алкоголю, низька фізична активність, низький соціальний та освітній статус, стреси [3]. На підставі ряду досліджень встановлено, що неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) теж можна вважати незалежним фактором КВР, оскільки при гіперглікемії, гіперінсулінемії і гіпертригліцеридемії, що часто мають місце при НАЖХП, підвищується вміст плазміногену-1 (РАІ-1) в крові, що відіграє важливу роль у визначенні схильності до серцево-судинних захворювань [18]. При НАЖХП встановлено зниження ендотелій-залежної вазодилатації плечової артерії і збільшення товщини комплексу інтима-медіа сонної артерії, що є маркерами раннього атеросклерозу [11, 15], а підвищення рівня печінкових ферментів у сироватці крові, характерне

для НАЖХП, вказує на підвищений КВР незалежно від традиційних факторів ризику [14]. Виявлення нових факторів КВР, розробка методів їх профілактики та лікування є одним із пріоритетних завдань сучасної медицини. Одним з таких є вплив субклінічного гіпотиреозу (СГ) на атерогенез та КВР.

Актуальність СГ пов'язана з його значною поширеністю в популяції, особливо в умовах ендемічної щодо йоду Закарпатської області [4, 6, 7] та частою асоціацією з підвищенням серцево-судинної захворюваності й смертності, ДЛ, АО, АГ, дисбалансом адипоцитокінів та прозапальних цитокінів, імунологічними порушеннями [1, 6]. Вплив СГ на розвиток серцево-судинних захворювань активно обговорюється медичною спільнотою, більшість дослідників відзначають зв'язок СГ із підвищеним рівнем холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) і тригліцеридів [5, 12, 13]. Описано наявність потовщення комплексу інтима-медіа у пацієнтів з СГ та позитивний вплив 6-місячного прийому левотироксину натрію [9]. Відомими є результати Роттердамського дослідження, згідно з якими при обстеженні 1149 жінок віком  $69 \pm 7,5$  року виявлено залежність між наявністю СГ і поширеністю ознак атеросклерозу аорти та інфарктом міокарда [5, 17]. Проте немає чіткої позиції про здатність СГ підвищувати КВР, оскільки окремі роботи заперечують зв'язок СГ із ДЛ, ендотеліальною дисфункцією, атеросклерозом сонних артерій та ризиком розвитку ІХС [10, 15]. Таким чином, питання впливу СГ

на КВР є відкритим. Тому актуальним є пошук наукових результатів, які б підтвердили чи спростували факт зростання КВР у пацієнтів з НАЖХП на фоні СГ.

**Мета роботи** – дослідити рівень кардіоваскулярного ризику у пацієнтів з НАЖХП (на фоні предіабету чи цукрового діабету другого типу) та гіпофункцією щитовидної залози (ЩЗ), які проживають в умовах ендемічної щодо йоду Закарпатської області, оцінити зміни стану печінки, ліпідного та вуглеводного обмінів у порівнянні з пацієнтами, що страждають на НАЖХП з порушенням вуглеводного обміну на фоні еутиреозу.

### Матеріали та методи

Обстежено 215 осіб з НАЖХП та порушенням толерантності до глюкози або ЦД-2, які відповідно до стану щитоподібної залози (ЩЗ) були поділені на 6 клінічних груп. До першої групи ввійшли 32 хворих на НАЖХП, цукровий діабет 2 типу та СГ (НАЖХП+ЦД-2+СГ), до другої – 40 пацієнтів з НАЖХП, порушенням толерантності до глюкози (предіабетом) та СГ (НАЖХП+ПД+СГ). Група 3 налічувала 62 хворих з НАЖХП, цукровим діабетом 2 типу та еутиреозом (НАЖХП+ЦД-2+еутиреоз), а група 4 – 55 пацієнтів із НАЖХП, предіабетом та еутиреозом (НАЖХП+ПД+еутиреоз). До групи 5 ввійшло 15 пацієнтів з НАЖХП та цукровим діабетом або предіабетом в поєднанні з маніфестним гіпотиреозом (НАЖХП+ЦД-2/ПД+МГ), а до групи 6–11 осіб з НАЖХП з цукровим діабетом або предіабетом та компенсованим на фоні прийому левотироксину натрію гіпотиреозом (НАЖХП+ЦД-2/ПД+КТ).

Діагноз цукрового діабету 2 типу підтверджувався згідно «Уніфікованого клінічного протоколу первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Цукровий діабет 2 типу»» (Наказ МОЗ України від 21.12.2012 р. № 1118). Предіабет діагностувався згідно з критеріями експертного комітету з діагностики та класифікації ЦД (2012): підвищення глюкози натще 5,6–6,9 ммоль/л (плазма); порушення толерантності до глюкози: глікемія натще  $\leq 7,0$  ммоль/л, постпрандіальна глікемія через 2 години 7,8–11,0 ммоль/л, HbA1C 5,7–6,4%. Діагноз НАЖХП встановлювався згідно «Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Неалкогольний стеатогепатит»» (Наказ МОЗ України від 06.11.2014 р. № 826).

Алгоритм обстеження пацієнтів включав: опитування та фізикальний огляд з вимірюванням антропометричних показників, артеріального тиску (АТ); лабораторне дослідження: загальний аналіз крові, АЛТ, АСТ, глюкоза натще, пероральний тест толерантності до глюкози, глікозильований гемоглобін (HbA1C) та ліпідограма (загальний холестерин, тригліцериди, ЛПНЩ, ЛПВЩ, ЛПДНЩ, коефіцієнт атерогенності (КА)), рівень ТТГ, тироксину та трийодтироніну; ультразвукове обстеження печінки та ЩЗ; розрахунок індексу ожиріння печінки (FLI – fatty liver index), оцінку КВР за допомогою Risk calculator (ACC/AHA ASCVD

Risk calculator). Лабораторні показники визначалися за допомогою уніфікованих методик, затверджених МОЗ України, з використанням такого обладнання: гематологічний аналізатор «Digicell-800», біохімічний аналізатор «COBAS MIRA Plus» та «KONE». Для оцінки функціонального стану ЩЗ проводилося визначення вільного тироксину ( $T_{4b}$ ) та ТТГ сироватки крові імунохемілюмінесцентним методом за допомогою автоматичної системи Roche Hitachi Cobas e411 (Швейцарія, Японія). Рівень ТТГ сироватки крові в межах 0,4–4,0 мМО/л вважався нормальним і інтерпретувався як еутиреоз. Рівень ТТГ більше 4 мМО/л вважався лабораторним критерієм гіпотиреозу. Значення показника ТТГ в межах 4,01–10,0 мМО/л інтерпретувалося як субклінічний гіпотиреоз. Підвищення ТТГ більше 10 мМО/л вказувало на явний (клінічний, маніфестний) гіпотиреоз. Статистична обробка результатів виконана за допомогою пакету програм «Statistica 10.0» з попереднім створенням бази даних в електронних таблицях Excel.

### Результати дослідження та їх обговорення

У дослідження було включено 215 пацієнтів із НАЖХП та предіабетом/ЦД-2, у тому числі 72 – з супутнім СГ, 15 – з МГ та 11 – з гіпотиреозом, що на момент дослідження був компенсованим левотироксином натрію. Середній вік обстежених осіб 53,4 $\pm$ 4,6 року. Групи хворих достовірно не відрізнялися за віковим та статевим складом, а також були зіставними за антропометричними даними. У структурі уражень печінки обстежених пацієнтів, за даними УЗД, індексу FLI та рівнем ферментів крові, переважав стеатоз (72,33%). Частка пацієнтів з лабораторними проявами неалкогольного жирового стеатогепатиту (НАСГ) склала 27,67%. Цукровий діабет 2-го типу відмічався у 99 пацієнтів, предіабет – у 116 осіб.

Пацієнти не відрізнялися за зростом ( $p > 0,05$ ), проте виявлена достовірна міжгрупова різниця у середніх значеннях ваги тіла та індексі маси тіла (ІМТ). Як видно з таблиці 1, вказані показники достовірно зростали при приєднанні субклінічного гіпотиреозу до НАЖХП з предіабетом. Рівень систолічного та діастолічного артеріального тиску (САТ, ДАТ) пацієнтів з еутиреозом (групи 3 і 4) вірогідно відрізнявся, оскільки за наявності ЦД-2 САТ і ДАТ були вищими, ніж за предіабету. Проте за умови приєднання СГ у групі 2 зростають і САТ і ДАТ, вірогідно відрізняючись від відповідних показників групи 4, причому достовірної різниці рівнів САТ і ДАТ між групами 1 і 2 не виявлено. Це дозволяє вважати СГ важливим фактором формування АГ у пацієнтів з НАЖХП, незалежно від того, якими саме є зміни вуглеводного обміну – ПД чи ЦД-2. Щодо МГ, то виявлено лише достовірні зміни рівня ДАТ між пацієнтами 4 і 5 груп, в той час як ДАТ у групі 5 достовірно не відрізнявся від 1, 2 та 3 груп. З цього випливає, що високий рівень ТТГ пов'язаний з підвищенням більше ДАТ, ніж САТ у осіб з НАЖХП та ЦД-2/ПД на фоні гіпотиреозу. Отже, гіпофункція ЩЗ призводить до збільшення системного судинного опору і вазоконстрикції – важливих чинників високого КВР.

Таблиця 1

Антропометричні дані та артеріальний тиск обстежених пацієнтів

Параметр	Група 1 НАЖХП + ЦД-2 + СГ	Група 2 НАЖХП + ПД + СГ	Група 3 НАЖХП + ЦД-2+еутиреоз	Група 4 НАЖХП + ПД+еутиреоз	Група 5 НАЖХП + ЦД-2/ПД + МГ	Група 6 НАЖХП + ЦД-2/ПД + КГ
Кількість пацієнтів	32	40	62	55	15	11
Зріст, м	1,65±3,21	1,66±3,97	1,69±1,1	1,67±1,23	1,63±3,15	1,68±2,86
Маса тіла, кг	98,12±2,04	92,65±2,12#, ##	99,4±1,98	83,20±2,12*	99,02±1,83	85,14±2,34
ІМТ, кг/м <sup>2</sup>	35,12±0,64	31,42±0,98#, ##	35,9±0,86	28,92±0,70*	35,45±1,04	29,32±0,85
САТ, мм.рт.ст.	146,21±3,27	132,5±3,12##	143,4±2,90	124,30±2,40*	142,76±2,53	137,5±2,71
ДАТ, мм.рт.ст.	96,8±2,83	92,61±1,57##	95,3±2,30	81,10±1,96*	93,86±2,05**	86,47±1,63

Примітки: # – статистично вірогідна різниця при порівнянні груп 1 і 2 (p<0,05); ## – статистично вірогідна різниця при порівнянні груп 1 і 3 (p<0,05); ### – статистично вірогідна різниця при порівнянні груп 2 і 4 (p<0,05); \* – статистично вірогідна різниця при порівнянні груп 3 і 4 (p<0,05); \*\* – статистично вірогідна різниця при порівнянні груп 4 і 5 (p<0,05).

Рівень печінкових трансаміназ (АЛТ, АСТ) у пацієнтів з НАЖХП, ЦД-2 та еутиреозом (група 3) був достовірно вищим, ніж у пацієнтів групи 4, у яких були ознаки предіабету. При цьому середнє значення рівня АЛТ у жінок з ПД дещо перевищувало норму та становило 36,1±2,28 МОд/л, середнє значення АСТ – 31,9±0,96 МОд/л та знаходилось на верхній межі норми. Середні значення АЛТ та АСТ у чоловіків 4 групи склали 42,7±1,32 МОд/л та 40,4±1,79 МОд/л відповідно, що незначно перевищувало норму. Водночас середні значення цих показників у групі 3 були суттєво підвищеними: у жінок АЛТ 47,8±1,23 МОд/л, АСТ – 41,3±0,81 МОд/л; у чоловіків відповідно 57,9±2,37 МОд/л та 52,7±1,87 МОд/л. За умови приєднання гіпотиреозу спостерігається достовірне зростання рівнів печінкових трансаміназ: в жінок 1 групи середній рівень АЛТ 53,07±1,24 МОд/л, АСТ – 47,67±1,56 МОд/л; у чоловіків

відповідно 64,21±1,15 МОд/л та 58,43±2,04 МОд/л; у групі 2 середні значення АЛТ та АСТ у жінок становили 39,2±1,87 МОд/л та 36,7±2,01 МОд/л, а у чоловіків – 45,03±1,83 МОд/л та 44,6±2,07 МОд/л. Отже, синдром цитолізу був більше вираженим у пацієнтів з НАЖХП та ЦД-2/ПД на фоні гіпотиреозу. Не виявлено статистичної різниці в показниках АЛТ та АСТ пацієнтів із СГ та МГ. Показники ферментативної активності печінки зменшувалися при наростанні ступеня декомпенсації ЦД-2, що підтверджувалося зворотною кореляцією між АЛТ, АСТ та НbА1С (r=-0,386; r=-0,363) у пацієнтів, що страждали на НАЖХП, ЦД-2 та супутній СГ.

Дослідження ліпідного профілю показало вищі рівні загального холестерину (ЗХС) і ЛПНЩ в групах хворих із субклінічним (1, 2 групи) та маніфестним (5 група) гіпотиреозом (табл. 2).

Таблиця 2

Показники ліпідограми обстежених пацієнтів

Показник	Група 1 НАЖХП + ЦД-2 + СГ	Група 2 НАЖХП + ПД + СГ	Група 3 НАЖХП + ЦД-2 + еутиреоз	Група 4 НАЖХП + ПД + еутиреоз	Група 5 НАЖХП + ЦД-2/ПД + МГ	Група 6 НАЖХП + ЦД-2/ПД + КГ
К-сть хворих	32	40	62	55	15	11
ЗХС, ммоль/л	6,32±1,34#	6,21±1,76#	5,7±0,89	5,18±1,02	6,04±1,18	5,97±1,1
ЛПВЩ, ммоль/л	0,76±0,32	1,11±0,47	0,9±1,23	1,24±0,41*	1,02±0,34	1,18±0,25
ЛПНЩ, ммоль/л	4,1±1,06	3,76±0,98	3,9±1,10	3,00±0,90	3,96±1,34	3,45±1,13
ЛПДНЩ, ммоль/л	1,31±0,44	1,14±0,38	1,22±0,32	1,01±0,40	1,27±0,34	1,08±0,27
Тригліцериди, ммоль/л	6,1±1,14#	4,51±1,06#	4,73±1,09	3,89±1,28*	5,56±0,98**	4,22±1,32
Коефіцієнт атерогенності	7,32±1,25#	4,59±1,02#	4,09±1,03	3,17±0,71*	4,92±1,09	4,05±0,78

Примітки: # – статистично вірогідна різниця при порівнянні груп 1 і 3 та 2 і 4 (p<0,05); \* – статистично вірогідна різниця при порівнянні груп 3 і 4 (p<0,05); \*\* – статистично вірогідна різниця при порівнянні груп 4 і 5 (p<0,05).



Таким чином, наявність гіпофункції ЩЗ у хворих з ЦД-2 та НАЖХП вже на субклінічному етапі супроводжується вираженою атерогенною ДЛ, що підтверджує дані [14]. Окрім цього, отримано підтвердження результатів [10] щодо здатності левотироксину натрію оптимізувати прояви дисліпідемії, про що свідчать достовірно нижчі рівні ЗХС та ХС ЛПНЩ у 6 групі порівняно з групою 5 (табл. 2). Як видно з таблиці 2, КА хворих на НАЖХП з ЦД-2 та супутнім СГ (група 1) досягав аж  $7,32 \pm 1,25$ , достовірно відрізняючись від такого у пацієнтів з еутиреозом (група 3). У хворих з НАЖХП та ПД і СГ (група 2) цей коефіцієнт також був достовірно вищим в порівнянні з пацієнтами, у яких НАЖХП з предіабетом протікали на фоні еутиреозу (група 4). МГ теж супроводжувався високим КА ( $4,92 \pm 1,09$ ), причому ефективність лікування левотироксином натрію не була достатньою по відношенню до зниження показника КА (КА в групі 6 був  $4,05 \pm 0,78$ ). У пацієнтів з еутиреозом (групи 3 і 4) мала місце незначна ДЛ, незважаючи на те, що показник ЗХС не перевищував рекомендованого рівня. Так, рівень ЛПВЩ у пацієнтів з ПД становив  $1,24 \pm 0,41$  ммоль/л, що вказує на середній ризик атеросклерозу, середні значення ЛПНЩ та ЛПДНЩ знаходилися в цих хворих (група 4) в межах безпечного рівня, а показник тригліцеридів – у межах граничного рівня –  $3,89 \pm 1,28$  ммоль/л, за рахунок зниженого рівня ЛПВЩ у пацієнтів з ПД спостерігався помірний ризик атеросклерозу за КА –  $3,17 \pm 0,71$ . У хворих з еутиреозом та ЦД-2 спостерігалися більш виражені порушення ліпідного профілю. КА пацієнтів групи 3 був вищим, ніж у групі 4, –  $4,09 \pm 1,03$ , що вказує на високий ризик атеросклерозу.

У хворих 1 та 2 груп середні значення індексу FLI були достовірно вищими, ніж у відповідних групах 3 та 4, що свідчить про підвищене накопичення жирів у печінці при зниженні функції ЩЗ. Отже, тиреоїдні гормони впливають на жировий обмін, і, незважаючи на недостатнє зменшення КА сироватки крові, зменшують перш за все вміст ліпідів у печінці, про що говорить достовірно менший FLI пацієнтів групи 6 порівняно з цим індексом у групі 5.

Порівняльний аналіз вуглеводного обміну показав наявність достовірної різниці в показниках глюкози натще, HbA1C та НОМА-IR між групами з ПД та ЦД-2, як серед пацієнтів з еутиреозом (3 і 4 групи), так і серед тих, що мали супутній СГ (1 і 2 групи). Поряд з цим, виявлено, що як МГ, так і СГ приводить до підвищення резистентності до інсуліну, що зв'язано з порушенням засвоєння глюкози в периферичних тканинах: НОМА-IR пацієнтів групи 1 –  $28,56 \pm 2,14$ , що достовірно більше, ніж у хворих з еутиреозом (3 група –  $24,41 \pm 1,97$ ), а середне значення НОМА-IR пацієнтів з предіабетом та СГ (група 2) –  $17,32 \pm 2,08$ , що вірогідно більше, ніж у осіб з НАЖХП та ПД на фоні еутиреозу (група 4) –  $12,87 \pm 1,97$ . У хворих із супутнім МГ (група 5) середнє значення НОМА-IR складає  $29,98 \pm 1,05$ , що перевищує відповідний показник пацієнтів із СГ, проте різниця не була достовірною ( $p > 0,05$ ). У осіб з компенсованим левотироксином натрію гіпотиреозом НОМА-IR

знижувався до  $18,56 \pm 1,58$  (достовірно менше, ніж у групі з МГ), що свідчить про тенденцію до відновлення чутливості периферичних тканин до інсуліну за умови медикаментозної корекції тиреоїдного статусу.

Враховуючи, що включені у дане дослідження особи мали порушення толерантності до глюкози або ЦД-2, їх відносять до груп високого або дуже високого КВР згідно Європейських рекомендацій з профілактики серцево-судинних захворювань (2012 р.). Проте для математичної оцінки та порівняння КВР у різних обстежуваних групах важливим є визначити саме кількісну оцінку ризику серцево-судинних подій у даних хворих. Таку можливість нам дає використання калькулятора Risk calculator, який доступний в онлайн-режимі та базується на ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk (2013 р.). Згідно з ним, пацієнти групи 1 мають ризик вірогідності виникнення ІХС чи інсульту протягом наступних 10 років  $32,03 \pm 3,86\%$ , що достовірно вище, ніж у таких же пацієнтів з еутиреозом (група 3), а у хворих групи 2 такий ризик складає  $13,44 \pm 2,32\%$ , що також достовірно вище від КВР пацієнтів з ПД на фоні еутиреозу (група 4). КВР пацієнтів групи 5 склав  $30,06 \pm 3,12\%$  та достовірно не відрізнявся від КВР хворих групи 1. З отриманих даних стає зрозумілим, що пацієнти всіх груп належать до категорій осіб з дуже високим КВР, а наявність гіпотиреозу достовірно збільшує числове значення КВР, тобто ймовірність виникнення серцево-судинних подій протягом наступних 10 років достовірно зростає за наявності гіпофункції ЩЗ у пацієнтів з НАЖХП та порушенням вуглеводного обміну. У осіб групи 6 КВР у 2,5 рази нижчий, ніж у групах 1 та 5 ( $12,024 \pm 2,13$ ), що свідчить про позитивний вплив корекції тиреоїдного статусу на зниження ризику виникнення серцево-судинних захворювань.

## Висновки

Досліджено рівень КВР у пацієнтів із НАЖХП (на фоні предіабету чи цукрового діабету 2 типу) та гіпофункцією ЩЗ, які проживають в умовах ендемічної щодо йоду Закарпатської області, оцінено зміни печінки, ліпідного та вуглеводного обмінів у порівнянні з пацієнтами, що страждають на НАЖХП з порушенням вуглеводного обміну на фоні еутиреозу.

За умови виникнення субклінічного гіпотиреозу у хворих з НАЖХП на фоні порушень вуглеводного обміну достовірно зростають рівні як систолічного, так і, в більшій мірі, діастолічного АТ, що є наслідком збільшення системного судинного опору та вазоконстрикції.

Рівень АЛТ та АСТ достовірно більший у осіб із НАЖХП та супутнім гіпотиреозом в порівнянні з пацієнтами, в яких НАЖХП та ЦД-2 чи ПД протікають на фоні еутиреозу.

Коморбідність із залученням гіпофункції ЩЗ супроводжується поглибленням порушень ліпідного обміну у пацієнтів з НАЖХП та ЦД-2 чи ПД, що виявляється в атерогенній дисліпідемії та підвищенні

коефіцієнту атерогенності крові, а також зростанням індексу ожиріння печінки (FLI), що вказує на зростання накопичення жирів у гепатоцитах.

Гіпотиреоз приводить до підвищення резистентності периферичних тканин до інсуліну, що виявляється зростанням індексу НОМА-IR в порівнянні з пацієнтами, що страждали на НАЖХП та ЦД-2 чи ПД на фоні еутиреозу.

Ймовірність виникнення серцево-судинних подій протягом наступних 10 років достовірно зростає за наявності гіпофункції ЩЗ у пацієнтів з НАЖХП та порушенням вуглеводного обміну, тоді як корекція

тиреоїдного статусу веде до зниження КВР майже в 2,5 разу порівняно з маніфестним гіпотиреозом.

#### Перспективи подальших досліджень

Враховуючи вплив супутнього гіпотиреозу, в тому числі субклінічного, на підвищення кардіоваскулярного ризику, перспективним є розробка оптимального терапевтичного підходу до пацієнтів з НАЖХП за ЦД-2/ПД та супутньою гіпофункцією ЩЗ для вирішення проблеми профілактики високої серцево-судинної смертності на фоні коморбідності.

#### Література

1. Вацеба Т. С. Корекція інсулінорезистентності у хворих на первинний гіпотиреоз в умовах йодної недостатності / Т. С. Вацеба, Н. В. Скрипник // Международный эндокринологический журнал. – 2013. – № 6 (54). – С. 92–93.
2. Коморбідна патологія у хворих на артеріальну гіпертензію в амбулаторно-поліклінічній практиці / О. П. Букач, М. В. Антонюк, Л. П. Сидорчук [та ін.] // Буковинський медичний вісник. – 2013. – Т. 17, № 4 (68). – С. 26–31.
3. Коморбідність і високий кардіоваскулярний ризик – ключові питання сучасної медицини / Г. Д. Фадєєнко, О. Є. Гріднев, А. О. Несен [та ін.] // Український терапевтичний журнал. – 2013. – № 1. – С. 102–107.
4. Кравченко В. І. Йододефіцит триває – здоров'я населення України погіршується / В. І. Кравченко // Международный эндокринологический журнал. – 2008. – № 6 (18).
5. Мітченко О. І. Сурогатні маркери атеросклерозу у жінок із гіпертонічною хворобою на фоні субклінічного гіпотиреозу / О. І. Мітченко, В. Ю. Романов, М. В. Гвоздик // Український медичний часопис – 2012. – № 4 (90). – С. 143–146.
6. Фейса С. В. Вікові та гендерні особливості субклінічного гіпотиреозу серед жителів Закарпаття / С. В. Фейса, С. О. Рудакова // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – С. 41–45.
7. Фейса С. В. Лабораторний скринінг захворювань щитовидної залози серед населення різних районів Закарпаття / С. В. Фейса // Сімейна медицина. – 2016. – № 6 (68). – С. 133–137.
8. Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine / D. Campbell-Scherer // Evid. Based Med. – 2010. – Vol. 15. – P. 165–166.
9. Carotid integrated backscatter analysis in patients with subclinical hypothyroidism / F. Franzoni, F. Galetta, P. Fallahi [et al.] // Clin. Endocrinol. (Oxf.). – 2008. – Vol. 68 (2). – P. 278–283.
10. Hypothyroidism is not associated with increased carotid atherosclerosis when cardiovascular risk factors are accounted for in hyperlipidemic patients / F. Chiche, C. Jublanc, M. Coudert [et al.] // Atherosclerosis. – 2009. – Vol. 203 (1). – P. 269–276.
11. Meta-analysis: vitamin D and non-alcoholic fatty liver disease / M. Eliades, E. Spyrou, N. Agrawal [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2013. – Vol. 38. – P. 246–254.
12. Metabolic cardiovascular disease risk factors and their clustering in subclinical hypothyroidism / K. Ashizawa, M. Imaizumi, T. Usa [et al.] // Clin. Endocrinology (Oxf.). – 2010. – Vol. 72 (5). – P. 689–695.
13. Nah E. H. The relationship between thyroid function and the risk factors of cardiovascular disease at female medical checkups / E. H. Nah, J. G. Lee // Korean. J. Lab. Med. – 2009. – Vol. 29 (4). – P. 286–292.
14. Non-invasive markers associated with liver fibrosis in non-alcoholic fatty liver disease / I. N. Guha, J. Parces, P. R. Roderick [et al.] // Gut. – 2006. – Vol. 55 (11). – P. 1650–1660.
15. Normal flow-mediated vasodilatation of the brachial artery and carotid artery intima-media thickness in subclinical hypothyroidism / M. D. Cabral, P. F. Teixeira, N. A. Silva [et al.] // Braz. J. Med. Biol. Res. – 2009. – Vol. 42 (5). – P. 426–432.
16. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice / M. Fortin, G. Bravo, C. Hudon [et al.] // Ann. Fam. Med. – 2005. – Vol. 3. – P. 223–228.
17. Subclinical hypothyroidism is an independent risk factor for atherosclerosis and myocardial infarction in elderly women: the Rotterdam Study / A. E. Hak, H. A. Pols, T. J. Visser [et al.] // Ann. Intern. Med. – 2000. – Vol. 132 (4). – P. 270–278.
18. Wanless I. R. Fatty liver hepatitis (steatohepatitis) and obesity: an autopsy study with analysis of risk factors / I. R. Wanless, J. S. Lentz // Hepatology. – 1990. – Vol. 12. – P. 1106–1110.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.04.2017 р.

**Субклинический гипотиреоз как маркер высокого кардиоваскулярного риска у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени на фоне нарушений углеводного обмена***С.В. Фейса*ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

**Цель** – исследовать уровень кардиоваскулярного риска пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и нарушениями углеводного обмена, имеющих сопутствующий гипотиреоз и живут в условиях дефицита йода.

**Методы.** С целью исследования 215 тематических пациентов использовали клинические, антропометрические, лабораторные, ультразвуковые, вычислительные и статистические методы.

**Результаты.** При условии возникновения субклинического гипотиреоза у больных с неалкогольной жировой болезнью печени на фоне сахарного диабета второго типа или преддиабета достоверно возрастает артериальное давление. Выявлено возрастание аланинаминотрансферазы, аспартат-аминотрансферазы, коэффициента атерогенности крови, индекса ожирения печени, а также индекса инсулинорезистентности. Вероятность возникновения сердечно-сосудистых происшествий на протяжении будущих 10 лет достоверно возрастает при условии гипотиреоза, в то время как коррекция тиреоидного статуса приводит к снижению кардиоваскулярного риска почти в 2,5 раза в сравнении с манифестным гипотиреозом.

**Выводы.** Субклинический гипотиреоз служит маркером высокого кардиоваскулярного риска у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени на фоне преддиабета или сахарного диабета второго типа, проживающих в условиях эндемической по йоду Закарпатской области.

**Ключевые слова:** субклинический гипотиреоз, манифестный гипотиреоз, гипофункция щитовидной железы, кардиоваскулярный риск, неалкогольная жировая болезнь печени, стеатоз, сахарный диабет, преддиабет.

**Subclinical hypothyroidism as a marker of high cardiovascular risk in patients with non-alcoholic fatty liver disease with disorders of carbohydrate metabolism***S.V. Feysa*

SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

**Purpose** – to study the level of cardiovascular risk in patients with non-alcoholic fatty liver disease and disorders of carbohydrate metabolism, who have concomitant hypothyroidism and live in conditions of iodine deficiency.

**Methods.** There were clinical, anthropometric, laboratory, ultrasound, computational and statistical methods used to study 215 thematic patients.

**Results.** On condition of emergence of a subclinical hypothyroidism in patients with non-alcoholic fatty liver disease affected by type 2 diabetes mellitus or prediabetes there is a significant arterial pressure increase. It detected an increase of alanine aminotransferase, aspartate aminotransferase, coefficient of an blood atherogenicity, a liver obesity index, as well as insulin resistance index. The probability of emergence of cardiovascular incidents for next 10 years authentically increases on condition of hypothyroidism, while correction of the thyroid status leads to depression of cardiovascular risk almost by 2.5 times in comparison with clinical hypothyroidism.

**Conclusions.** Subclinical hypothyroidism serves as a marker of high cardiovascular risk in patients with non-alcoholic fatty liver disease affected by prediabetes or type 2 diabetes mellitus who live in conditions of iodine endemic Transcarpathian region.

**Key words:** subclinical hypothyroidism, clinical hypothyroidism, underactive thyroid gland, cardiovascular risk, non-alcoholic fatty liver disease, steatosis, diabetes mellitus, prediabetes.

**Відомості про автора**

**Фейса Сніжана Василівна** – к.мед.н., доцент кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 614.23:061.2(09)(470+571)

О.М. Ціборовський, В.М. Сорока

## Товариство київських лікарів – одна з найстаріших громадських організацій медиків у Російській імперії

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

**Мета** – висвітлити діяльність Товариства київських лікарів та його роль в організації медичної допомоги та охорони народного здоров'я у XIX – на початку XX століття.

**Матеріали:** протоколи засідань, звіти, правові документи, наукові праці.

**Методи:** контент-аналіз, проблемно-хронологічний, порівняльно-історичний, статистичний.

**Результати.** Товариство київських лікарів, створене у 1840 р., стало однією з перших лікарських громадських організацій у Російській імперії, до складу якої входили більшість лікарів м. Києва, а очолювали провідні фахівці, професори Київського університету св. Володимира. Його члени сприяли підвищенню кваліфікацій лікарів, поліпшенню якості медичної допомоги, розвитку гігієни і профілактики, поширенню медичних знань серед населення.

**Висновки.** Товариство київських лікарів у XIX – на початку XX ст. зробило вагомий внесок у розвиток не лише медичної науки, а й медичної допомоги та охорони народного здоров'я.

**Ключові слова:** Товариство київських лікарів, медична допомога, охорона народного здоров'я, гігієна, профілактика, Комісія народних медичних читань.

### Вступ

Товариство лікарів у сучасному значенні цього поняття, покликані сприяти науковій і практичній діяльності у галузі медицини і охорони здоров'я, підвищенню професійної кваліфікації, поліпшенню якості та ефективності медичної допомоги, юридичному та соціальному захисту прав лікарів, встановленню міжнародних зв'язків, поширенню гігієнічних та медичних знань серед населення, пропаганді досягнень медицини і здорового способу життя, виникли у XVIII ст. Перше самостійне медичне товариство було засноване в Парижі у 1731 р. під назвою «Хірургічна академія», а перше медичне товариство у Лондоні – у 1773 р.

У Російській імперії перше наукове товариство медиків під назвою «Медичне зібрання» було створене в Україні в м. Херсоні 29 липня 1784 р. з ініціативи видатного лікаря і вченого Д.С. Самойловича–Сушинського. Лише через 20 років у 1804 р. при Московському університеті було організоване Товариство змагання лікарських та фізичних наук, яке у 1845 р. було перейменовано у Фізико-медичне товариство. Перше товариство російських лікарів виникло у Петербурзі у 1833 р., а в Москві – у 1860 р. [19].

**Мета роботи** – висвітлити діяльність Товариства київських лікарів та його роль в організації медичної допомоги та охорони народного здоров'я у XIX – на початку XX століття.

**Матеріали:** протоколи засідань, звіти, правові документи, наукові праці.

**Методи:** контент-аналіз, проблемно-хронологічний, порівняльно-історичний, статистичний.

### Результати дослідження та їх обговорення

Поступово лікарські товариства почали виникати в різних губернських містах, у т.ч. в Україні. У 1838 р. інспектор Київської лікарської управи медик-хірург Іван Петрович Кудрявцев подав київському генерал-губернаторові заяву про дозвіл на заснування в Києві наукового лікарського товариства. Серед ініціаторів створення Товариства були також К.І. Боссе, Л.Ф. Гротковський, Ф.Ф. Мерінг. Ця пропозиція була передана до Ради міністрів у Петербурзі, а дозвіл на заснування товариства було одержано в 1840 р. [9, 19].

Його програма проголошувала:

«Київські лікарі запропонували між собою товариство для того, щоб радитися відносно предметів, які власне, стосуються медицини. Предмети цих нарад можуть бути такі:

1) Розгляд на загальному засіданні епідемічних та ендемічних хвороб, що з'являються в народі, розгляд характеру їх, виявлення причин походження і визначення способу лікування.

2) Кожний лікар має право повідомити все товариство про важливу хворобу, яка зустрічалася йому в практиці, і проекти спільної думки відносно кращого лікування її.

3) Кожний член повідомляє товариство про методи успішного лікування ним якоїсь хвороби, що могли б бути корисні і для інших лікарів.

4) Товариство можуть повідомляти про свої методи або просити думки про якусь важливу хворобу також інші лікарі, не беручи участі у засіданні його, ті, що живуть у Києві – особисто, а відсутні – письмово.

5) На засіданні цього товариства розглядаються досі не розв'язані або сумнівні факти про якусь хворобу, походження та її спосіб лікування.

6) На засіданні кожен повідомляє про вчитані з вітчизняних або чужоземних журналів теорію, досвід або новий винахід з усіх галузей медицини.

7) Трактати кожного засідання вносяться одним з членів у домашній протокол, щоб товариство бачило свої дії та щоб обговорене ним і читане не залишилося без користі, а інше могло бути випробуване.

8) Ці протоколи після закриття або цілковитого припинення цих засідань передаються для зберігання в Київську лікарську управу.

9) Засідання намічено проводити два рази на місяць, збираючись у когось з членів, а у екстрених випадках, що потребують негайного обговорення, члени збираються і раніше наміченого часу.

10) Якщо хтось три рази поспіль не прибув на засідання без поважних причин, не давши про те знати, виключається з товариства.

11) Ці благонамірні та загальнокорисні бесіди не порушуються ніякими незгодою, критикою чи особами, дружньою одностайністю розглядають і вирішують пропонуване. Порушник спокою цього засідання за загальною згодою виключається з числа його членів.

12) Під час засідань і при обговоренні питань медицини ніякі інші теми в розмові членів входили неповинні.

Виявлення бажання бути членом цього товариства з додержанням цих правил власноручно підписується Київ, рік 1838, листопад» [2].

Як видно з програми, Товариство було виключно наукове, спрямоване на підвищення кваліфікації лікарів. Воно було зацікавлене не лише лікувальними, але й профілактичними проблемами, станом медичної науки за кордоном. Робота членів Товариства визначалась обережністю, товариськістю та дисципліною. Теми розмов обмежувалися лише медициною.

Приїом до Товариства був відкритим, демократичним: членами його могли бути всі лікарі, які, змагаючи до такої шляхетної і загальнокорисної цілі товариства, старалися повідомляти про свої спостереження і досліди над існуючими в народі недугами і про інші корисні медичні справи» [1].

Товариство київських лікарів не обмежувало свою діяльність Києвом і навіть Київською губернією, а намагалось розширити її, передусім на Правобережну Україну. Про його відкриття були повідомлені всі повітові лікарі Київщини, а також Подільська і Волинська лікарські управи, і незабаром таке товариство виникло в Одесі (1849). Згодом були створені Волинське (1859), Подільське (1860), Харківське (1861) медичні товариства.

Урочисте відкриття Товариства київських лікарів відбулося 29 жовтня 1840 року, про що було повідомлено Медичний департамент і написано кореспонденції в журналах «Друг здоров'я» і «Северная пледа». Протоколів за перші роки діяльності Товариства в архіві не виявлено, але кілька повідомлень, зроблених на його

засіданнях, можна знайти у найбільш поширеному в ті часи медичному журналі «Друг здоров'я».

Іван Петрович Кудрявцев став першим головою Товариства і був на цій посаді 9 років (1840–1849), а першим секретарем було обрано хірурга лікарської управи штаб-лікаря С.І. Волинського.

Протягом 88 років існування Товариства його головами були провідні лікарі м. Києва – хірурги, терапевти, офтальмологи, патологи, професори Київського університету св. Володимира, а саме:

- Караваєв Володимир Опанасович (1849–1857);
- Алферьев Сергій Петрович (1857–1860);
- Гюббенет Кристіан Якович (1860–1869);
- Хржоншевський Никанор Адамович (1869–1872);
- Мазон Юлій Іванович (1872–1881);
- Перемежко Петро Іванович (1881–1882);
- Мінх Григорій Миколайович (1882–1886);
- Хржоншевський Никанор Адамович (1886–1892);
- Леш Федір Олександрович (1894–1897);
- Трітшель Карл Генріхович (1897–1913);
- Образцов Василь Парменович (1917–1920);
- Яновський Феофіл Гаврилович (1920–1928).

У різний час членами правління були видатні учені професори В.К. Високович, М.М. Волкович, а почесними членами – І.І. Мечников, О.О. Ковалевський, С.П. Боткін, М.І. Пирогов, І.М. Сеченов, Л. Пастер, В.П. Боткін, М.В. Скліфосовський [17].

Порядок роботи Товариства Київських лікарів та його склад яскраво ілюструють 16 протоколів засідань за 1882–1883 рр., підписаних його головою професором Г.М. Мінхом і секретарем Т.О. Маковецьким [14].

В останньому з них викладено короткий звіт голови про проведену роботу, повідомлення про обрання головою санітарно-статистичного бюро Т.О. Маковецького (замість проф. Субботіна, який відмовився від цієї посади через зайнятість) і звіт скарбника Товариства І.Т. Щербини про стан коштів Товариства за 1882/83 рік. Витрати становили 416 крб 21 коп., переважно на друкування таблиць смертності тощо, канцелярські витрати, оплату праці служника. В конторі Державного банку зберігалась премія д-ра Мілліота у 3000 крб, яка завдяки набіглим відсоткам на 01.01.1883 р. становила 457 крб 50 коп.

На засіданні № 11 (30.04.1883 р.) цікавим був виступ гостя – В.І. Фабриціуса, який повідомив «Головніші висновки про народжуваність та смертність київського населення за три роки (з 1880 до 1882 р. виключно)» на основі таблиць, складених Т.О. Маковецьким.

На засіданні № 13 (24.09.1883 р.) замість Т.О. Маковецького, обраного секретарем санітарно-статистичного бюро, секретарем Товариства обрано Н.С. Сім'яновського.

На засіданні № 16 (29.10.1883 р.) колишній секретар Товариства Т.О. Маковецький прочитав звіт за 1883 р. У цей день виповнилося 43 роки з дня заснування Товариства.

На день звіту у Києві жило 3 почесні і 125 дійсних членів Товариства. За посадами члени Товариства розподілялися так:

- професори Київського університету – 16 осіб – 12,8%;
- клінічні ординари та асистенти – 21 осіб – 16,0%;
- лікарі цивільного відомства – 12 осіб – 9,7%;
- лікарі військового відомства – 46 осіб – 36,8%;
- вільно практикуючі – 28 осіб – 22,4%;
- ветеринарні лікарі – 1 особа – 1,1%;
- магістри фармації – 1 особа – 1,1%.

Разом – 125 осіб – 100%.

Найбільше військових лікарів налічувалося тому, що вони склали більшість серед лікарів м. Києва:

Серед загальної кількості лікарів різного профілю члени Товариства становили:

- з 24 професорів Університету і викладачів – 17 (70,8%);
- з 25 клінічних ординаторів та асистентів – 21 (84,0%);
- з 63 лікарів військового відомства – 47 (74,6%);
- з 15 лікарів цивільного відомства – 12 (80,0%);
- з 73 вільно практикуючих – 29 (39,7%).

Разом із 200 членів Товариства – 126 осіб (63,0%), виключаючи ветеринарних лікарів і фармацевтів.

Тобто більшість лікарів Києва були членами Товариства.

У звіті детально викладено відвідування членами Товариства засідань (16 засідань відвідало 489 лікарів, 31 гість, усього 520 осіб; від 25 до 40 осіб на окремих засіданнях; більшість членів відвідали по 2–3 засідання).

У кінці протоколів наведено список членів Товариства за станом на 29.10.1883 р.:

Бюро товариства складалося з:

1. Голови Мінха Григорія Миколайовича;
2. Віце-голови Тріштеля Карла Генріховича;
3. Скарбника Щербини Івана Трохимовича;
4. Секретаря Флейшера Адольфа Карловича;
5. Бібліотекаря Щасного Олексія Івановича.

Головою санітарно-статистичного бюро став Маковецький Тимофій Омелянович, якого замінив на посаді секретаря бюро Товариства Сім'яновський Микола Степанович.

У Товаристві було три почесні члени: Архипов Олександр Олександрович (з 1883 р.); Каравасв Володимир Опанасович (з 1861 р.); Мацон Юлій Іванович (з 1881 р.), а також 118 дійсних членів.

Подальший розвиток діяльності Товариства яскраво характеризується протоколами засідань у 1887–1888 рр. [15].

Особливо важливим і цікавим було засідання 23 січня 1888 р., коли було прийнято проекти Статутів для закладів, створюваних при Товаристві, – приватної поліклініки, лічниці (амбулаторії) для прихожих хворих, санітарної станції, бібліотеки та лекторію Товариства [10–13].

Створення цих закладів при Товаристві було спрямоване на наближення кваліфікованої медичної

допомоги до населення, підвищення кваліфікації студентів старших курсів і молодих лікарів, посилення санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та напоїв.

З метою запобігання захворювання на дифтерію 7 грудня 1887 р. було прийнято спеціальний лист до мешканців м. Києва та околиць.

Надзвичайно важливе значення мало опрацювання Лікарсько-етичних правил, складених спеціальною комісією Товариства і затверджених на засіданні 7 жовтня 1883 р [3].

Ці правила мали підзаголовок «Обов'язки та права лікарів і склалися з двох частин:

I. Ставлення лікарів до публіки.

II. Взаємостосунки лікарів.

У першій частині в розділі «А. Обов'язки лікарів щодо хворих» зазначено, що лікар мав відвідувати хворого так часто і стільки часу, скільки треба і за згодою хворого (п. 1).

У сумнівних випадках лікар має призначити консультацію (с. 2). Якщо лікування потребувала спеціаліста, то лікар був зобов'язаний порадити хворому запросити його (п.3).

У розділі «Б. Вимоги лікарів від публіки» зазначено, що лікар може вимагати від хворих довіри до нього і виконання всього, що він вважає корисним для хворого (п. 7).

Довіра хворого до лікаря полягала: а) у повному і правдивому повідомленні йому всіх причин, що впливають на здоров'я; б) у виконанні всіх призначень лікаря; в) у одержанні допомоги інших лікарів без відома лікуючого лікаря (п.8).

Лікар мав право вимагати від хворих поваги до його праці, збереження його праці і часу (п. 10). В інтересах самих хворих лікарі могли вимагати, щоб хворі зверталися до них раніше (п. 11), але при цьому намагалися не викликати його без потреби раптово, особливо вночі, а краще заздалегідь, письмово, із зазначенням точної адреси (п. 12).

У розділі «В. Винагородження за працю» зазначено, що лікар має повне право вимагати винагороду за всяку виконану ним лікарську працю (п. 13). Лікарська допомога бідним, нарівні з іншими їхніми потребами, належить опікуванню міських і сільських громад та інших установ (п. 14). Безкоштовна лікарська допомога бідним належала добрій волі лікаря, проте особи, які знаходилися під опікою Олександрівського комітету про поранених, мали право на безкоштовну лікарську допомогу (п. 15). Нічні візити, зроблені за викликом хворого, мали оплачуватися подвійно (у час з 9 год. вечора до 7 год. ранку).

Дуже цікавим були пункти другої частини про взаємостосунки лікарів.

Так, у п. 19 було зазначено, що лікар повинен відмовлятися від нагороди за допомогу колезі лікарю та його родині, що було вже давно освячено звичаєм.

У розділі «Б. Лікарські поради (консультації)» було зазначено, що кожний лікар, який одержав диплом, має право на них (п.20).

У цих порадах слід було уникати навіть тіні суперництва і треба було проводити їх в умовах товарищескості, довіри, відвертості, правдивості та делікатності (п. 21). Бесіди лікарів мали проходити без свідків, в окремій кімнаті (п. 22). Результати консультації мав повідомляти лікуючий лікар, якщо він сам не попросить про це консультанта. Якщо в консультації брали участь кілька лікарів, то вони самі мали домовитися, хто буде оголошувати результати (п. 23).

У розділі «В. Ставлення до хворих інших лікарів» було чітко визначено, що в стосунках з хворими колеги лікар не повинен переходити за межі знайомства, не має права критикувати лікування і своєю поведінкою зменшувати довіру хворого до свого лікаря (п.30). Ніколи і ні під яким виглядом лікар не повинен лікувати одночасно і таємно від колеги того ж самого хворого (п. 31). Лікар, який замінив колегу, ні в якому разі і нічим не повинен сприяти становленню поганої думки про свого попередника (п. 34).

У всіх пунктах наголошувалося про солідарність і колегіальність лікарів та формах і методах їх дотримання.

Важливим здається розділ «Г. Реклами», де чітко зазначено, що у всіх об'явах про прийом хворих лікар не повинен містити нічого, крім прізвища, наукового ступеня, спеціальності, місця і часу прийому (п. 37 – Циркуляр Мед. департаменту МВС № 9821 від 21 грудня 1882 р.). Лікар не повинен був давати порад без огляду хворого і не приписувати ліки таємними знаками за згодою з аптекарем, а також ліки секретного, ним вдуманого складу, не опублікованого у наукових працях (п. 38).

Лікар не повинен був сприяти поширенню похвал про свою лікарську діяльність шляхом преси або будь-яким іншим (п. 39). Він не повинен був дозволяти хворим друкувати подяку собі, а також збирати свідчення про успішно виконані операції (п. 40).

У розділі «Д. Сутички між лікарям» викладено, що при умові таких у сфері професійної діяльності вони розглядаються «третейським» судом у складі п'яти

лікарів, обраних Товариством у складі один військовий, один професор, один цивільний і один вільнопрактикуючий лікар, із запрошенням при необхідності спеціалістів (п. 42). У випадку, якщо запрошений не згодиться на рішення третейського суду, то пошукувач має право звернутися до суду (п. 42).

Ці правила були підписані комісією у складі:

- голова комісії проф. Н. Хржонцевський, президент ТКЛ;
- члени комісії П. Морозов, віце-президент ТКЛ;
- А. Флейшер, перший секретар ТКЛ;
- І. Щербина, почесний член ТКЛ;
- Н. Сім'яновський, другий секретар ТКЛ;
- К. Шадек, бібліотекар ТКЛ;
- Н. Підрізан, помічник Інспектора Київського губернського лікарського відділення.

Про динаміку в роботі Товариства Київських лікарів та зміни в його складі переконливо свідчить звіт про урочисте засідання 29 жовтня 1888 р., яке відбулося під головуванням проф. Н.А. Хржонцевського [15].

Засідання розпочалося його виступом із нагоди 48-річчя Товариства. З жалем він повідомив у відмові в затвердженні вище згаданих Статутів закладів у складі Товариства, у припиненні діяльності бібліотеки у приміщенні Університету. Проте він доповів про успішну роботу Комісії медичних народних читань при Товаристві і зобов'язався добитися дозволу на заснування вище названих закладів, крім Приватної поліклініки, до 50-річчя Товариства.

Потім секретар Н.С. Сім'яновський прочитав річний звіт, який засвідчував, що на 29 жовтня 1887 р. Товариство складалося з 20 почесних членів (3 нових, у т.ч. старійший член І.Т. Щербина – 24 роки) і 143 дійсних (20 нових).

З числа 160 членів, що живуть у Києві, було 154 дійсних і 6 почесних (табл. 1).

Відношення кількості членів товариства до всієї чисельності лікарів представлено в таблиці 2.

Таблиця 1

Склад членів Товариства київських лікарів (1883–1888 рр.)

Лікарі різної категорії	Рік					
	Було (1883)	1888	1887	1886	1885	1884
Професорів і приват-доцентів	20	12,5%	11,8%	12,2%	11,4%	13,2%
Клінічних ординаторів та асистентів	19	11,9%	14,0%	21,3%	17,5%	14,8%
Лікарів військового відомства	46	28,7%	30,7%	25,5%	34,3%	36,3%
Лікарів цивільного відомства і ординаторів міської лікарні	23	14,4%	16,7%	11,4%	11,4%	11,5%
Лікарів вільнопрактикуючих	52	32,5%	26,8%	25,1%	24,4%	22,3%
Ветеринарів	–	–	0,6%	0,6%	0,7%	0,9%
<i>Разом</i>	160	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблиця 2

Відношення членів Товариства до загального числа лікарів різного профілю (1883–1888 рр.)

Лікарі різної категорії	Було (1883)	З них членів	1888	1887	1886	1885	1884
Професорів і приват-доцентів	28	20	71,4%	54,9%	57,1%	75,0%	61,5%
Клінічних ординаторів та асистентів	24	19	80,0%	69,0%	88,1%	89,1%	75,0%
Лікарів військового відомства	64	46	71,3%	88,0%	81,4%	82,7%	72,1%
Лікарів цивільного відомства та ординаторів міської лікарні	31	23	74,5%	68,5%	78,1%	55,5%	77,7%
Лікарів вільно практикуючих	116	52	44,8%	27,1%	37,5%	38,3%	33,3%
Разом	264	160	60,0%	57,2%	62,6%	60,4%	56,6%

Відсоток членів Товариства серед лікарів різних категорій був досить високий, крім серед вільно практикуючих лікарів, але він теж поступово зростає.

За звітний період було проведено 17 засідань у 1887 р. і 13 у 1888 р. Їх відвідало 649 осіб. У середньому на кожному засіданні було 40,6 відвідувачів: у 1887 р. – 41,7; у 1888 р. – 36,0.

Щодо гостей, то їх було приблизно на засіданні від 5 до 15 осіб, а студентів – від 50 до 200 осіб.

У середньому, тих, хто відвідував було 75,7%, а не відвідував – 24,3% (табл. 3, 4).

За звітний період зроблено 41 повідомлення, більшість доповідачів яких становили науковці і військові лікарі (табл. 5).

Таблиця 3

Показники відвідувань засідань Товариства (1882–1888 рр.)

Показник	1888 р.	1887 р.	1886 р.	1885 р.	1884 р.	1883 р.	1882 р.
Відвідували	75,7%	77,3%	74,4%	72,3%	71,2%	64,0%	58,2%
Не відвідували	24,3%	22,7%	25,6%	28,7%	28,8%	36,0%	41,8%

Таблиця 4

Кількість засідань Товариства і присутність членів на кожному з них (1884–1888 рр.)

Показник	1884 р.	1885 р.	1886 р.	1887 р.	1888 р.
Засідань	13	11	16	17	17
Членів	38	35	36	41,7	40,6

Таблиця 5

Повідомлення на засіданнях Товариства (1888 р.)

Професорами і приват-доцентами	10
Клінічними ординаторами і асистентами	7
Військовими лікарями	14
Цивільними лікарями	2
Вільнопрактикуючими лікарями	4
Студентами	2
Провізорами	1
Спостерігачами метеорологічної лабораторії	1

Про подальший прогрес діяльності Товариства київських лікарів свідчить звіт про урочисте річне засідання Товариства 29 жовтня 1896 р., яке відбувалося під головуванням професора Ф.О. Леша при секретарях В.Ф. Недільському і В.Ф. Бушуєву [8].

Засідання почалося з виступу голови, який підкреслив наукову цінність багатьох доповідей з хвороб кишечнику, туберкульозу легенів, нових способах

лікування хвороб серця, органотерапії, нервових хвороб, лікування туберкульозу брюшини в дітей та іншої казуїстики.

Він повідомив про створення при Товаристві хіміко-бактеріальної лабораторії. За 9 місяців нею було проведено 1300 досліджень.

Голова наголосив на доброму фінансовому стані Товариства. Якщо в кінці минулого року у касі було 1300 крб, то тепер стало більше 2100 крб. Впродовж року надійшло членських внесків 1007 крб, від хіміко-бактеріологічної лабораторії 395 крб. Видатків у минулому році було 607 крб 23 коп., а тепер касі – 2159 крб 66 коп.

Протягом року в Товариство вступило 37 нових членів і тепер і ньому налічується 184 дійсних членів і можна сподіватися, що протягом поточного року їх буде більше 200.

Секретар Товариства д-р В.Ф. Недільський доповів про діяльність Товариства, зміни в управлінні, складі членів.

Тепер бюро Товариства складається з голови проф. Ф.О. Леша, товариша голови А.К. Флейшера, секретарів



В.Ф. Недільського і В.Ф. Бушуєва, скарбника Ф.Ф. Риндовського, бібліотекаря Л.О. Дубицького.

На 29 жовтня 1895 р. у складі товариства налічувалося почесних членів – 52, з них 38 вітчизняних, 14 іноземних; дійсних членів – 157. Протягом року поступило 36 нових членів, кілька вибуло, і тому тепер Товариство налічувало 51 почесного члена і 177 дійсних.

Наукових засідань було 11, які відвідало від 56 до 71 члена (в середньому 61 учасник). Було зроблено 40 повідомлень, у т.ч. :

- з неврології – 8;
- з хірургії – 5;
- з дитячих хвороб – 6;
- з акушерства – 2;
- з патологічної анатомії – 3;
- з гінекології – 1;
- з шкірних хвороб – 1.

У хіміко-бактеріологічній лабораторії було зроблено 1358 аналізів, з них платних – 1162, за половину плати – 26; безкоштовно – 170.

До каси Товариства надійшло:

- від Товариства Київських лікарів – 300 крб.
- від аналізів – 3061 крб. 50 коп.
- від д-ра Недільського за квартиру – 150 крб.

Разом – 3511 крб 50 коп.

Витрати становили 395 крб, з яких 300 крб було здано скарбнику, а 95 крб зберігалося в касі хіміко-бактеріологічної лабораторії.

Товариство київських лікарів відіграло вагому роль у розвитку клінічної медицини. Не даремно В. Плющ пише, щоб висвітлити його діяльність і «зміст доповідей, що були прочитані в ньому, треба було б писати цілі томи» [9].

Слід наголосити на суспільній спрямованості та демократичності Товариства, що вигідно відрізняло його від подібних товариств Росії. Так, у 1863 р. проф. В.Л. Горєцький виголосив промову, в якій відзначив: «Лікар, як член суспільного товариства, має, згідно з своїм покликанням, обов'язки двох родів: він не лише повинен турбуватися про здоров'я приватних осіб, що доручають себе його опіці, але на його обов'язку лежать і турботи про суспільне здоров'я» [4].

Марковський Л.А. у своїй доповіді «Про важливість викладання гігієни в медичних закладах» говорив: «Слід вчити народ, як йому жити, щоб бути здоровим та довговічним, які речовини шкідливо споживати в їжі, як побудувати своє житло, як розпізнати скаженого собаку, коня, що хворіє на сибірку, як поводити себе у здоровому стані і як під час хвороби. Бажано було б, щоб з'явився російською мовою зрозумілий для народу твір у галузі гігієни та дієтистики» [18]. А лікар С. Ніс видав першу в Наддніпрянській Україні популярну медичну книжку українською мовою «Про хвороби і як їм запобігти» (1874) [6].

Мінх Г.М. виступав у Товаристві з доповідями з питань гігієни, демографії та санітарної статистики, часто наголошуючи на суспільних завданнях медицини. Професор Н.А. Хржонцевський писав про нього: «Він

вдихнув струмінь життя в товариство і наблизив його діяльність до питань суспільної гігієни» [5].

На засіданнях Товариства виступали відомі професори Київського університету св. Володимира В.Т. Покровський, Л.А. Марковський, К.Г. Трітшель, Є.І. Афанасьєв та інші. Так, В.Т. Покровський демонстрував хворих, доповідав про захворювання нирок, зокрема про блукаючу нирку. Ф.І. Пастернацький демонстрував хворих з пухлинами мозку і один з перших описав травматичну епілепсію. Є.І. Афанасьєв доповідав про захворюваність на поворотний тиф. У 1866 р. В.К. Високович прочитав свою доповідь «Про ракові включення», в якій висловив думку про інфекційне походження злоякісних пухлин.

Товариство київських лікарів видавало свої «Праці» і «Протоколи». У 1881 р. воно вперше в Росії взяло участь в організації нічних чергування лікарів для відвідування хворих вдома. При Товаристві було організоване і працювало санітарно-статистичне бюро [16].

Зазначені факти свідчать, що Товариство київських лікарів з початку своєї діяльності не обмежувалося питаннями підвищення кваліфікації лікарів та якості медичної допомоги хворим, а визначалося спеціальною спрямованістю і приділяло серйозну увагу питанням профілактики і гігієни. Лікарі та вчені, яких об'єднувало воно, зробили вагомий внесок у розвиток різних галузей медицини і охорони здоров'я.

Товариство київських лікарів приділяло серйозну увагу санітарно-просвітній діяльності. Про обсяг і характер цієї роботи свідчать звіти Комісії народних медичних читань при Товаристві за 1891, 1892, 1893, 1894 рр. [7].

У Києві існувало дві комісії народних читань: Комісія загальноосвітніх народних читань з 1882 р. і Комісія народних медичних читань при Товаристві київських лікарів із 1886 р.

Спочатку читання обох комісій проводилися в Контрактовому будинку на Подолі, але потім були витіснені звітти Російським драматичним товариством. Тому вони були змушені побудувати спеціальне приміщення.

У зв'язку з епідемією азіатської холери проф. Никанор Адамович Хржонцевський видав видання «Про те, як охороняти себе від холери» трьома мовами російською, польською та єврейською. Проте статтю доктора А.І. Михалевича «Про холеру» (1873 р.) українською мовою не дозволила опублікувати ні місцева, ні центральна цензура.

Ці лекції читалися багато разів, але звернення Товариства про недопущення богомольців до Києва під час епідемії не знайшло підтримки ні у церковного, ні у цивільного керівництва.

Читань за весь звітний період було проведено 67: 1891 р. – 26; 1892 р. – 15; 1893 р. – 10; 1894 р. – 16 читань.

Загальна кількість платних і безкоштовних слухачів відповідно становила: 1891 р. – 3 100 і 6 483; 1892 р. – 484 і 22 339; 1893 р. – 759 і 250; 1894 р. – 658 і 600. За всі 4 роки було 34 673 слухача, у т.ч. платних – 5 001, безкоштовних – 29 672.

Збір за читання становив: 1891 р. – 163 крб; 1892 р. – 30 крб 20 коп.; 1893 р. – 50 крб 10 коп.; 1894 р. – 48 крб 20 коп.

Надходження Комісії становили:

- Залишок від минулого 1890 р. – 1462 крб 49 коп.
- Допомога Міської думи за 1891, 1892, 1893,

1894 рр. щорічно – 1200 крб.

- Збір з народних читань – 291 крб 50 коп.

Разом – 2 953 крб. 99 коп.

Витрати становили 2721 крб 50 коп., здебільшого на:

– будівництво будинку для народних читань – 1000 крб:

- білети та афіші про народні читання – 326 крб;
- плата прислужі і пристосування зала – 210 крб;
- на видання читань про холеру – 205 крб;
- придбання картин для проектора – 165 крб.

Головою Комісії був багатолітній президент Товариства київських лікарів (1871–1874 рр. і 1886–1892 рр.), почесний член багатьох товариств лікарів, відставний ординарний професор Київського університету святого Володимира Никанор Адамович Хржонщевський. Секретарем Комісії був Володимир Філаретович Недільський. До складу правління входили ще 25 дійсних членів і 10 членів-кореспондентів (усього 37 осіб).

### Висновки

Товариство Київських лікарів, створене в 1840 р., стало одним з найперших лікарських товариств у Російській імперії.

У складі Товариства перебувало більше половини лікарів, які мешкали у м. Києві, особливо серед науково-

педагогічних працівників і військовослужбовців, менше – серед вільнопрактикуючих лікарів.

Товариство київських лікарів постійно очолювали провідні спеціалісти м. Києва – професори Київського університету св. Володимира, а серед почесних членів були видатні вчені М.І. Пирогов, І.М. Сеченов, Л.Пастер, І.І. Мечников, С.П. Боткін.

Товариство київських лікарів відіграло вагомую роль не лише в розвитку клінічної медицини, але й зробило серйозний внесок у становлення гігієни, демографії та санітарної статистики, проводило велику санітарно-просвітницьку роботу, створивши у 1886 р. Комісію народних медичних читань, систематично видавало свої «Праці» та «Протоколи».

При Товаристві були створені санітарно-статистичне бюро, хіміко-бактеріологічна лабораторія. Його члени взяли участь у створенні у 1881 р. Товариства нічних чергувань лікарів, опрацювали Статути приватної поліклініки, лічниці (лабораторії) для прихожих хворих, санітарної станції з метою наближення кваліфікованої медичної допомоги до населення, підвищення кваліфікації молодих лікарів і студентів старших курсів, забезпечення нагляду за безпекою і якістю харчових продуктів та напоїв.

При Товаристві працювали бібліотека та лекторій. Спеціальною комісією було підготовлено і затверджено на загальних зборах 7 жовтня 1886 р. Лікарсько-етичні правила, які мали регулювати стосунки лікарів з пацієнтами і взаємостосунки між лікарями.

**Перспективи подальших досліджень** спрямовані на продовження вивчення теми, порушеної в даній статті.

## Література

1. *Верхратский С. А.* Первые городские и уездные врачи и первые больницы на Украине / С. А. Верхратский // Очерки истории медицинской науки и здравоохранения на Украине. – Киев : Госмедиздат УССР, 1954. – С. 148.
2. *Верхрацький С. А.* Сторінки історії медицини на Україні / С. А. Верхратский. – Київ : Держмедвидав УРСР, 1957. – С. 35–36.
3. *Врачебно-этические* правила, составленные комиссией, избранной Обществом Киевских врачей, и утвержденные им на заседании 7 октября 1889 г. – Київ : Тип. Г.Т. Корчак–Новицкого, 1889. – 11 с.
4. *Годовщина* Общества киевских врачей. – Киев, 1863.
5. *Даль М. К.* Основные направления научной деятельности Г. Н. Минха / М. К. Даль // Очерки истории медицинской науки и здравоохранения на Украине. – Киев : Госмедиздат УССР, 1954. – С. 277.
6. *Ніс С.* Про хвороби і як їм запобігти / С. Ніс. – Київ, 1874.
7. *Отчет* Комиссии народных чтений при обществе Киевских врачей за 1891, 1892, 1893, 1894 гг. – Київ : Тип. Г.Т. Корчак–Новицкого, 1885. – 12 с.
8. *Отчет* о торжественном годовичном заседании Общества Киевских врачей 29 октября 1896 года. – Київ : Тип. Н.Т. Корчак–Новицкого, 1897. – 50 с.
9. *Плющ В.* Лікарські товариства і наукові з'їзди лікарів у Східній Україні (1840–1946) / В. Плющ // Матеріали до історії української медицини. – Чикаго, 1988. – Т. 2. – С. 1–22.
10. *Проект* Устава Частной поликлиники при Обществе Киевских врачей // Протоколы заседаний Общества Киевских врачей с приложением за 1887–1888 год. – Вып. первый. – Заседание VI. 31 января 1888 года. – Киев : Тип. Г.Т. Корчак–Новицкого, 1888. – С. 48–51.
11. *Проект* Устава Лечебницы для приходящих больных при Обществе Киевских врачей // Протоколы заседаний Общества Киевских врачей с приложением за 1887–1888 год. – Вып. первый. – Заседание VI. 31 января 1888 года. – Киев : Тип. Г.Т. Корчак–Новицкого, 1888. – С. 51–56.
12. *Проект* Устава Санитарной Станции при Обществе Киевских врачей // Протоколы заседаний Общества Киевских врачей с приложением за 1887–1888 год. – Вып. первый. – Заседание VI. 31 января 1888 года. – Киев : Тип. Г.Т. Корчак–Новицкого, 1888. – С. 56–58.
13. *Проект* Устава Библиотеки и Лектория Общества Киевских врачей // Протоколы заседаний Общества Киевских врачей с приложением за 1887–1888 год. Выпуск первый. – Заседание VI. 31 января 1888 года. – Киев : Тип. Г.Т. Корчак–Новицкого, 1888. – С. 58–59.
14. *Протоколы* заседаний Общества Киевских врачей за 1882–1883 год. – Київ : Тип. Г.Т. Корчак–Новицкого, 1883. – 72 с.
15. *Протоколы* заседаний Общества Киевских врачей за 1887–1888 год. – Вып. первый. – Киев : Тип. Г.Т. Корчак–Новицкого, 1888. – 99, 55 с. – Выпуск второй. – Киев : Тип. Г.Т. Корчак–Новицкого, 1889. – 61, 61 с.
16. *Товариство* київських лікарів // УРЕ. – Київ : Головна редакція УРЕ, 1984. – 2-е вид. – С. 277.
17. *Товариство* київських лікарів : бібліографічний показник / укл. : Л. Є. Корнілова, Н. І. Мамедова, В. Т. Нековаль, В. В. Недельчева. – Київ, 2010. – 119 с.: іл.
18. *Университетские* известия. – Киев, 1864. – № 12.
19. *Ціборовський О. М.* Заснування Товариства київських лікарів та їх внесок у розвиток медицини і охорони здоров'я (до 170 річчя Товариства київських лікарів) / О. М. Ціборовський // Історія утворення і становлення Товариства київських лікарів : матеріали конференції. – Київ, 2010. – С. 87–92.

Дата надходження рукопису до редакції: 13.03.2017 р.

**Общество киевских врачей –  
одна из самых старых общественных организаций  
медиков в Российской империи**

*О.М. Циборовский, В.М. Сорока*

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

**Цель** – осветить деятельность Общества киевских врачей и его роль в организации медицинской помощи и народного здравоохранения в XIX – в начале XX века.

**Материалы:** протоколы заседаний, отчеты, правовые документы, научные труды.

**Методы:** контент-анализ, проблемно-хронологический, сравнительно-исторический, статистический.

**Результаты.** Общество киевских врачей, созданное в 1840 г., стало одной из первых врачебных общественных организаций в Российской империи, в состав которой входило более половины врачей г. Киева, а возглавляли ведущие специалисты, профессора Киевского университета св. Владимира. Его члены способствовали повышению квалификаций врачей, улучшению качества медицинской помощи, развития гигиены и профилактики, распространению медицинских знаний среди населения.

**Выводы:** Общество киевских врачей в XIX – в начале XX вв. сделало весомый вклад в развитие не только медицинской науки, но и медицинской помощи и народного здравоохранения.

**Ключевые слова:** Общество киевских врачей, медицинская помощь, народное здравоохранение, гигиена, профилактика, Комиссия народных медицинских чтений.

**Society of the Kyiv doctors – one of the oldest  
public organizations of physicians  
in the Russian empire**

*O.M. Tsiborovsky, V.M. Soroka*

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

**Purpose** – highlight activity of the Society of the Kyiv doctors and its role in the organization of health care and protection of national health in the XIX – early XX century.

**Materials:** minutes of meetings, reports, legal documents and scientific works have been applied.

**Methods:** content analysis, problem and chronological, comparative and historical, statistical methods have been used.

**Results.** Society of the Kyiv doctors founded in 1840 became one of the first medical’s public organizations in the Russian Empire, which included more than half Kyiv doctors and leading experts, professors of Kyiv St. Vladimir University. Its members promoted improvement of professional skill of doctors, improvement of health care quality, hygiene and prevention, distribution of medical knowledge among the population.

**Conclusions.** Society of the Kyiv doctors in XIX – early XX century has made the significant contribution to development not only medical science but also medical aid and protection of national health.

**Key words:** Society of the Kyiv doctors, medical aid, protection of national health, hygiene, prevention, national medical readings Commission.

**Відомості про авторів**

**Ціборовський Олег Михайлович** – к.мед.н., с.н.с., керівник сектору історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Сорока Володимир Михайлович** – науковий співробітник сектору історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 316.6:615.214:616-053.7(048)

Н.М. Чемерис

## Медико-соціальні аспекти проблеми вживання психоактивних речовин молоддю (огляд наукової літератури)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна  
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – провести аналіз та узагальнення даних літератури про вплив факторів на формування потягу до психоактивних речовин серед молоді.

**Методи досліджень**: бібліосемантичний, порівняльний та системного підходу.

**Результати**. Наведені дані свідчать про особливості розповсюдження вживання психоактивних речовин серед молоді, основні фактори, які спричиняють вживання цих речовин та систему профілактики залежності від психоактивних речовин в Україні та інших країнах світу.

**Висновки**. Вживання психоактивних речовин молоддю є актуальною медико-соціальною проблемою не тільки в Україні, але й в усьому світі. Основу виникнення залежності від цих речовин відіграють біологічні, психологічні та соціальні чинники, які власне мають патогенетичний/патопластичний вплив на формування навичок їх вживання в дітей та підлітків. В Україні є недостатньою ефективність існуючих профілактичних заходів щодо розповсюдження вживання психоактивних речовин серед молоді, а їх успіх ґрунтується на науково-обґрунтованих методах прогнозування та оцінки.

**Ключові слова**: психоактивні речовини, профілактика, молодь.

### Вступ

Вживання психоактивних речовин (ПАР) молоддю залишається актуальною медико-соціальною проблемою не тільки в Україні, але й в усьому світі [2, 11]. Автори наукових досліджень наголошують, що студенти вищих навчальних закладів в зарубіжних країнах посідають третє місце серед різних підліткових і молодіжних груп (після учнів старших класів шкіл і вихованців закладів для дітей, які залишилися без піклування батьків) за рівнем поширеності вжитку ПАР [39]. Відносно великою є частка студентів, які експериментують з наркотиками і мають досвід актуального їх вживання [10, 41, 49]. У країнах, що розвиваються, спостерігається стійке зростання алкоголізації населення, починаючи з підліткового віку [29, 31, 49]. Що стосується наркотиків, то чітко простежується збільшення їх споживання в усьому світі, особливо в молодіжному та підлітковому середовищі [4, 5, 39].

**Мета роботи** – проведення аналізу та узагальнення даних літератури про вплив факторів на формування потягу до психоактивних речовин серед молоді.

**Методи**: бібліосемантичний, порівняльний та системного підходу.

### Результати дослідження та їх обговорення

Сьогодні в Україні проблема вживання ПАР набула загрозливого характеру і має всі риси епідемічного процесу. Незважаючи на активну антинаркотичну пропаганду й агітацію, кількість осіб, особливо підлітків і

молоді, які вживають наркотичні речовини, з кожним роком зростає [1].

Відомо, що вживання ПАР є одним із головних факторів погіршення стану психічного здоров'я. Гострі та хронічні розлади, що виникають унаслідок вживання ПАР, займають перші два місця серед захворюваності на психічні та поведінкові розлади. Сукупна частка розладів, що спричинені вживанням ПАР, становить 65% усіх нових випадків розвитку психопатології, зареєстрованих у країні в 2014 р. (у тому числі 46% припадає на гострі і 18% на хронічні психічні розлади). Рівень захворюваності лише на хронічні психічні та поведінкові розлади внаслідок уживання ПАР перевищує рівень захворюваності на органічні, включно із симптоматичними, розлади психіки (рубрики F00–F09 за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду – МКХ-10) – в 1,3 разу; на невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади (рубрики F40–F48 за МКХ-10) – у 2 рази; на шизофренію, шизотипові та маячні розлади (рубрики F20–F29 за МКХ-10) – у 5 разів; на розумову відсталість (рубрики F70–F79 за МКХ-10) – майже в 6 разів; на афективні розлади (рубрики F30–F39 за МКХ-10) – у 10 разів; на розлади психологічного розвитку, а також поведінкові та емоційні розлади дитячого та підліткового віку (рубрики F80–F98 за МКХ-10) – у 25 разів і на поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (рубрики F50–F59 за МКХ-10), – у 48 (!) разів [17, 30].

Складна соціально-економічна ситуація, що спостерігається в Україні, зумовлює негативні тенденції у стані здоров'я населення, середній очікуваній тривалості його життя, рівні смертності [19, 45]. Серед причин –

не останнє місце займає зростання зловживання ПАР, у т.ч. не тільки алкоголем, а й наркотичними речовинами [27]. Поширення серед дітей, підлітків та молоді таких небезпечних явищ становить загрозу для здоров'я нації. Незвичайну стурбованість суспільства викликає негативний вплив наслідків вживання алкоголю на соціальну адаптацію молоді та підлітків, стан їх здоров'я, рівень культури, духовність, спроможність стати повноцінними членами демократичного суспільства, забезпечити розвиток нашої держави та збереження генофонду нації.

У 2013 р. Розпорядженням Кабінету Міністрів України прийнято Стратегію державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року, яка визначає сутність та сучасні напрями державної політики щодо наркотиків, що формується на засадах інтегрованого і збалансованого підходу до зменшення обсягу пропонування наркотиків, що знаходяться в незаконному обігу, та зниження попиту на них, подолання наркоманії як небезпечного соціального явища [32].

#### **Розповсюдження вживання ПАР**

Дослідження в Україні та інших країнах світу показали, що частіше вживають ПАР молоді люди з неадекватною (зниженою або завищеною) самооцінкою, без зовнішнього контролю, слабо вираженою мотивацією досягнень, вираженим депресивним станом, істероїдним, шизоїдним, епілептоїдним, емоційно лабільним, психостенічним, циклоїдним і змішаним типами акцентуації характеру [17, 28, 30].

Особливе місце в групі ПАР займає алкоголь. За даними ВООЗ (досліджено 148 країн світу), не вживають алкоголь 99,5% дорослого населення в Єгипті, близько 25,0% – у Люксембурзі. Найвищі показники споживання алкоголю зафіксовано в Колумбії (32,0%) і Грузії (28,0%), найнижчі – в Індії (1,4%). Найбільш високий рівень алкогольної залежності спостерігається у Польщі (12,0%) та Бразилії (11,0%), найнижчий – у Єгипті та Сирії (по 0,2%). Обговорюється необхідність розроблення стандартизованих інструментів для оцінки рівня вживання чистого етанолу на душу населення та рівня алкогольної залежності [44, 50].

У США розлади, спричинені вживанням алкоголю, є тяжким економічним тягарем. Витрати, пов'язані із зловживанням алкоголем, оцінюються у понад 26 млрд доларів на рік, а фінансові збитки від захворювань, пов'язаних із алкоголізмом, вчиненням злочинів і виникненням передчасних смертей, сягають 134 млрд доларів на рік [40]. У суто економічних категоріях витрати суспільства на проблеми, пов'язані із вживанням алкоголю, оцінюються у 185 млрд доларів на рік.

Алкоголь – найбільш широко вживана ПАР серед дітей та підлітків в Україні. Кожен четвертий українець, який страждає на алкогольну залежність, є особою віком до 35 років [8, 34]. За результатами досліджень, проведених Українським науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, 22% школярів і студентів середніх та вищих

навчальних закладів вживають спиртні напої практично щодня або щонайменше кілька разів на тиждень [35].

Вітчизняні та зарубіжні дослідження, проведені серед студентів вищих навчальних закладів, спрямовані, здебільшого, на опис поширеності та стереотипів вживання наркотиків, зіставлення характеристик наркоспоживання, оцінку динаміки ситуації з наркоспоживання у вищих навчальних закладах. На думку деяких авторів, суттєва роль у формуванні вживання молодими людьми ПАР належить економіко-географічним умовам регіону проживання (географічні, соціально-економічні та ін. [22, 25].

Встановлено, що вживання ПАР підлітками та молодими людьми провокують, зокрема, конфліктні відносини і відсутність взаєморозуміння у сім'ї, позитивне ставлення до наркоспоживання, висока розповсюдженість вживання наркотиків серед представників референтної групи однолітків [18, 22].

#### **Основні фактори, що спричиняють вживання ПАР**

Основними факторами, що спричиняють вживання ПАР, у т.ч. надмірного споживання алкоголю є: відсутність у частини населення усвідомлення необхідності здорового способу життя, доступність алкоголю та інших психоактивних речовин, негативний вплив масової культури теле-, кінопродукції, а також реклами алкоголю на свідомість активної частини населення, відсутність у педагогів та батьків достатньої інформації про проблему та ефективні підходи до боротьби з нею [5, 37, 38].

Проведені дослідження науковців дозволили виокремити такі предиспонуєчі чинники вживання ПАР студентами вищих навчальних закладів, що домінують: вплив на вживання ПАР з боку інших людей (спільнот, компаній), неробство, відсутність зайнятості, невміння контролювати себе, бажання стати «своїм» серед тих, хто вживає ПАР. Особливості вживання наркотиків молоддю мають численні мотиваційні предиктори, на які впливають як індивідуально-психологічні особливості, такі характеристики найближчого і широкого соціального оточення, соціально детерміновані паттерни поведінки [17].

Важливою причиною невинного зростання алкогольної проблеми продовжує залишатись політика у сфері реклами, цінова доступність алкогольних напоїв, зокрема за продажем його неповнолітнім, послабленням уваги органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування до вирішення питань забезпечення змістовного дозвілля і відпочинку населення, насамперед молоді, а також відсутність системи протиалкогольної профілактики, розрахованої для різних вікових та соціальних груп населення (Відомості Верховної Ради, 2004, № 16, ст. 244).

Основною привабливістю для молоді спиртних напоїв посилюється популяризацією вживання алкоголю в кіно, телепередачах, рекламних роликах і проспектах [14, 47].

У зв'язку з різким зменшенням числа юнацьких установ, падінням престижу діяльності суспільних

організацій, завищеною платнею за всілякі додаткові освітні послуги більшість юних осіб випробовує надлишок вільного часу. Об'єднані в компанії, не зайняті корисною діяльністю юнаки, як правило, починають вживати ПАР, у т.ч. спиртні напої. Це стає патологічно необхідним атрибутом проведення часу, розширяється число мотивів. Вживання ПАР стає мало не основним значенням життя. Тому, психологічною передумовою розвитку залежності від ПАР у молоді часто стають відхилення від норми психічного здоров'я утруднюючи соціальну адаптацію особи. Незалежно від причин появи дефекту у дитини порушуються гармонійні відносини з соціумом, формується неадекватність самооцінки. ПАР в таких випадках є компенсуючим чинником, що дозволяє згладити наявну дезадаптацію індивіда, забезпечити його безболісне входження в групу однолітків, подолати скутість і боязкість, підвищити мовну активність, проявити приховані можливості [26].

До проблеми, власне, молодіжного алкоголізму зверталися різні учені: медики, педагоги, психологи [3, 34, 47, 48]. І саме вони зуміли виділити три основні вікові періоди: раннє дитинство, дошкільний і молодший шкільний вік, дитячий і юнацький вік. Перший період - раннє дитинство, в якому алкоголізація дітей носить неусвідомлений, мимовільний характер. Цьому сприяють наступні основні причини: п'яне зачаття, вживання алкоголю в період вагітності і годування грудьми, що веде до аномалій фізичного і психічного розвитку дитини. Другий період – дошкільний і молодший шкільний вік. У цей період найістотнішими причинами є дві – педагогічна неписьменність батьків, яка приводить до алкогольного отруєння організму і сімейні алкогольні традиції, що приводять до формування інтересу до спиртного. Тому біологічними дослідженнями доведено, що сам алкоголізм генетично не передається, переходить тільки схильність до нього, витікаючи з особливостей характеру, одержаного від батьків. У розвитку алкоголізму у дітей вирішальну роль виконують погані приклади батьків, обстановка зловживання алкоголем у сім'ї. Третій період – підлітковий і юнацький вік. Як основні причини можна назвати наступні сім: неблагополуччя сім'ї; позитивна реклама в засобах масової інформації; незайнятість вільного часу; відсутність знань про наслідки алкоголізму; відхід від проблем; психологічні особливості особи; самоствердження. У цей період відбувається формування ваблення до алкоголю, яке переростає в звичку, приводячи в більшості випадків до алкогольної залежності дитини.

Отже, одна з причин зловживання алкоголем молоді – посилене претендування на дорослість. Споживання алкоголю в підлітковому і юнацькому віці вважається символом мужності, спроможності. Внутрішня духовна обмеженість, невміння проявити себе в колективі однолітків обумовлюють часте вживання молодими особами алкоголю заради самоствердження у вуличній групі товаришів. Сама по собі потреба в самоствердженні в підлітковому віці звична і зрозуміла. Вся справа в засобах самоствердження. Відсутність у молодика, який зловживає алкоголем, навиків корисної

діяльності і інтересу до неї приводить його до вживання спиртного як до форми самоствердження, що спричиняє за собою згубні наслідки [42, 43].

Аналіз наукових досліджень виділяє як феномен *secular trends*, відповідно до якого з кожним десятиліттям посилюється тенденція до зниження віку початку алкоголізації та до збільшення ризику виникнення алкогольної залежності. Скоріш за все це наслідок змінених потреб до алкоголю і терпимого відношення до важкості алкогольної залежності. Необхідно зазначити що *secular trends* спостерігається і у відношенні депресій та суїцидів серед молодих осіб. Однією з найбільш важливих форм алкогольної поведінки у молоді поступово стає типова й для інших країн манера «напиватися доп'яна» (*binge drinking*) [12, 42].

Незалежно від того, що питома вага окремих чинників у структурі патогенного впливу на розвиток хворобливої залежності від ПАР вже доведена, проблема пошуку та обґрунтування взаємозв'язку біологічних і психосоціальних передумов, що здійснюють патогенетичний та патопластичний вплив на формування узалежнення, на сьогодні є актуальною [3, 4, 33].

До біологічних чинників, що за певних умов можуть ставати передумовами вживання ПАР у дітей та підлітків, науковцями віднесені: генетична схильність, фізіологічні особливості організму, гендерні особливості, вік, вроджені аномалії розвитку, фізичні травми, захворювання центральної нервової системи та соматичні хвороби, інфекційні й інтоксикаційні захворювання [4, 15, 16, 20].

До психологічних передумов вживання ПАР у дітей та підлітків віднесені [13, 23, 24, 33, 46]: рання антисоціальна поведінка дитини, академічне відставання у середній школі, відсутність зв'язку зі школою, відчуженість, схильність до бунтарства, ранній досвід першого вживання ПАР, проблеми у спілкуванні, нещасливе кохання.

Соціальними передумовами попередньо визначені: приклад вживання ПАР батьками або близькими родичами, недостатній рівень взаємовідносин із батьками, друзі, які вживають ПАР, деструктивний стиль виховання, проблеми організації та управління сім'єю, наявність вільних грошей [18, 29].

Об'єднувальною ланкою між психологічними та соціальними передумовами є батьківські позиції щодо збереження здоров'я, профілактики вживання ПАР та виховання дитини (підлітка), що реалізуються в рамках сім'ї [7, 21, 29].

У контексті взаємозв'язку біологічних та психосоціальних чинників у формуванні феномену вживання ПАР у дітей та підлітків Т.Е. Robinson і К.С. Berridge запропонували теорію формування підвищеної чутливості до повторного впливу ПАР, роблячи акцент на зростання ейфоригенних ефектів [46]. Цю теорію можна вважати біолого-психологічною, оскільки в ній започаткована спроба екстраполювати нейрохімічні особливості індивіда на його адиктивну поведінку [16]. Залежність від ПАР належить до захворювань складного біопсихосоціального походження.

### **Профілактика залежності від ПАР**

Для того щоб домогтися уповільнення темпів поширення залежності від ПАР, необхідно забезпечити наукове розроблення ефективних територіальних програм профілактики, об'єднавши зусилля зацікавлених державних, наукових, медичних, правоохоронних, педагогічних, спортивних закладів, громадських організацій. Цілі і принципи політики, стримування соціальних недугів, методологія побудови і алгоритми реалізації профілактичних програм повинні мати наукове підґрунтя [20]. Питання профілактики залежності від ПАР – це державної ваги проблема. Проте боротьба з наркоманією у бувшому Радянському Союзі та і в Україні тривалий час велася без широкого розголосу. У літературі питання наркоманії майже не висвітлювали; про цю проблему говорили побіжно, стверджуючи, що соціальних причин для наркоманії у нас немає.

Потяг до вживання алкоголю значною мірою зумовлений відсутністю належного усвідомлення та достатньої інформованості населення, зокрема молоді, щодо шкідливих наслідків вживання алкоголю, а також розвитку алкогольної залежності та формування асоціальної поведінки. Складний хід соціально-економічних реформ у державі зумовив зниження рівня життя, криміналізацію суспільства, трансформацію виховної функції багатьох сімей. Проблеми шкільного і родинного виховання, несформованість здорового способу життя призводить до збільшення кількості молодих людей, які вживають наркотичні речовини.

Результати проведених в Україні досліджень щодо розповсюдження вживання ПАР серед молоді доводять недостатню ефективність існуючих профілактичних заходів. Реальний стан здоров'я населення, зокрема людей молодого віку, рівень соціального благополуччя переконують у необхідності вжиття цільових заходів, спрямованих на попередження і зменшення шкоди від вживання ПАР.

На сьогодні профілактичні дії щодо наркотичних/алкогольних проблем серед молоді є частиною стратегії формування здорового способу життя на засадах розвитку життєвих навичок та координуються МОЗ України та Міністерством освіти та науки, молоді та спорту України [36].

Невід'ємною складовою превентивного виховання молоді є «здоровий спосіб життя», тобто процес формування у дітей усвідомлення шкоди наркотичного, токсичного отруєння організму і психіки, розвитку морально-естетичної відрази та протидії наркотикам. Формування несприйнятливості до вживання наркотичних речовин потребує виховання здорового способу життя, підвищення виховних можливостей, максимальної уваги до мотиваційної сфери у прагненні підлітків бути здоровими. Ефективність виховання у підлітків залежатиме від умінь побудувати виховний процес на засадах здорового способу життя, з урахуванням завдань, функцій, принципів, методів, форм превентивного виховання. Профілактичні проекти/програми в полі вибіркової профілактики (тобто профілактики, спрямованої на дітей та молодь, які

внаслідок біологічних, психологічних або соціальних причин перебувають в обставинах, що сприяють вживанню спиртних напоїв чи наркотичних речовин, і має на меті попередження їх залучення до вживання психоактивних речовин) реалізуються здебільшого через мережу спеціалізованих центрів, соціальних служб, мобільних консультативних пунктів, «клінік дружніх до молоді», служб телефону довіри, аптек. Профілактичні інтервенції в рамках цього проекту включають питання попередження вживання ПАР та формування здорового способу життя [14].

У деяких європейських країнах здійснюють спробу підготувати державний освітній стандарт і провідні напрями навчання, але в усіх країнах проекти, що вийшли в результаті такої роботи, необов'язкові, тобто вони залишаються тільки рекомендаціями, за якими проводять профілактичну роботу [9, 12, 39]. Як наслідок, з одного боку, простежуємо недостатню якість профілактики, з іншого – розширюється простір для творчості під час організації профілактичних антинаркотичних заходів залежно від ситуації. Отже, незважаючи на виявлену неоднорідність у сфері підготовки, у світі, у т.ч. Україні розробка й оцінка проектів профілактичних заходів набуває все більшого значення.

### **Висновки**

Вживання психоактивних речовин молоддю є актуальною медико-соціальною проблемою не тільки в Україні, але й в усьому світі. Основу виникнення залежності від ПАР відіграють біологічні, психологічні та соціальні чинники, які за даними науковців, мають патогенетичний/патопластичний вплив на формування навичок вживання ПАР у дітей та підлітків.

Алкоголь, як найбільш вживана ПАР серед дітей та підлітків в Україні спричиняє значні фінансові втрати від захворювань, пов'язаних із алкоголізмом, вчиненням злочинів і передчасною смертністю.

В Україні є недостатньою ефективність існуючих профілактичних заходів щодо розповсюдження вживання ПАР серед молоді. Основними напрямками щодо профілактики ПАР є: зменшення заподіяної шкоди від вживання ПАР за рахунок комбінованих міжгалузевих дій, одночасно спрямованих як на все населення, так і на групи ризику; проведення заходів щодо захисту життя громадян від нещасних випадків, насилля та інших негативних наслідків вживання ПАР; скорочення попиту на алкоголь з урахуванням характеру і масштабів його вживання загалом, а також серед певних груп населення, надаючи пріоритет молодіжному середовищу, на підставі проведених комплексних і науково обґрунтованих систематичних оцінок ситуаційного аналізу; сприяння чіткому і надійному використанню інформації в рамках превентивних програм; забезпеченням контролю доступності алкоголю шляхом регулювання числа офіційних пунктів продажу алкогольних напоїв.

Успіх у протидії подальшому поширенню вживання ПАР ґрунтується на науково-обґрунтованих методах прогнозування та оцінки заходів профілактики.



### Перспективи подальших досліджень

Для наукового обґрунтування прогнозу та оцінки профілактичних заходів щодо стану із вживанням ПАР

заплановано дослідити умови і спосіб життя студентської молоді, виявити фактори ризику та мотиви, що сприяють розвитку наркотизму, алкоголізації і куріння.

### Література

1. *Аддиктивний статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов* / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Психическое здоровье. – 2010. – № 6 (49). – С. 33–45.
2. *Андерсон Келли. Молодые люди и алкоголь, наркотики и табак* / Андерсон Келли. – Копенгаген : Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро, (Европейская серия, № 63) – 1998. – 95 с.
3. *Беспалько В. В.* Визначення медико-соціальних чинників формування наркоманії серед учнівської молоді та обґрунтування її первинної профілактики на прикладі західного регіону України : автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.03 / В. В. Беспалько ; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – Київ, 2002. – 20 с.
4. *Бітенський В. С.* Клініко-патогенетичні аспекти алкоголізму й наркоманій / В. С. Бітенський // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. – 2007. – № 1 (11). – С. 7–11.
5. *Болотников И. Ю.* Развитие вредных привычек в зависимости от условий жизни и воспитания учащихся различных учебных заведений / И. Ю. Болотников // Современные проблемы науки и образования. – 2007. – № 3. – С. 24–37.
6. *Бохан Н. А.* Наркологическая ситуация и психическое здоровье населения: региональные тренды десятилетия / Н. А. Бохан, В. Я. Семке, А. И. Мандель // Психическое здоровье. – 2006. – № 1. – С. 32–38.
7. *Бурлака В. В.* Профілактика поширення наркозалежності серед молоді : навч.-метод. посібник / В. В. Бурлака. – Київ : Герб, 2008. – 224 с.
8. *Вієвський А. М.* Комплексна багаторівнева система медико-соціальної профілактики вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків як база сучасних медичних освітніх програм у цих напрямках / А. М. Вієвський // Медична освіта. – 2011. – № 4. – С. 97–102.
9. *Дебер А.* Как институт народного здоровья Швеции работает с вопросами предупреждения алкоголизма / А. Дебер // Алкогольная политика в России и Норвегии. – Москва, 2000. – С. 11–19.
10. *Декларация «Молодежь и алкоголь»* [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/eprise/main/who/AboutWHO/Policy/200302041>. – Название с экрана.
11. *Доклад по проблеме алкоголя в Европейском регионе ВОЗ : исходный документ к основам политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ* / [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/Document/RC55/rbd01.pdf>. – Название с экрана.
12. *Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков»* / [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/Document/RC55/rdoc06.pdf>. – Название с экрана.
13. *Животовська Л. В.* Особливості психосоціальної дезадаптації осіб з алкогольною залежністю / Л. В. Животовська, Г. Т. Сонник // Таврический журнал психиатрии. – 2010. – № 1 (14). – С. 23–28.
14. *Журавель Т. В.* Використання інтерактивних методів та мультфільмів у профілактиці ризикованої поведінки: методичний посібник для спеціалістів, які працюють з бездоглядними та безпритульними дітьми і підлітками / Т. В. Журавель, Т. Л. Лях, О. М. Нікітіна. – Київ, 2010. – 37 с.
15. *Каражанова А. С.* Особенности детского наркотизма (обзор отечественной и зарубежной литературы) / А. С. Каражанова // Наркология. – 2003. – № 11. – С. 37–55.
16. *Кидряпкина А. В.* Десятилетняя динамика смертности среди лиц, злоупотребляющих внутривенным приемом психоактивных веществ, на территории Приморского края : автореф. дис. ... к.мед.н. / А. В. Кидряпкина. – Владивосток, 2001. – 27 с.
17. *Кіосєва О. В.* Мотиваційні предиктори вживання психоактивних речовин молоддю України / О. В. Кіосєва // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 4 (89). – С. 61–64.
18. *Личко А. Е.* Подростковая наркология / А. Е. Личко, В. С. Битенский. – Ленинград : Медицина, 1991. – 304 с.
19. *Любінець О. В.* Стан та прогноз середньої очікуваної тривалості життя населення в Україні / О. В. Любінець // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2. – С. 15–23.
20. *Мандель А. И.* Распространенность и патоморфоз алкоголизма и опийной наркомании в Западной Сибири : автореф. дис. ... д.мед.н. / А. И. Мандель. – Томск, 2000. – 44 с.
21. *Маркова М. В.* Роль хімічної залежності в розвитку внутрішньосімейної дезадаптації / М. Маркова, Т. В. Селюкова, О. Б. Окара // Архів психіатрії. – 2000. – Т. 3, № 4 (22–23). – С. 25–26.
22. *Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма* / Е. А. Кошкина, Ш. И. Спектор, В. Г. Сенцов, С. И. Богданов. – Москва : ПЕР СЭ, 2008. – 288 с.

23. Менделевич В. Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии / В. Д. Менделевич // Независимый психиатрический журнал. – 2010. – № 3. – С. 21–27.
24. Минков Е. Г. О совокупности условий, необходимой и достаточной для формирования зависимости от психоактивных веществ / Е. Г. Минков // Вопросы наркологии. – 2000. – № 3. – С. 51–57.
25. Мониторинг распространенности наркомании как элемент эпидемиологического надзора за социально-значимыми инфекциями / П. М. Лузин, И. В. Фельдшом, Л. А. Красникова [и др.] // Журнал микробиол. – 2000. – № 4. – С. 29–31.
26. Пишель В. Я. Современные принципы диагностики и терапии психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя / В. Я. Пишель // Здоров'я України XXI сторіччя. – 2003. – С. 78.
27. Поширеність вживання алкоголю сільським населення / О. В. Любінець, М. Г. Телішевська, Б. Л. Цісінський, Б. М. Самчук // Управління охороною здоров'я: матеріали науково-практичної Інтернет-конференції з міжнародною участю, 29 січня – 29 лютого 2008 р. – Львів, 2008. – С. 45–46.
28. Принципы индивидуально-личностной и популяционной профилактики развития зависимости от алкоголя у детей и подростков / А. И. Минко, З. Н. Болотова, М. Ю. Игнатов [и др.] // Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні : матеріали республіканської конференції дитячих психіатрів «Реформа психіатричної допомоги дитячому населенню України». – Харків, 1999. – С. 140–144.
29. Принципы реализации и адаптации семейных антинаркотических стратегий и пути их медико-социальной коррекции / Н. А. Сирота, Е. В. Борисова, Т. В. Воробьева [и др.] // Методические рекомендации. – Москва : ФГУ ННЦ наркологии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2009. – 25 с.
30. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України (інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2010 рр.). – Харків : Строков Д. В., 2011. – 144 с.
31. Редько А. Н. Мониторинг смертности населения от травм, отравлений алкоголем и наркотиками / А. Н. Редько, П. Б. Сахарова // Пособие для организаторов здравоохранения / РИО ФГУ ЦНИИОИЗ МЗ и СР РФ. – Москва, 2006. – 55 с.
32. Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року : розпорядження КМ України № 735-р від 28 серпня 2013 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-p>. – Назва з екрана.
33. Слободянюк П. М. Патологічний взаємозв'язок між психологічними складовими та психопатологічними особливостями формування алкогольної залежності / П. М. Слободянюк // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, Вип. 3 (64). – С. 57–61.
34. Сучасні проблеми формування здоров'я студентської молоді / В. Г. Гінзбург, Т. М. Полішко, В. О. Татаровський [та ін.] // Запорозький медичний журнал. – 2011. – Т/ 13, № 4. – С. 11–15.
35. Табачников С. І. Клінічні особливості та провідні чинники вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків у світлі розробки комплексної багаторівневої системи його медико-соціальної кореляції та профілактики / С. І. Табачников, А. М. Вієвський, М. П. Жданова // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. – 2012. – № 1, Т. 7. – С. 4–11.
36. Формування превентивної системи охорони здоров'я / А. В. Магльований, В. Й. Кімакович, Ю. А. Островерха [та ін.] // Управління у державі III тисячоліття II Міжнародна науково-практична конференція. – Львів, 2003. – С. 171–184.
37. Халтурина Д. А. Алкогольная катастрофа и возможности государственной политики в преодолении алкогольной сверх смертности в России / Д. А. Халтурина, А. В. Коротаев. – Москва : Ленанд, 2008. – 376 с.
38. A policy on alcohol for Europe and its countries. Reducing the harm done by alcohol Bridging the Gap principles [Electronic resource]. – Brussels, Eurocare, 2004. – Access mode : <http://www.eurocare.org/btg/policyeu/pdfs/2004-eurocarepolicy.pdf>. – Title from screen.
39. Alcohol and other Drugs Peer Education in Schools: A review for the ACT Alcohol, Tobacco and other Drug Strategy Evaluation Group / Prepared by David McDonald. – 30 September 2004. – 20 p.
40. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Third Edition / American Psychiatric Association (DSM – III–R). – Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 1987. – 494 p.
41. Hibell B. The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries / B. Hibell [et al.]. – Stockholm : Modinttryckoffset AB, 2004. – 199 p.
42. Mental health: facing the challenges, building solutions : report from the WHO European Ministerial Conference [Electronic resource]. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2005. – Access mode : <http://www.euro.who.int/document/E87301.pdf>. – Title from screen.
43. Novotný J. Drogová závislost, rizikové faktory vedúce k recidive a prevencia / J. Novotný, J. Stančíak, E. Ďurišová // Logos polytechnicos. Ročník 5, číslo 2. Jihlava: Vysoká škola polytechnická. – 2014. – S. 17–36.
44. Osterberg Esa. High alcohol – related burden of disease as basis for controlling total alcohol consumption / E. Osterberg // Addicton. – 2006. – Vol. 101 (8). – P. 10–70.
45. Peculiarities and comparative characteristics of the population mortality caused by the main reasons in Ukraine, the Check Republic and other european countries / O. Lyubinets, G. Slabkyj, Y. Pylypets [et al.] // SBORNÍK z mezinárodní

- konference “Jihlavské zdravotnické dny 2012”, II. ROČNÍK “Ošetrovatelská péče a porodní asistence v praxi”: Vysoká škola polytechnická. – Jihlava, 2012. – S. 547–556.
46. *Robinson T. E.* The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view / T. E. Robinson, K. C. Berridge // *Addiction*, 95. – 2000. – № 2. – P. 91–117.
47. *Societal costs of underage drinking.* / T. R. Miller, D. T. Levy, R. S. Spicer, D. M. Taylor // *J. Stud. Alcohol.* – 2006. – Vol. 67 (4). – P. 519–528.
48. *Stančiak J.* Drogy, Relaps, Resocializácia / J. Stančiak, J. Novotný. – Trnava : Tlačové štúdio Váry, 2016. – 160 s.
49. *The social impact of drug abuse* [Electronic resource]. – Copenhagen, 1995. – 6–12 March. – 47 p. – Access mode : <http://www.unodc.org/pdf/technical series 1995-03-01-1.pdf>. – Title from screen.
50. *What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control?* [Electronic resource]. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2004. – Access mode : <http://www.euro.who.int/document/E82969.pdf>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.04.2017 р.

**Медико-социальные аспекты проблемы  
употребления психоактивных веществ молодежью  
(обзор научной литературы)**

*Н.М. Чемерис*

Львовский национальный медицинский университет  
имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина  
ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
МЗ Украины», г. Киев, Украина

**Цель** – провести анализ и обобщение данных литературы о влиянии факторов на формирование влечения к психоактивным веществам среди молодежи.

**Методы:** библиосемантический, сравнительный и системного подхода.

**Результаты.** Приведенные данные свидетельствуют об особенностях распространения употребления психоактивных веществ среди молодежи, основные факторы, вызывающие употребление этих веществ и систему профилактики зависимости от психоактивных веществ в Украине и других странах мира.

**Выводы.** Употребление психоактивных веществ молодежью является актуальной медико-социальной проблемой не только в Украине, но и во всем мире. Основу возникновения зависимости от этих веществ играют биологические, психологические и социальные факторы, которые собственно имеют патогенетическое/патопластическое влияние на формирование навыков их применения у детей и подростков. В Украине эффективность существующих профилактических мероприятий по распространению употребления психоактивных веществ среди молодежи является недостаточной, а их успех должен основываться на научно обоснованных методах прогнозирования и оценки.

**Ключевые слова:** психоактивные вещества, профилактика, молодежь.

**Medical and social aspects  
of using psychoactive substances by youth  
(review of the scientific literature)**

*N.M. Chemerys*

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv,  
Ukraine  
PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches  
MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – the analysis and synthesis of the literature on the impact of factors on the formation of craving for substance use among youth.

**Methods:** bibliosemantics, comparative and systematic approach.

**Results.** These data indicate features spread substance use among young people, the main factors that cause the use of these substances and the system of prevention of substance dependence in Ukraine and other countries.

**Conclusions.** Youth substance use is an urgent medical and social problem not only in Ukraine but also worldwide. Depending on the basis of origin of these substances play a biological, psychological and social factors that are actually pathogenic/patoplastyc impact on the skills of their use in children and adolescents. Ukraine has insufficient effectiveness of existing preventive measures to spread use of psychoactive substances among young people, and their success is based on scientifically grounded forecasting methods and assessment.

**Key words:** psychoactive substances, prevention, youth.

**Відомості про автора**

**Чемерис Наталія Михайлівна** – асистент кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79010.

УДК 616-072.5:353.1(477)

А.М. Чугрієв

## Макрооцінка діяльності регіональних служб крові України

Житомирський обласний центр крові, м. Житомир, Україна

**Мета** – створити систему макрооцінки стану трансфузійної медицини в областях.

**Матеріали та методи.** Критерії макрооцінки визначено методом Дельфі, а рейтинг кожної області – методом рангової оцінки. Критерії макрооцінки поділено на 2 блоки: «Забезпеченість населення» (5 критеріїв) і «Ефективність діяльності» (6 критеріїв).

**Результати.** За сумою балів кожного критерію визначили рейтингове місце областей по блоку окремо та по підсумках двох блоків рангове місце по Україні.

**Висновки.** Макрооцінка з розподілом за ранговим місцем визначила проблемні «вузькі місця» регіональної служби крові кожної області, як по блоках, так і по окремих індикаторах, що є узагальнюючими показниками певного розділу діяльності з трансфузійної медицини в області.

**Ключові слова:** критерії макрооцінки, донор, донорство, концентрат тромбоцитів аферезний, кількість консервованої крові, еритроцити, плазма придатна для фракціонування.

### Вступ

Загальний своєчасний доступ до безпечних продуктів крові гарантованої якості і ефективності та оптимальне їх клінічне використання мають істотне значення для зміцнення системи охорони здоров'я України. Досягнення самодостатності в забезпеченні якісною і безпечною донорською кров'ю є метою в реалізації Угоди про асоціацію між Україною і Європейським Союзом та для дотримання Рекомендацій ВООЗ і ЄС. Безпечні і стабільні запаси донорської крові більшість країн створюють на основі добровільного безплатного донорства та добре організованої і ефективної національної служби крові [2, 3].

Оцінку самозабезпеченості донорською кров'ю Європейський Директорат з якості охорони лікарських і здоров'я засобів (EPQM) проводить щорічно по наступних розділах: донорство, заготівлення крові та її компонентів, результати скринінгу на інфекції, вірусна інактивація компонентів крові, haemovigilance, система управління якістю та інше. Для порівняльного аналізу різних країн фахівці використовують відносні величини інтенсивності у вигляді індексів: на 1000 нас., питома вага в структурі, на 100 тис. донорів, на 100 тис. компонентів, що перелиті та інше.

Так, у 2013 р. питома вага донорів в середньому у країнах ЄС становила 2,4% від населення та 24 донори на 1000 населення, рівнем самодостатності продуктів крові вважається 30 і більше донорів. Показник 10 донорів на 1000 населення оцінювали як такий, що створює проблеми із забезпеченням країни кров'ю. Кількість донорів крові дорівнювала 36 на 1000 населення [4]. Відповідні показники в Україні в 2013 р. становили: донорів на 1000 нас. – 14,5 або 1,4% від населення, донорів крові – 16,7 на 1000 нас., а в 2015 р. – 9,64 донорів та 11,4 донорів крові [1].

За побудовою технологічних процесів і загальною органограмою, установи служби крові схожі на підприємства з виходом готової продукції для людини: компоненти крові з 18 найменувань та наявна система управління якістю. Тому оцінку ефективності роботи установи можливо проводити за схожими для підприємств показниками [4]. Розрахунок економічної ефективності в умовах обмежених ресурсів і пошуку нових форм організації регіональних моделей служби крові (СК) має бути пов'язаний з пошуком найбільш економічного використання наявних ресурсів. Дослідження економічної ефективності регіональної моделі служби крові під час її реформування та організації системи макрооцінки установ СК в опублікованих наукових працях ми не зустріли.

**Мета роботи** – провести макрооцінку ефективності діяльності регіональних СК та рівня самозабезпечення компонентами крові населення областей України по відповідних критеріях/індикаторах.

### Матеріали та методи

Макрооцінку стану регіональної служби крові провели по окремих критеріях (індикаторах), що згруповані в два блоки і які є кінцевим результатом діяльності служби крові областей. До першого блоку «Забезпеченість населення»: увійшли 5 індикаторів – «кількість донорів на 1000 населення», «кількість еритроцитів», літрів і «кількість доз концентрату тромбоцитів аферезних (КТа)» виданих в лікарні на 1000 населення та обсяг плазми придатної для фракціонування, літрів на 1000 населення. Показники першого блоку характеризують основні розділи діяльності установ і відділень служби крові області, як кінцева підсумуюча величина: стан донорства, достатність основних компонентів крові та плазми придатної для отримання/фракціонування лікарських

засобів, (альбумін, фактори згортання, імуноглоблін). Для оцінки раціонального використання і заготовлення донорської крові використали критерій – «питома вага еритроцитів списаних по закінченню терміну зберігання». Кожен критерій є відносною величиною інтенсивності.

Другий блок макрооцінки «Ефективність діяльності» складається з 6 індикаторів, які визначали економічну ефективність роботи/діяльності регіональної моделі служби крові: продуктивність праці персоналу (кількість донорів, донатій, виготовлених доз КТ аферезу і кількість літрів заготовленої консервованої крові на 1 зайняту посаду в службі крові області) та ефективність використання технологічного обладнання (кількість літрів плазми і кількість доз КТ аферезу заготовлених на одному апараті плазмаферезу та цитаферезу).

Період дослідження – 2015 р.

Об'єкти дослідження – діяльність регіональних моделей служби крові всіх областей і м. Києва за виключенням відомчих установ/лікарень, що здійснюють заготовлення крові.

Усі індикатори обраховані на основі показників довідника «Діяльність закладів служби крові України у 2015 р.».

Одиниця вимірювання об'єму еритроцитів виданих у лікувальні заклади переведено з літрів в дози з розрахунку один літр дорівнює стандартизованим 4 дозам еритроцитів (наказ МОЗ від 09.03.2010 р. № 211).

Обсяг плазми придатної для фракціонування обраховано згідно таблиці 19 і 25 Довідника [1], як різниця між сумою «заготовлено плазми, всього» і «перероблено на препарати» та сумою об'єм плазми «використано на компоненти, на стандартні сироватки» і об'ємом «брак плазми». Оцінка здійснена по 24 областях і м. Києву, загальна кількість об'єктів – 25.

Визначення рангового місця провели в три етапи. Перший етап. За величиною індикатора визначили рейтингове місце кожної області по кожному індикатору. Відповідному рейтинговому місцю надали кількість балів до займаного місця наступним чином: 1 рейтингове місце за кожним індикатором отримало 25 балів, останнє 25 рейтингове місце отримало один (1) бал, відповідно 2 місце – 24 бали, 24 місце – 2 бали. Другий етап. Сума балів по індикаторах блоків №1 та №2 визначила рангове місце області в кожному блоці. Третій етап. Загальна сума балів по двох блоках визначила рангове місце області за макрооцінкою діяльності в році, який досліджуємо.

### Результати дослідження та їх обговорення

Порівняльний аналіз по окремих індикаторах проведено з країнами Євросоюзу за даними 2013 р.

У 2015 р. в Україні на 1000 населення здали кров майже один (0,96) донор, питома вага донорів вище 1% населення лишилась в 9 областях (Хмельницька, Миколаївська, Волинська, Запорізька, Дніпропетровська, Чернігівська, Івано-Франківська, Сумська, Тернопільська), серед них жодна не досягла оптимального рівня за рекомендаціями ЄС – майже 30 донорів на

1000 населення [4]. За оцінкою Європейського Директорату з якості охорони здоров'я і лікарських засобів 15 областей і м. Київ увійшли в групу критичного рівня донорів (менше 1% населення).

За кількістю донорів на 1000 населення перших п'ять областей мають наступні показники: Хмельницька – 20,3 донора; Миколаївська – 20,2; Волинська – 18,7; Запорізька – 17,8 і Дніпропетровська – 14,1 донора, що суттєво перевищує такий показник по Україні – 9,6 донора на 1000 населення. Найменша кількість донорів зареєстрована в Донецькій (2,7), Луганській (5,6), Одеській (6,3), м. Київ (6,8) і в Харківській області (7,0).

Рівень забезпеченості лікувальних закладів області визначали по двом компонентам критичних за термінами зберігання і для надання невідкладної медичної допомоги – еритроцитами та КТ аферезний. З метою об'єктивного порівняльного аналізу оцінювали кількість виданих еритроцитів до лікарняних закладів України на 1000 населення. Коливання становило від 1,8 дози до 19,5 дози у середньому 7,1 дози на 1000 населення. В країнах ЄС у 4 з 32 країн (13%) кількість доз складала 20 на 1000 населення, що визначено як недостатні запаси або обмеження лікарень у еритроцитах. Середня забезпеченість еритроцитами в країнах Євросоюзу становила 33 дози на 1000 населення з коливанням від 3,8 до 64 доз. Для досягнення доброго і оптимального рівня забезпечення населення рекомендують від 30 до 40 доз еритроцитів 1000 нас. Серед областей України 14 (56%) мають менший рівень від середньо національного (7,1 дози на 1000 нас.), а найвищим є 19,5 дози в Хмельницькій області. Відповідно у Миколаївській області 15 доз еритроцитів видано в лікувальні заклади на 1000 населення, в Дніпропетровській 14,6 дози; у Волинській області – 14,1 дози і в Запорізькій – 10,4 дози. Найменшу кількість еритроцитів видали в Чернігівській області (1,8), в Київській (2,2), в Сумській (2,3), Донецькій (2,8) і в Луганській (3,2) областях.

Виготовлення КТ в Україні здійснюють двома методами аферезу: мануальний і апаратний. Згідно існуючих технологій в усіх країнах Європи використовують апаратний аферез та створення пулу КТ із 4–5 доз цільної консервованої донорської крові. Тому розрахунок забезпеченості населення областей коректно проводити по кількості КТ виготовленого апаратним аферезом КТ із метою порівняльного аналізу з країнами Європи.

За даними анкет із 30 країн Європи рівень забезпеченості населення в середньому становить 4,3 дози КТ на 1000 населення (розмах коливання від 0,04 до 18 доз). Серед 25 областей України, 5 не ведуть заготовлення КТ. Найбільшу кількість КТ аферезного на 1000 населення заготовили в Миколаївській області – 1,8 дози, Київській – 1,1 дози, Дніпропетровській – 0,7 дози і в Житомирській (0,6 дози), відповідно найменшу кількість заготовили в Тернопільській (0,04 дози), Кіровоградській (0,04 дози), Хмельницькій (0,07), в Харківській (0,08 дози) і в м. Київ (0,08 дози).

При виготовленні чотирьох лікарських засобів із донорської плазми, які увійшли в Перелік обов'язкових,

визначених ВООЗ (альбумін, фактори згортання, імуноглобулін), Рада Європи рекомендує для всіх країн дотримуватись принципу «самозабезпечення». Тому особливо актуальним стає дотримання технологій при заготовленні, скринінгу, зберіганні та якості плазми для фракціонування, що має відповідати Європейській Фармакопеї і Державній Фармакопеї України. У державній звітності відсутня графа «плазма для фракціонування», як окремий компонент крові. Не введено цей компонент і до Переліку компонентів донорської крові, затверджений наказом МОЗ від 09.03.2010 р. № 211. Саме тому ми пропонуємо застосовувати тимчасово термін «плазма придатна для фракціонування».

У 29 країнах ЄС рівень заготовлення плазми для фракціонування в середньому становить 9,1 л з коливанням від 0 до 54,0 на 1000 населення, в Україні заготовлення плазми, яка може бути придатною для фракціонування становить 1,95 л і коливається від 0,5 до 23,0 л на 1000 населення. За обсягами заготовлення такої плазми на 1000 населення на перше місце вийшла Сумська область – 23,0 л, далі Волинська (6,5 л); Запорізька (4,8 л); Хмельницька (4,8 л) і Херсонська

(4,6 л) області. Меншу кількість плазми заготовили: Кіровоградська область (0,5 л); м. Київ (0,6 л), Чернівецька (0,6 л), Закарпатська (0,9 л) і Луганська (1,0 л) області. Найбільш вірогідними причинами скорочення обсягів заготовлення плазми для фракціонування стали складнощі в реалізації та зменшення/припинення виробництва препаратів крові.

Як індикатор раціонального використання донорської крові ми визначили питому вагу еритроцитів списаних через закінчення терміну зберігання, табл. 3005 ф. 39-здоров'я МОЗ України. Найменший рівень списання таких еритроцитів зареєстровано в Сумській області – 0,6%, далі м. Київ (1,2%), Дніпропетровська (1,6%), Харківська (6,4%) та Полтавська (6,6 %) області. Середній рівень списання еритроцитів по терміну зберігання по Україні становить 14,4%, значно вищий рівень списання в Івано-Франківській (41,0%), Волинській (28,8%), Тернопільській (27,5%), у Львівській (26,6%) та ще в 6 областях, що складає 44% областей України.

За сумою балів по 5 індикаторах першого блоку «Забезпеченість населення» за рангом області розподілились таким чином (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл областей за рангом по блоку «Забезпеченість населення»

Область	Кількість балів	Рейтингове місце	Область	Кількість балів	Рейтингове місце
Дніпропетровська	108	1	Харківська	64	14
Миколаївська	105	2	Івано-Франківська	58	15
Запорізька	102	3	Одеська	58	16
Хмельницька	88	4	Закарпатська	54	17
Сумська	83	5	Тернопільська	53	18
Вінницька	80	6	Рівненська	52	19
Київська	72	7	м. Київ	49	20
Полтавська	72	8	Чернігівська	48	21
Волинська	71	9	Львівська	47	22
Черкаська	71	10	Кіровоградська	44	23
Чернівецька	68	11	Донецька	32	24
Житомирська	66	12	Луганська	18	25
Херсонська	66	13			

Блок індикаторів з оцінки ефективності окремої моделі служби крові представлений відносними величинами інтенсивності: виготовлення продукції на одну зайняту посаду та на одну одиницю обладнання (методом аферезу).

За кількістю прийнятих донорів на одну зайняту посаду найвищий показник зафіксовано у Одеській області – 282,1 донора, в середньому по Україні цей індикатор склав 118,2 донора. Далі стали Чернігівська (256,5), Тернопільська (190,7), Миколаївська (187,70) і Львівська (181,3) області. Значно менше прийнятих донорів зареєстровано в Донецькій (60,0), Чернівецькій (72,1), Черкаській (72,9), Кіровоградській (75,5) і Рівненській (78,4) областях. Менше середньої величини

показника по Україні зареєстровано у 13 областях, де знаходяться 52% центрів крові та 46% структурних підрозділів, що ведуть заготовлення крові.

За кількістю донацій на одну займану посаду при середньоарифметичній величині, зареєстровано найвищий показник у Сумській області – 514,7 донацій, у Одеській (482,9), Чернігівській (352,9), Тернопільській (251,0) і Миколаївській (235,4) областях. Найменші рівні показника зафіксовано у Кіровоградській (84,9), Чернівецькій (97,8), Рівненській (99,7), Херсонській (109,1) і Луганській (112) областях.

Важливою лишається оцінка ефективності використання персоналу задіяного на заготовленні крові і виготовлення її компонентів. Для такої оцінки

використали два індикатора: «об'єм заготовленої консервованої крові» і «кількість КТ аферезного» на 1 зайняту посаду за профілем діяльності.

Так, за об'ємом консервованої крові заготовленою на одну зайняту посаду при показнику по Україні 109,9 л, значно більший об'єм заготовили у Сумській області (847,4), Одеській (244,1), Тернопільській (182,4), Чернігівській (176,5) та в Житомирській (120,3) областях. Значно менший об'єм консервованої крові зафіксовано у Кіровоградській (39,1 л), Рівненській (53,2), Черкаській (53,6) і Харківській (61,7) областях.

Кількість заготовлених доз КТ аферезного стає актуальним у випадках значної крововтрати і лишається необхідно обов'язковим компонентом при лікуванні онкогематологічних захворювань, поширеність яких в Україні зростає. Значну кількість доз КТ, що перевищує середню кількість по країні (3,9 доз) зареєстровано в Миколаївській області (16,6) Київській (11,2), Одеській (8,8), Львівській (8,8) і в Житомирській (8,1) областях. Через відсутність обладнання не заготовляють КТ аферезний Чернігівська, Херсонська і Донецька області. Значно менше заготовили Кіровоградська (0,3 дози), Хмельницька (0,5), Тернопільська (0,9), Харківська (1,0) і Сумська (1,0) області.

В умовах обмежених ресурсів у країні особливо актуальним лишається інтенсивність використання обладнання. Індикатором оцінки експлуатації обладнання визначили об'єм плазми заготовленої аферезом на 1 апараті і кількість доз КТ аферезний заготовлених на 1-му апараті цитоплазмаферезу. Середній показник об'єму плазми заготовленому на одному апараті по Україні дорівнює 342,3 л, перевищення такого об'єму зафіксовано в Сумській (936,7), Житомирській (398,8) і в Дніпропетровській (262,6) областях. Значно менший об'єм плазми заготовили в м. Київ (10,2 л),

Кіровоградській (11,7), Полтавській (42,2), Київській (49,6), Одеській (50,8) і Хмельницькій (57,8) областях. Розрахунковий об'єм плазми, наприклад, рекомендований виробниками апаратів для центрів плазмаферезу: на один апарат на рік дорівнює 1000 л.

По кількості набраних балів у другому блоці «Ефективність діяльності» області розподілились за ранговими місцями наступним чином.

Формування макрооцінки областей за рейтингом займаних рангових місць здійснили шляхом складання балів набраних в обох блоках: «Забезпеченість населення» і «Ефективність діяльності».

Формування самозабезпечення населення області компонентами і препаратами донорської крові обумовлено рівнем розвитку донорства і визначається непрямим показником – «кількість донорів на 1000 нас.», який в 2,5 рази менший за середньоевропейського і досяг рівня «обмежене забезпечення лікарень еритроцитами». Кількість використання еритроцитів регулюють замовлення лікарень і цей показник на 1000 нас. по Україні менший за країни ЄС – 7,1 дози проти 33 доз, що напевно обумовлено нестачею інтенсивних і хірургічних технологій лікування. Дотримання балансу по кількості еритроцитів «заготовлено – видано в ЛЗ – списано по терміну придатності» існує в Сумській, Дніпропетровській, Запорізькій, Херсонській, Харківській, Полтавській і в Миколаївській областях та в м. Київ. Визначена інша тенденція – «малий об'єм використання – значний рівень списання по терміну» в Івано-Франківській, Тернопільській, Львівській, Київській, Житомирській і в Рівненській областях. В першій групі областей середнє співвідношення кількість відділень трансфузіології і центрів крові складає 17,5/2,1, у другій групі – 18,8/1,3.

Таблиця 2

## Розподіл областей за рейтинговими місцями у другому блоці «Ефективність діяльності»

Область	Кількість балів	Рейтингове місце	Область	Кількість балів	Рейтингове місце
Миколаївська	127	1	Полтавська	73	14
Житомирська	118	2	Київська	72	15
Дніпропетровська	115	3	Харківська	68	16
Сумська	113	4	Закарпатська	60	17
Одеська	112	5	Черкаська	60	18
Тернопільська	109	6	Чернівецька	58	19
Запорізька	105	7	Волинська	54	20
Львівська	105	8	Рівненська	50	21
Вінницька	100	9	Донецька	35	22
Чернігівська	88	10	Луганська	34	23
Івано-Франківська	83	11	Херсонська	23	24
Хмельницька	79	12	Кіровоградська	21	25
м. Київ	75	13			

Таблиця 3

Зведена макрооцінка регіонів служби крові областей за ранговим методом

Область	Кількість балів	Рейтингове місце	Область	Кількість балів	Рейтингове місце
Миколаївська	232	1	Чернігівська	136	14
Дніпропетровська	223	2	Харківська	132	15
Запорізька	207	3	Черкаська	131	16
Сумська	196	4	Чернівецька	126	17
Житомирська	184	5	Волинська	125	18
Вінницька	180	6	м. Київ	124	19
Одеська	170	7	Закарпатська	114	20
Хмельницька	167	8	Рівненська	102	21
Тернопільська	162	9	Херсонська	89	22
Львівська	152	10	Донецька	67	23
Полтавська	145	11	Кіровоградська	65	24
Київська	144	12	Луганська	52	25
Івано-Франківська	141	13			

З рівнем забезпечення КТа і еритроцитами найвищі показники зареєстровано в Дніпропетровській, Миколаївській і Запорізькій областях. Впливовими чинниками цієї проблеми необхідно визначити відсутність новітніх технологій виготовлення компонентів крові та децентралізація самої служби крові на рівні області: КТ з цільної крові не виготовляють всі області, п'ять областей не заготовляють КТ аферезний, тому «надлишку» донорів крові неможливо запропонувати альтернативні донації плазми або КТа та інше.

Забезпеченість препаратами крові залежить від наявності плазми для фракціонування, обсяг заготовлення якої в Україні менший в 4,5 разу від середньоєвропейського, крім Сумської області – 23,0 л проти 9,1 л в країнах ЄС на 1000 нас., але в наступній області (Волинській) – менше 6,5 л, а в останній – 0,5 л.

Ефективне використання наявних ресурсів вважають пріоритетним напрямком в діяльності служби крові у розвинутих країнах і особливо в країнах, що розвиваються, де всі ресурси обмежені. За оцінкою ефективності використання персоналу (кількість донорів, кількість донацій) однаково стабільно працюють Сумська, Одеська, Чернігівська, Тернопільська і Хмельницька області. Кількість апаратів для цитоплазмаферезу ефективно використовують для заготовлення плазми в Сумській області (936,7 л), Тернопільській, Запорізькій, Дніпропетровській і Миколаївській областях, але в 2,5–3,5 разу менше, ніж у

Сумській. Значна різниця в кількості доз КТа (від 16,6 до 0,3) обумовлює пошук причин у замовленні лікарень або через відсутність витратних матеріалів.

#### Висновки

Використання статистичних методів обрахунку індикаторів діяльності регіональних служб крові забезпечує об'єктивне оцінювання і визначення рангового місця кожної області.

Система макрооцінки дозволяє визначити проблемні розділи/напрямки діяльності регіональної служби крові та розробити коротко і довготермінові заходи щодо зменшення ризиків її діяльності.

Наявний дисбаланс по кількості еритроцитів у формулі «заготовлено – видано в ЛЗ – списано по терміну придатності» дозволяє провести корекцію для уникнення дисбалансу шляхом впровадження в регіональні служби крові системи управління запасами крові.

Підвищення ефективності в діяльності служби крові області можливо за умов модернізації технологій у регіональних службах крові у відповідності до потреб клінік у певних компонентах крові, що дозволить підвищити співвідношення «витрати – ефективність».

**Перспективи подальших досліджень:** детальна розробка індикаторів якості діяльності регіональної служби крові та України.



## Література

1. *Діяльність* закладів служби крові України у 2013 році : довідник П. М. Перехрестенко, Л. В. Назарчук [та ін.]. – Київ : ТОВ «Діавіта», 2014. – С. 67.
2. *Наличие, безопасность и качество продуктов крови* : доклад Секретариата ВОЗ. Документ EB 126/210/REC/2 Шестидесят третья сесия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения. 25 марта 2010 г. А 63/20 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [www.who.int/bloodproducts/ref-materialis](http://www.who.int/bloodproducts/ref-materialis). – Название с экрана.
3. *Угода* про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони [Електронний ресурс]. – Режим доступа : [www.kmu.gov.ua/kmu/docs/EA](http://www.kmu.gov.ua/kmu/docs/EA). – Назва з екрана.
4. *Organisation for Economic Co-Operation and Development* : Report, November, 2009 [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.oecd.org/16/0,3343,en\\_2649\\_34631\\_2085200\\_1\\_1\\_1,00](http://www.oecd.org/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1,00). – Title from screen.
5. *The collection, testing and use of blood and blood components in Europe, 2013, Report* [Electronic resource]. – Access mode : [www.edqm.eu/sites/default/files/the\\_collection\\_testing\\_and\\_use\\_of\\_blood\\_and\\_blood\\_components\\_in\\_Europe\\_2013\\_report](http://www.edqm.eu/sites/default/files/the_collection_testing_and_use_of_blood_and_blood_components_in_Europe_2013_report). – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 18.04.2017 р.

## Макрооценка деятельности региональных служб крови Украины

*А.Н. Чугриев*

Житомирский областной центр крови,  
г. Житомир, Украина

**Цель** – создать систему макрооценки состояния трансфузионной медицины в областях.

**Материалы и методы.** Критерии макрооценки определены методом Дельфи, а рейтинг каждой области – методом ранговой оценки. Критерии макрооценки поделены на 2 блока: «Обеспеченность населения» (5 критериев) и «Эффективность деятельности» (6 критериев).

**Результаты.** По сумме баллов каждого критерия определено рейтинговое место областей по блоку отдельно и по результатам двух блоков – ранговое место в Украине.

**Выводы.** Макрооценка с распределением по ранговым местам определила проблемные «узкие места» региональной службы крови каждой области, как по блокам, так и по отдельным индикаторам, что является обобщающими показателями некоторого распределения деятельности по трансфузионной медицине в области.

**Ключевые слова:** критерии макрооценки, донор, донации, концентрат тромбоцитов аферезный, количество консервированной крови, эритроциты, плазма, пригодная к фракционированию.

## Macroestimation of activity of regional services of blood of Ukraine

*A.M. Chuhriev*

Zhytomyr regional center of blood, Zhytomyr, Ukraine

**Purpose** – to create the system of macroestimation of the state of transfusion medicine in areas.

**Materials and methods.** The criteria of macroestimation are certain the method of Del'fi, and rating of every area – by the method of grade estimation. The criteria of macroestimation part on 2 blocks: Material «well-being of population» (5 criteria) and «Efficiency of activity» (6 criteria).

**Results.** After the sum of marks of every criterion defined the rating place of areas on a block separately and on the results of two blocks grade place on Ukraine.

**Conclusions.** A macroestimation with distributing after a rating place defined the problem «bottlenecks» of regional service of blood of every area, both on blocks and on separate indicators which are the summarizing indexes of certain section of activity from transfusion medicine in an area.

**Key words:** criteria of macroestimation, donor, donation, concentrate of thrombolytic of afferents, amount of the canned blood, red corpuscles, plasma is suitable for fractionating.

## Відомості про автора

**Чугриєв Анатолій Миколайович** – к.мед.н., головний лікар Житомирського обласного центру крові; вул. Кибальчича, 16, м. Житомир, 10009, Україна.

УДК 616-058:314.4(477.84)

Д.Г. Шушпанов<sup>1</sup>, Н.В. Шушпанова<sup>2</sup>

## Особиста відповідальність населення за стан власного здоров'я: соціально-економічні та демографічні особливості

<sup>1</sup>Тернопільський національний економічний університет, м. Тернопіль, Україна

<sup>2</sup>Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня, м. Тернопіль, Україна

**Мета** – виявити соціально-економічні та демографічні особливості особистої відповідальності населення за стан власного здоров'я, для підвищення ефективності державної політики охорони здоров'я.

**Матеріали та методи.** Матеріалом слугувало авторське соціологічне обстеження населення України (1200 респондентів) щодо оцінювання стану його здоров'я та соціально-економічних детермінант, які його визначають. Методи: соціологічного інтерв'ю, статистичного аналізу, кореляції, системного підходу.

**Результати.** За даними проведеного обстеження з'ясовано, що значна частина населення має низький рівень особистої відповідальності за стан власного здоров'я, при цьому її значення є відмінним серед населення різних вікових груп, типів поселень, населення із різним соціальним статусом, доходом, освітою тощо. Разом з цим, серед тих, хто немає жодних хронічних захворювань більша частка осіб, які вважають себе відповідальними за власне здоров'я, ніж серед тих, хто так не вважає.

**Висновки.** Особиста відповідальність населення за стан власного здоров'я значною мірою обумовлена демографічними та соціально-економічними детермінантами та є однією з причин нерівності у стані здоров'я, її підвищення має стати одним з ключових напрямків формування нової системи охорони здоров'я в Україні.

**Ключові слова:** здоров'я населення, особиста відповідальність за стан власного здоров'я, соціально-економічні детермінанти, нерівність.

### Вступ

Здоров'я населення визначається низкою детермінант: біологічних, медичних, соціально-економічних та інших. Роль тих чи інших детермінант змінюється з часом та залежить від розвитку суспільства. Останні десятиріччя у економічно розвинених країнах значна увага акцентується на соціально-економічних детермінантах (СЕД), таких як дохід, освіта, соціальний капітал та інші [4], які не тільки впливають на стан здоров'я населення безпосередньо, але й опосередковано, обумовлюючи рівень соціальної та особистої відповідальності населення за стан власного здоров'я (ОВНСВЗ). У цьому контексті формується і політика охорони здоров'я: поряд із забезпеченням доступності якісних медичних товарів та послуг (ДЯСТП) обов'язковою складовою є покращення СЕД та підвищення ОВНСВЗ. В Україні ґрунтовних досліджень з цього приводу немає. Немає й законодавчої бази. Розроблений законопроект Закону «Про засади державної політики охорони здоров'я», у якому вперше на законодавчому рівні в Україні серед пріоритетів державної політики охорони здоров'я зазначено «розвиток громадського здоров'я, поширення серед населення здорового способу життя...» [1] наразі не прийнятий Верховною Радою України (поданий у липні 2015 р.). При цьому з останнього варіанту проекту стаття про систему охорони громадського здоров'я виключена. При цьому існуючий механізм охорони здоров'я в

Україні неефективний, про що свідчать дані показників смертності та захворюваності [2]. Тому практичні дослідження, які б підтвердили або спростували доцільність урахування в системі державної системи охорони здоров'я (СОЗ) посилення ОВНСВЗ та СЕД, які з цим пов'язані, є для України актуальними.

**Мета роботи** – виявити соціально-економічні та демографічні особливості відповідальності населення за власне здоров'я для підвищення ефективності державної політики охорони здоров'я.

### Матеріали та методи

У рамках дослідження автором опитано 1200 респондентів з усіх регіонів України (за винятком тимчасово окупованої АР Крим). Анкета містила 40 запитань щодо оцінювання стану здоров'я та окреслення СЕД, які його визначають. Вибіркова сукупність була випадковою, стратифікованою за статево-віковими групами (особи від 18 років і старші), типом населеного пункту (місто / селище міського типу / село) та областями. **Методи:** соціологічного інтерв'ю (під час соціологічного обстеження), статистичного аналізу (обробка результатів соціологічного обстеження за допомогою програми SPSS), кореляції (виявлення залежностей між СЕД, станом здоров'я та рівнем відповідальності за власне здоров'я), системного підходу (розгляд демографічних параметрів, СЕД, індивідуальної поведінки та стану здоров'я як єдиної взаємопов'язаної системи).

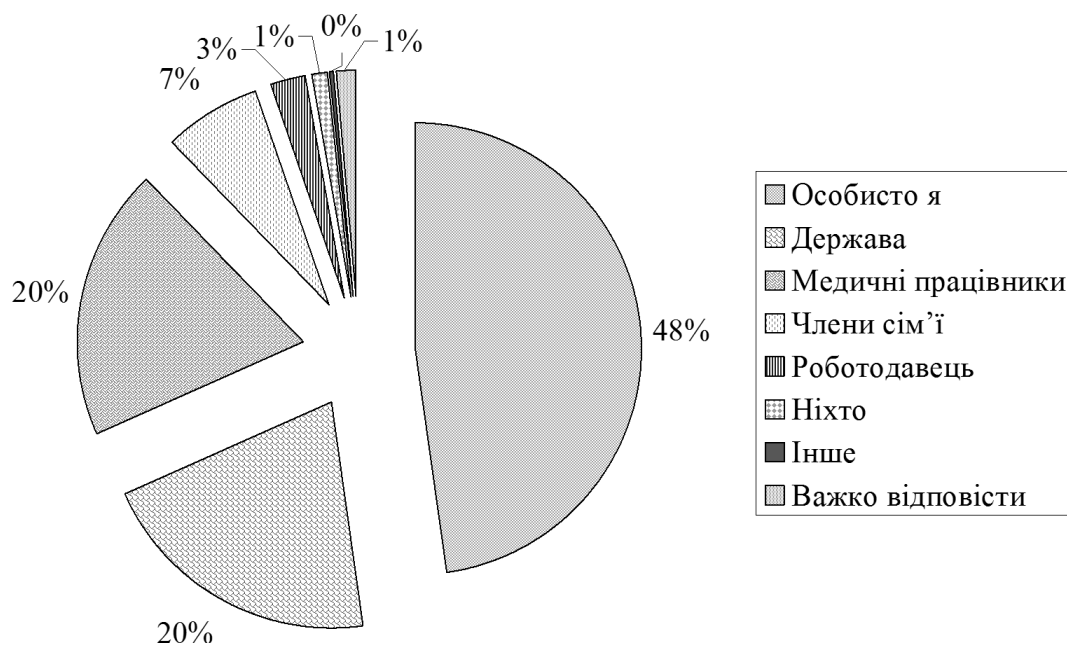
## Результати дослідження та їх обговорення

Існує два основні види відповідальності за стан здоров'я населення: соціальна та особиста. Соціальна пов'язана з розвитком суспільних та громадських інститутів, соціально-економічним, демократичним, організаційним рівнем розвитку країни. Цей вид відповідальності включає в себе забезпечення ДЯСТП, екологічну безпеку, розвиток СЕД, демократії, культури, дотримання норм етики, якості інформаційного простору та інші процеси, які можуть визначати здоров'я населення. Соціальна відповідальність залежить не тільки від керівників держави, але й від усіх публічних осіб, які тим чи іншим чином можуть впливати на ОВНСВЗ. Остання, як виходить з цього висновку, не може розглядатись опосередковано, а тільки як елемент загальної системи збереження здоров'я.

ОВНСВЗ пов'язують насамперед з дотриманням «здорового» харчування, фізичною активністю, відсутністю шкідливих звичок (тютюнопаління, надмірне споживання алкоголю, вживання наркотиків, ризикована сексуальна поведінка) тощо. На думку експертів,

дотримання цих правил дозволить суттєво скоротити рівень захворюваності та смертності від: ішемічної хвороби серця, цереброваскулярних хвороб, новоутворень, діабету, ожиріння [3] та інфекційних хвороб, які становлять загрозу для здоров'я населення України: туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гепатити В та С.

У рамках авторського соціологічного опитування респондентам пропонувалось визначити, хто є найбільш відповідальним за стан їх власного здоров'я. Особисто відповідальними за стан власного здоров'я вважає 84,7% осіб, що є позитивним результатом. Однак це склало лише 48% від усіх відповідей на це питання (на питання анкети: «Хто на Вашу думку є найбільш відповідальним за стан Вашого здоров'я» можна було вказати не одну дві чи три відповіді) (рис.). Відповідальність на державу покладають 36,3% опитаних (20,5% відповідей) та на медичних працівників – 34,6% (19,5%). Суттєвої різниці між розподілом відповідальних за стан власного здоров'я між чоловіками та жінками не виявлено. Особисту відповідальність вони розподіляють однаково, однак жінки дещо більше вважають відповідальними медичних працівників, а чоловіки – членів сім'ї.



**Рис.** Розподіл відповідей щодо відповідальності за стан власного здоров'я серед населення України (складено автором)

Не виявлено значних відмінностей й серед населення міських поселень та сільської місцевості. При цьому більш відповідальним сільські мешканці вважають державу, медичних працівників та членів сім'ї, а міські – особисто себе. У зв'язку з тим, що у містах населення має вищий рівень освіти, є більш інформованим, ніж у селах, можна зробити висновок про роль власне цих чинників у розподілі відповідальності за здоров'я. Це підтверджують дані відповідей по розподілу відповідальності за стан власного здоров'я серед осіб з різним рівнем освіти. Серед населення з неповною вищою освітою та вище

рівень особистої відповідальності значно вищий – 51% відповідей (проти 46% серед осіб з середньою та початковою освітою).

ОВНСВЗ змінюється з віком. Суттєво нижче вона серед населення старшого віку (понад 59 років) – лише 43% відповідей. У цьому віці населення більшу відповідальність за стан власного здоров'я покладає на державу (25%) та медичних працівників (22%). Це може бути пов'язано із стереотипами минулого, пов'язаних із тим, що держава має забезпечити лікування та медичний догляд, які притаманні старшому поколінню та вже

відсутні серед молоді. Зокрема державу як відповідальну за стан їх здоров'я, зазначають лише 16% респондентів віком 18–24 роки.

Високу кореляцію за результатами дослідження виявлено між рівнем ОВНСВЗ та соціальним статусом населення ( $r=0,685$ ;  $p \geq 0,01$ ;  $N=1200$ ). Тобто, чим вище ставлять респонденти себе у соціальній ієрархії, тим більше серед них тих, хто вважає себе особисто відповідальним за стан власного здоров'я (від 73,8% на найнижчій, першій ієрархії до 100% на найвищій, десятій сходинці). Практично аналогічні результати отримані під час порівняння рівня ОВНСВЗ та доходів, яке отримує населення ( $r=0,684$ ;  $p \geq 0,01$ ;  $N=1200$ ). Чим вищий дохід, тим більше відповідальність за стан власного здоров'я.

За результатами дослідження встановлено, що серед осіб віком 18–60 років (відповіді респондентів понад 59 років не враховано через високий рівень поширеності хвороб у цій віковій групі та нижчу частку особистої відповідальності за стан власного здоров'я серед них), які вважають с особисто себе відповідальними за стан власного здоров'я менше тих, хто має хронічні захворювання на органи дихання, травлення, нервової системи та новоутворення та більше

тих, хто немає. Це свідчить про те, що населення, яке є більш особисто відповідальним за стан власного здоров'я є більш здоровим та доводить необхідність посилення заходів щодо підвищення ОВНСВЗ.

### Висновки

ОВНСВЗ значною мірою обумовлена демографічними (вік) і соціально-економічними детермінантами (соціальний статус, дохід, освіта) та є однією з причин нерівності у стані здоров'я. Її підвищення має стати одним з ключових напрямків формування нової системи охорони здоров'я в Україні. Основними шляхами при цьому є поширення санітарної грамотності, доведення до різних груп населення (демографічних, соціальних) інформації про ризики для їхнього здоров'я та детермінанти, які його визначають.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з дослідженням впливу окремих складових низької ОВНСВЗ (низький рівень фізичної активності, «нездорове» харчування тощо) на стан здоров'я населення.

### Література

1. *Проект* Закону про засади державної політики охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_2?id=&pf3516=2409%E0&skl=9](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?id=&pf3516=2409%E0&skl=9). – Назва з екрана.
2. *Шушпанов Д. Г.* Причини та детермінанти надсмертності в Україні: порівняльний соціально-демографічний аналіз з країнами Європейського союзу // Економічний аналіз: зб. наук. праць / Тернопільський національний економічний університет; ред. кол.: В. А. Дерій (голов. ред.) [та ін.]. – Тернопіль : Видавничо-поліграфічний центр ТНЕУ «Економічна думка», 2016. – Т. 23, № 1. – С. 111–122.
3. *Freeman J.* Health, Medicine and Justice: Designing a Fair and Equitable Healthcare System / J. Freeman. – Friday Harbor, WA : Copernicus Healthcare, 2015. – 307 p.
4. *Health 2020.* A European policy framework and strategy for the 21st century [Electronic resource] / World Health Organization. – Access mode: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1). – Title from screen.

*Дата надходження рукопису до редакції: 18.04.2017 р.*

**Личная ответственность населения за состояние собственного здоровья: социально-экономические и демографические особенности**

Д.Г. Шушпанов<sup>1</sup>, Н.В. Шушпанова<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Тернопольский национальный экономический университет, г. Тернополь, Украина

<sup>2</sup>Тернопольская областная коммунальная клиническая психоневрологическая больница, г. Тернополь, Украина

**Цель** – выявить социально-экономические и демографические особенности личной ответственности населения за состояние собственного здоровья с целью повышения эффективности государственной политики здравоохранения.

**Материалы и методы.** Материалом послужило авторское социологическое обследование населения Украины (1200 респондентов) касательно оценки состояния его здоровья и социально-экономических детерминант, которые его определяют. **Методы:** социологического интервью, статистического анализа, корреляции, системного подхода.

**Результаты.** По результатам проведенного обследования установлено, что значительная часть населения имеет низкий уровень личной ответственности за состояние собственного здоровья, при этом ее значение отличается среди населения различных возрастных групп, типов поселений, населения с различным социальным статусом, доходом, образованием и т.д. Вместе с тем, среди тех, кто не имеет никаких хронических заболеваний больше доля лиц, считающих себя ответственными за собственное здоровье, чем среди тех, кто так не считает.

**Выводы.** Личная ответственность населения за состояние собственного здоровья в значительной степени обусловлена демографическими и социально-экономическими детерминантами и является одной из причин неравенства в состоянии здоровья. Ее повышение должно стать одним из ключевых направлений формирования новой системы здравоохранения в Украине.

**Ключевые слова:** здоровье населения, личная ответственность за состояние собственного здоровья, социально-экономические детерминанты, неравенство.

**Personal responsibility for health: socio-economic and demographic characteristics**

D.G. Shushpanov<sup>1</sup>, N.V. Shushpanova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ternopil National Economic University, Ternopil, Ukraine

<sup>2</sup>Ternopil Regional Communal Clinical Psycho and neurological Hospital, Ternopil, Ukraine

**Purpose** – to identify the socio-economic and demographic characteristics of personal responsibility for health in order to improve the effectiveness of public health policy.

**Materials and methods.** The material was the author's sociological survey of the population of Ukraine (1200 respondents) regarding the assessment of his health and the socio-economic determinants that determine him. **Methods:** sociological interview, statistical analysis, correlation, system approach.

**Results.** According to the results of the survey, a significant part of the population has a low level of personal responsibility for health, while its significance differs among people of different age groups, types of settlements, people with different social status, income, education Etc. At the same time, among those who do not have any chronic diseases, the proportion of those who consider themselves responsible for their own health is greater than among those who do not think so.

**Conclusions.** The personal responsibility for health is largely determined by demographic and socio-economic determinants and is one of the causes of inequality in the state of health. Its increase should become one of the key directions for the formation of a new health care system in Ukraine.

**Key words:** population of health, personal responsibility for health, socio-economic determinants, inequality.

**Відомості про авторів**

**Шушпанов Дмитро Георгійович** – к.е.н., доцент, докторант кафедри управління персоналом і регіональної економіки Тернопільського національного економічного університету, вул. Львівська, 11, м. Тернопіль, 46020, Україна.

**Шушпанова Наталія Володимирівна** – лікар-невропатолог інсультного відділення Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні, вул. Тролейбусна, 14, м. Тернопіль, 46027, Україна.

*Примітка.* У статтях збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.

Ю.В. Барінов

## Вплив порушень зорових функцій, що супроводжуються сліпотю і слабобаченням, на якість життя дітей раннього віку

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

На думку сучасних науковців вивчення складових якості життя є важливим компонентом оцінки так званого «соціального функціонування» пацієнта, опосередковано може свідчити про наявність або відсутність його комплаєнсу до обраної тактики лікування.

Сприйняття змін якості життя пацієнтом суб'єктивне, оскільки деякі з них можуть вважати своє життя зовсім незадовільним через незначні побутові труднощі, інші ж можуть бути повністю задоволеними, хоча об'єктивно їх життя сповнене проблем.

Метою проведення наукового дослідження стало вивчення змін компонентів якості життя у дітей перших років життя з вродженою патологією зорового аналізатора.

Матеріали та методи. Через складність кількісної оцінки та з метою запровадження стандартизованого уніфікованого підходу, в дослідженнях якості життя використовують стандартизовані опитувальники (шкали) різні блоки яких відображають різні сторони життя пацієнтів (денне функціонування, взаємовідносини в родині, соціальні стосунки, матеріальні, правові проблеми і безпека, самооцінка здоров'я, оцінка життя «в цілому») тощо. Для вивчення якості життя офтальмологічних хворих в різних закордонних наукових дослідженнях використовують анкети: Eye Quality of Life, 2010 (Eye-QOL); The Amblyopia Treatment Index, 2001 (AIT); Health Related Quality of Life for Exotropia, 2010; Paediatric Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire, 1998 (PRQLQ); Quality of Life in Children with Vernal Keratoconjunctivitis Questionnaire, 2007 (QUICK); Developmental Eye Movement Test, 2005 (DEM); College of Optometrists in Vision Development Quality of Life questionnaire, 2006; Vision related Quality of Life of Children and Young People, 2010 (VQoL\_CPY).

Отримані результати засвідчили, що наявність вродженої патології органа зору, починаючи з перших днів життя, має негативний вплив на якість життя, спроможність дітей оволодівати новими навичками та вміннями. Більшість (93,97%) батьків з основної групи хвилювалися, що їх дитина через порушення зорових функцій у ранньому віці, в майбутньому, коли подорослішає, не зможе читати, керувати автомобілем, дивитися телевизор. Суттєвішою виявилася різниця в оцінках впливу порушення функцій зору на формування

навичок ходити, бігати, стрибати ( $78,36 \pm 2,53$  станд од. в основній проти  $94,26 \pm 1,39$  станд од. в контрольній, різниця 16,7%,  $p < 0,001$ ). Наявність порушень зорових функцій у дитини раннього віку має вплив на відносини в родині. Достовірно більше батьків з основної групи хвилюються про зір своєї дитини ( $60,46 \pm 1,46$  станд. од. в основній проти  $84,11 \pm 1,32$  станд. од. в контрольній, різниця 28,12%,  $p < 0,001$ ). Більшість респондентів з контрольної групи засвідчили, що не витрачають час на піклування про зір дитини ( $97,25 \pm 1,11$  станд. од. в контрольній групі проти  $38,75 \pm 3,17$  станд. од., різниця 60,15%,  $p < 0,001$ ), в той час, як батьки з основної групи змушені витрачати час, відриваючи його від інших членів родини (турботи про інших дітей, дідусів і бабусь), оскільки відчувають зобов'язання виконувати призначення окуліста (закапування крапель, накладання пов'язки, виконання вправ, тощо). Більшість батьків, які мали дитину з порушенням зору від народження мали проблеми з проведенням призначеного лікування ( $64,77 \pm 3,38$  станд. од.), більшість впевнені, що дитина відчуває дискомфорт від призначеного дитячим окулістом лікування ( $89,93 \pm 1,59$  станд. од.) та переживають, коли їх дитина відмовляється від лікування ( $21,81 \pm 3,64$  станд. од.). Меншою виявилася різниця в основній і контрольній групі оцінки впливу порушення зору на формування особистості ( $75,82 \pm 1,27$  станд од. в основній проти  $84,81 \pm 1,57$  станд. од. в контрольній, різниця 10,6%,  $p < 0,001$ ). Так, батьки дітей з основної групи відмічають, що незважаючи на порушення зорових функцій, діти гарно спілкуються з однолітками, їм подобається гратися та знаходити спільну мову з братами, сестрами, друзями, дивитися телевизор або грати у відеоігри. Це також може бути пов'язано із середнім віком дітей, батьки яких прийняли участь в опитуванні, оскільки вік дитини до 3-х років є раннім для формування особистості. Відповідно, саме такий вік є сприятливим для медичного втручання з наступною реабілітацією, метою яких є відновлення (набуття) зорових функцій.

Висновки. Результати дослідження змін компонентів якості життя є інформативними щодо майбутнього соціального функціонування дитини, її родини, відношення її близьких до захворювання та призначеного лікування, його виконання.

В.І. Білак–Лук'янчук<sup>1</sup>, В.В. Брич<sup>2</sup>

## Подолання стигми та дискримінації щодо ВІЛ-позитивних пацієнтів в закладах охорони здоров'я

<sup>1</sup>Закарпатський Центр з профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород, Україна

<sup>2</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Згідно даних Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні спостерігається друга за величиною епідемія ВІЛ-інфекції серед країн Східної Європи та Центральної Азії [1]. За оціночними даними в країні мешкає 19% людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), від загальної кількості ЛЖВ в цьому регіоні та припадає 25% смертей від оціночної кількості смертей від СНІДу, розрахованої для країн Східної Європи та Центральної Азії [2]. Складні політична та економічна ситуація в країні в свою чергу сприяють погіршенню ситуації.

Зусилля охорони здоров'я на світовому рівні призвели до значних успіхів в напрямку подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Тому основні зусилля необхідно зосередити на активізації профілактики ВІЛ-інфекції, забезпеченні лікуванням ВІЛ-позитивних осіб, зниженні рівня стигми і дискримінації по відношенню до людей, які живуть з ВІЛ. Відомим є той факт, що високий рівень стигматизації та дискримінації у зв'язку з ВІЛ/СНІДом є одним з факторів, що сприяє поширенню епідемії ВІЛ-інфекції у країні [2].

Стигма і дискримінація, пов'язані з ВІЛ/СНІД, чинять серйозний психологічний вплив на самосвідомість ВІЛ-позитивних людей, викликаючи депресію, понижуючи самооцінку людини, та призводять до важких емоційно-психологічних наслідків. Дані порівняльного аналізу результатів національних досліджень 2010, 2013 та 2016 років «Показник рівня стигми ЛЖВ-Індекс Стигми», проведеного БО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», демонструють, що рівень стигматизації залишається на високому рівні [6, с. 34–35]. Крім того, аналіз життєвих історій ВІЛ-позитивних клієнтів показує, що зовнішня стигма і дискримінація, часто призводять до самодискримінаційних рішень, включаючи відмову від антиретровірусної терапії та медичної допомоги, в цілому.

Особливої актуальності питання зниження стигматизації ЛЖВ з боку медичних працівників набуває в умовах реформування системи медичної допомоги населенню України та інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІД в систему первинної медичної допомоги та загальну медичну мережу [6, с. 138–139]. Реформування галузі охорони здоров'я повинно спрямовуватися на європейські стандарти, що зорієнтовані на людину та захист її прав [5]. В Конституції України зазначається, що найвищою соціальною цінністю є збереження та зміцнення здоров'я нації. Соціальна відповідальність за процес реструктуризації охорони здоров'я покладається на державу, бізнес та громадськість [7].

Аналіз медичної документації, зокрема положень про порядок медичного відбору та направлення пацієнтів на санаторно-курортне лікування, виявив дискримінаційні елементи по відношенню до людей, що живуть з ВІЛ. А саме, серед загальних протипоказань для направлення хворих до реабілітаційних відділень санаторно-курортних закладів області вказано: «ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД». Це обмежує можливість ВІЛ-позитивних пацієнтів отримувати весь спектр необхідної медичної допомоги та реабілітаційних послуг для підтримання та збереження здоров'я.

До основних причин виникнення стигми та дискримінації відносяться: недостатня обізнаність медичних працівників щодо шляхів передачі ВІЛ, клінічних проявів ВІЛ-інфекції, неадекватна оцінка ризиків інфікування, особливостей епідеміології та страх інфікуватися на робочому місці внаслідок цього; наявність стереотипів щодо ВІЛ позитивних пацієнтів як людей з асоціальною поведінкою; відсутність навичок у медичного персоналу щодо особистого захисту під час надання допомоги ВІЛ-інфікованим; низька поінформованість про права пацієнтів, що живуть з ВІЛ [3]. Стигма та дискримінація залишаються однією з головних перешкод до надання якісної допомоги ВІЛ-позитивним пацієнтам в закладах охорони здоров'я [4].

Подолання стигми та дискримінації по відношенню до ВІЛ-позитивних пацієнтів в закладах охорони здоров'я можливо шляхом розробки та впровадження навчальних програм в курси підготовки медичних кадрів на перед- та післядипломному рівнях і відповідної підготовки викладачів. Доцільним було б використати в Україні досвід європейських країн щодо подолання стигми та дискримінації ВІЛ-інфікованих з боку медичних працівників.

### Література

1. *Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІД (GARPR – Global AIDS Response Progress Reporting 2016)*. Звітний період: січень 2015 р. – грудень 2015 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/hiv\\_aids/monitoring/garpr](http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/hiv_aids/monitoring/garpr). – Назва з екрана.
2. *Інформаційний бюлетень № 45, 2016. «ВІЛ-інфекція в Україні*». ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», ДУ «Інститут епідеміології та

- інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України». – С. 7–11.
3. *Оцінка виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 2009–2013 роки в Україні : зведений звіт / ЮНЕЙДС Україна, 2013. – 79 с.*
4. *Попередження стигми та дискримінації у зв'язку з ВІЛ по відношенню до медичних працівників та пацієнтів медичних закладів: керівництво для викладачів і матеріал для учасників тренінгів / Міжнар. організація праці. Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІД, 2012.*
5. *Проект Концепції Державної програми реформування системи охорони здоров'я. – Режим доступу: [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua).*
6. *Профілактична медицина. Епідеміологія, мікробіологія, вірусологія, паразитологія, інфекційні хвороби. Матеріали третьої національної науково-практичної конференції «За кожне життя разом: прискорення до мети 90-90-90», № 3-4 (27)/ 2016, додаток. ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В.Громашевського Національної академії медичних наук України».*
7. *Слабкий Г.О. Проблеми кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я / Г.О. Слабкий. – Режим доступу : [www.eu-shc.com.ua](http://www.eu-shc.com.ua).*

*О.С. Брижовата, В.Є. Полищук*

## **Вплив підвищення кваліфікації сімейних лікарів на залучення людей, які живуть з ВІЛ, до каскаду медичних послуг в загальній системі охорони здоров'я України: досвід проекту USAID|RESPECT**

**БО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД», м. Київ, Україна**

Україна продовжує залишатися країною з високим рівнем поширення ВІЛ, а стигма і дискримінація щодо людей, які живуть з ВІЛ/СНІД (далі – ЛЖВ), залишається основною проблемою при наданні кваліфікованої допомоги медичними працівниками. При цьому, значна частина ЛЖВ стикається із труднощами при зверненні за медичною допомогою через ВІЛ-позитивний статус. За результатами дослідження серед ЛЖВ, проведеного у 2016 році, майже кожен десятий (8%) з опитаних протягом останнього року стикався з проявами стигматизації та дискримінації у медичній сфері. Порівняно із результатами 2013 р. цей показник зменшився не значимо (–2%). Зокрема з відмовами у медичному обслуговуванні у 2016 р. стикалися 7% опитаних, а 2% респондентів відмовляли у послугах в сфері сексуального та репродуктивного здоров'я. Частота відмов у медичному обслуговуванні значимо зменшується у кожній із хвиль опитування, порівняно із попередньою. Так, у 2013 р. вона сягала 11%, а в 2010 р. – 20%. Більшість відмов (89%) мали місце у медичних закладах, які не спеціалізуються на лікуванні ЛЖВ.

Мета. Оцінити вплив підвищення кваліфікації сімейних лікарів, на залучення ЛЖВ до каскаду медичних послуг в загальній системі охорони здоров'я.

Матеріали. Одним із напрямів роботи проекту USAID|RESPECT «Зменшення стигми та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ, до представників груп найвищого ризику в медичних закладах України», є включення до навчальних планів програм до- та післядипломної підготовки лікарів та медичних сестер тематичних блоків з питань запобігання та зменшення стигми та дискримінації. Аналіз діючої робочої програми циклів післядипломної освіти сімейних лікарів показав, що на висвітлення питань надання медичної допомоги ЛЖВ та представникам груп

найвищого ризику (ГНР) в медичних закладах первинної ланки відводиться всього 6 годин практичних занять, а до програми передатестаційних циклів спеціалізації питання ВІЛ-інфекції/СНІДу взагалі не включені. Проте, роль сімейних лікарів у каскаді послуг ВІЛ-інфікованим особам в Україні значна вагоміша, ніж здається на перший погляд. Оскільки саме від сімейного лікаря очікується знання життєвого та сімейного анамнезу пацієнтів, розуміння їх поведінкових особливостей. Зважаючи на необхідність, він може вчасно проконсультувати пацієнта стосовно доступності тестування на ВІЛ, його проведення та інтерпретації результатів, а також скерувати на лікування. Важливу роль, також, відіграє й можливість здійснення сімейним лікарем контролю прихильності до лікування та оцінки його результатів. Таким чином, вкрай необхідною є підготовка сімейних лікарів з питань діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, опортуністичних захворювань; набуття навичок з консультування ВІЛ-інфікованих пацієнтів; оволодіння методикою проведення ДКТ та недопущення стигматизації та дискримінації представників ГНР та ЛЖВ на робочому місці. Виходячи із нагальної потреби, за технічної підтримки проекту USAID|RESPECT було розроблено та затверджено Національною медичною академією післядипломної освіти ім. Шупика навчальний план та уніфікована програма 5-ти денного циклу тематичного удосконалення (ТУ) «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем». Програму також затверджено до викладання Вченими Радами факультетів післядипломної освіти Львівського національного медичного університету. Дніпропетровської медичної академії МОЗ України. ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава), та Одеського національного медичного університету.



Результати. Завдяки технічній підтримці проекту 38-м викладачів кафедр сімейної медицини відповідних навчальних закладів пройшли підготовку з питань викладання циклу. 270 сімейних лікарів з 11-ти регіонів України пройшли навчання на циклі ТУ. Результати навчання свідчать, що загальний рівень знань учасників після навчання підвищився з 60% до 82%. Окрім того, у результаті проведеного навчання, посилюється зв'язок та співпраця на регіональному рівні між сімейними лікарями, представниками громадських організацій та спеціалізованими лікувальними закладами.

Висновки. Завдяки проведеному навчанню в 4 рази збільшилась кількість перенаправлених пацієнтів

сімейними лікарями до пунктів проведення ДКТ, та залучення ВІЛ-інфікованих пацієнтів до каскаду медичних послуг. При цьому, основними причинами перенаправлення пацієнтів були наявні клінічні симптоми (тривалі лихоманки, пітливість, грибкові інфекції, герпес, супутні захворювання), а не приналежність цих людей до груп ризику. Разом з тим, інформація, яку отримали лікарі, надали їм змогу краще зрозуміти, яким чином поводити себе у роботі та спілкуванні з ВІЛ-позитивними пацієнтами. Це дало змогу подолати певні бар'єри і непорозуміння у комунікації між сімейними лікарями та ВІЛ-позитивними пацієнтами.

Ю.В. Бурдим, В.Г. Слабкий, О.М. Ратаніна

## Динаміка планової ємності амбулаторно-поліклінічних закладів

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

У 2015 р. порівняно з 2014 р. виявлено зростання на 0,37% загальноукраїнського показника планової ємності амбулаторно-поліклінічних закладів на 10 тис. осіб населення, що відбулось у т.ч. у зв'язку з передачею відомчих закладів Укрзалізниці на місцеві бюджети. В 15 областях України зареєстровано вищі регіональні показники планової ємності амбулаторно-поліклінічних закладів порівняно із

загальноукраїнськими. У 2015 р. в 14 областях країни показник мав тенденцію до зростання, у 9 – до скорочення відносно 2014 р. Найвищі рівні зафіксовано у Кіровоградській (298,7 на 10 тис. осіб населення, тис. відвідувань на зміну), Дніпропетровській (293,9 відповідно) областях та в м. Київ (292,3 відповідно); найнижчі – у Волинській області (179,4 відповідно), (табл.).

Таблиця

Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів на 10 тис. осіб населення, тис. відвідувань на зміну (2014–2015 рр.)

Адміністративна територія	Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів на 10 тис. осіб населення, тис. відвідувань на зміну		Аналіз показника планової ємності амбулаторно-поліклінічних закладів на 10 тис. осіб населення, тис. відвідувань на зміну (2015 р. відносно 2014 р.)
	2014 р.	2015 р.	
Україна <sup>1</sup>	213,4	214,2	зростання на 0,37%
Автономна Республіка Крим	-	-	-
Вінницька	217,4	217,9	зростання на 0,22%
Волинська	178,7	179,4	зростання на 0,39%
Дніпропетровська	288,3	293,9	зростання на 1,94%
Донецька	- <sup>2</sup>	- <sup>2</sup>	- <sup>2</sup>
Житомирська	263,4	261,3	зниження на 0,79%
Закарпатська	237,2	237,4	зростання на 0,08%
Запорізька	223,5	228,6	зростання на 2,28%
Івано-Франківська	196,6	197,1	зростання на 0,25%
Київська	229,0	229,7	зростання на 0,31%
Кіровоградська	298,0	298,7	зростання на 0,23%
Луганська	- <sup>2</sup>	- <sup>2</sup>	- <sup>2</sup>
Львівська	202,8	198,8	зниження на 1,97%

Продовження таблиці

Миколаївська	219,6	219,1	зниження на 0,23%
Одеська	208,0	206,1	зниження на 0,91%
Полтавська	264,5	258,6	зниження на 2,23%
Рівненська	245,4	247,8	зростання на 0,97%
Сумська	243,8	241,9	зниження на 0,77%
Тернопільська	204,6	204,2	зниження на 0,20%
Харківська	243,1	248,3	зростання на 2,14%
Херсонська	200,8	201,8	зростання на 0,50%
Хмельницька	200,5	202,8	зростання на 1,15%
Черкаська	243,3	245,6	зростання на 0,96%
Чернівецька	192,3	192,2	зниження на 0,05%
Чернігівська	240,3	243,5	зростання на 1,33%
м. Київ	297,6	292,3	зниження на 1,78%
м. Севастополь	-	-	-

Примітки: <sup>1</sup> – без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції; <sup>2</sup> – інформація не оприлюднюється через низьку надійність даних, на підставі яких здійснюється розрахунок.

Таким чином, за аналізований період у більшості областей України виявлено позитивну тенденцію до зростання планової ємності амбулаторно-поліклінічних

закладів системи МОЗ України на 10 тис. осіб населення, що відбулось у тому числі за рахунок передачі відомчих закладів Укрзалізниці на місцеві бюджети.

*Ю.А. Варченко*

## Внесок неурядових організацій у полодання проблеми туберкульозу в Україні

БО «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІД», м. Київ, Україна

**В** умовах неналежного дотримання інфекційного контролю та вартісного стаціонарного лікування туберкульозу ВООЗ рекомендує якнайширше використовувати амбулаторне лікування пацієнтів з ТБ із залученням широкого кола надавачів інтегрованих послуг. Оптимальним для пацієнта з ТБ на амбулаторному етапі лікування є організація щоденної доставки препаратів та їх контрольований прийом по місцю проживання. Насьогодні державні органи влади, за незначним виключенням, не здійснюють фінансування таких послуг. Альтернативним джерелом фінансування стала допомога міжнародних організацій, завдяки чому стала можливість надання послуг в лікуванні ТБ неурядовими організаціями (НУО). Ефективність діяльності НУО базується на кількох рівнях їхнього контролю: донорського, державного, громадськості та самоконтролю. Власне кажучи, відкритість і контрольованість НУО є запорукою ефективного використання коштів.

Мета. Оцінити ефективність лікування туберкульозу на амбулаторному етапі пацієнтів з чутливим туберкульозом, що перебували на супроводі в НУО субреципієнтів Благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІД» (надалі – БО «Мережа»).

Матеріали та методи. Представлено результати лікування 4615 пацієнтів із туберкульозом зі збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів (1–3 категорії лікування), що перебували на супроводі в НУО субреципієнтів БО «Мережа» протягом 2016 року по всіх регіонах України. З них група пацієнтів, що були звільнені з ув'язнення складала 476 осіб, пацієнти з поєднаною інфекцією ТБ/ВІЛ складала 2026 осіб та пацієнти з ТБ (без ВІЛ-інфекції та ті, що не були звільнені з ув'язнення) складала 2113 осіб. Послуги НУО включали наступне: доставка протитуберкульозних препаратів клієнтам за місцем їх проживання; надання інформаційної, що стосується DOTS-супроводу та побічних реакцій протитуберкульозних препаратів; надання психологічної та мотиваційної підтримки. Дані по кількості і результатам лікування пацієнтів з чутливим туберкульозом взято з інформаційної бази CASE++ БО «Мережа». Діяльність була реалізована в рамках проекту «Інвестиції заради впливу на епідемії ТБ та ВІЛ-інфекції» за кошти Глобального фонду за напрямком «Соціальний супровід на етапі амбулаторного лікування ТБ» та «Соціальний супровід лікування ВІЛ-позитивних осіб з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ».

Результати та аналіз. Результати лікування для 4615 осіб із вперше встановленим чи рецидивом ТБ із

збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів (1–3 категорія хворих на ТБ) – це близько 14% від оціночної кількості пацієнтів 1-3 категорій за 2016 рік в Україні. Ефективність лікування всіх груп пацієнтів з чутливим туберкульозом, що перебували на супроводі в неурядових організаціях на амбулаторному етапі склала понад 85% для всіх груп. Найвища ефективність спостерігалася для групи пацієнтів, у яких не було ВІЛ-інфекції та не було факту звільнення з ув'язнення, складала 94,7% (2002 особи). У груп пацієнтів з ТБ, що звільнилися з ув'язнення, та пацієнтів з ТБ/ВІЛ ефективність лікування була ідентична і складала відповідно 86,8% (417 осіб) та 85,8% (1739 осіб). Отже, вказана модель супроводу супровід пацієнтів з туберкульозом є ефективною інтервенцією, що сприяє досягненню результату ефективного лікування не нижче 85% за умови припинення бактеріовиділення або його відсутності у пацієнта на попередньому етапі лікування.

Головним індикатором ефективності супроводу пацієнтів з туберкульозом, за яким можна оцінити якість супроводу пацієнта НУО, є показник відсотка пацієнтів, що відірвалися від лікування. У наших груп пацієнтів з ТБ/ВІЛ та групи з ТБ цей показник становив відповідно 2,8% (57 осіб) та 2,2% (46 осіб), тобто не відрізнявся для цих груп. Зовсім інша картина спостерігалася у групи осіб з ТБ, що звільнилися з ув'язнення. У цієї групи відсоток осіб, що відірвалися від лікування, становив 11,6% (55 осіб), що складало загалом 87,3% випадків в структурі неефективного лікування. Відношення шансів (OR) відриву від лікування у цієї групи в кілька разів перевищувало показники групи пацієнтів з ТБ (OR=6,5) та групи пацієнтів з ТБ/ВІЛ (OR=4,3). Причини такого високого числа відривів від лікування у щойно звільнених осіб потребує додаткового аналізу та вочевидь лежать в сфері соціальної дезадаптації та індивідуальних потреб осіб, що звільнилися з ув'язнення. Вочевидь для зниження відриву від лікування ТБ в цих осіб слід розширити спектр послуг.

Звертає на себе увагу те, що невдача лікування у групи з ТБ/ВІЛ (2,2%, 4 особи), та групи з ТБ (1,7%, 35 осіб) не відрізнялися між собою, окрім низького показника для групи щойно звільнених (0,8%, 4 особи). Це вочевидь свідчить про адекватність схем і доз препаратів для лікування чутливого ТБ. Про це також додатково свідчить низький показник смертності серед груп звільнених осіб (2 померлих, 0,4%) та групи осіб групи з ТБ відповідно (30 померлих, 0,1%). Чого не скажеш про групу осіб з ТБ/ВІЛ, де відсоток померлих склав 9,2% (186 осіб), а відношення шансів (OR) смертності у групи ТБ/ВІЛ в кілька разів перевищувало такі порівняно з групою щойно звільнених (OR=25) та групою з ТБ (OR=10). Тобто для ТБ/ВІЛ основною причиною неефективного лікування туберкульозу у 64,8% випадках була смертність.

В ході реалізації проекту НУО, крім основної діяльності по супроводу пацієнтів з ТБ із збереженою чутливістю, було реалізовано ряд задач, що сприяли налагоджуванню інтегрованих послуг та міжсекторальної взаємодії між різними надавачами послуг хворим з ТБ. А саме: налагоджено комунікацію між фтизіатричною службою та центрами СНІДу, відкрито доступу до пацієнтської бази хворих на ТБ фтизіатрами центрів СНІДу, налагоджено обмін інформацією для звірки даних по пацієнтам, створено алгоритми передачі протитуберкульозних препаратів неурядовим організаціям, налагоджену звірку даних з базою e-TB Manager, в базу e-TB Manager внесено рядок про соціальний супровід пацієнта з ТБ з диференціацією надавача послуг. Проведення тренінгів для працівників НУО сприяло поширенню знань з туберкульозу серед населення. Послуги по супроводу пацієнтів з ТБ через НУО були запроваджені у всіх регіонах України, що дало змогу ознайомитися з такою моделлю супроводу пацієнтів з ТБ не лише медичну службу, а й місцеві органи влади. Реалізація проекту дає змогу розрахувати вартість супроводу одного пацієнта на амбулаторному етапі лікування, виявити проблеми та показати шляхи їх усунення, розробити чіткі налагоджені механізми надання інтегрованих послуг пацієнтам з ТБ з метою подальшої їх передачі на місцевий, регіональний та загальнодержавний рівень.

Висновки:

1. Послугами супроводу ТБ зі збереженою чутливістю в 2016 році скористалося 4615 клієнтів організацій-субреципієнтів БО «Мережа».

2. Ефективність лікуванні ТБ зі збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів серед пацієнтів, що отримували послуги супроводу неурядовими організаціями (щодення доставка препаратів, інформаційна, мотиваційна, психологічна підтримка) за умови досягнення абацилювання/відсутності бактеріовиділення на початку лікування на попередньому етапі лікування становила не менше 85%.

3. Найвищий показник ефективності лікування ТБ зі збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів в межах 94,7% було досягнуто у групи пацієнтів з чутливим ТБ, в яких була відсутня ВІЛ-інфекція та вони не були щойно звільненими з ув'язнення.

4. Основною причиною неефективного лікування ТБ у пацієнтів, щойно звільнених з ув'язнення, були відриву від лікування – 87,3% випадків.

5. Основною причиною неефективного лікування ТБ у групи пацієнтів з ТБ/ВІЛ була смертність – 64,5% випадків.

6. Невдача лікування у всіх групах ТБ зі збереженою чутливістю – не була основною причиною неефективного лікування в жодній із груп та не перевищувала 2,2%.

*Г.М. Виноградова, В.І. Висоцький*

## **Включення питань етики громадського здоров'я в навчальні програми підготовки медичних кадрів**

**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна  
Навчально-науковий центр – Український тренінговий центр сімейної медицини**

**Г**оловне завдання галузі громадського здоров'я полягає в забезпеченні умов, щоб люди були здоровими, мали фізичне, розумове, духовне і соціальне благополуччя шляхом організації спільної, колективної роботи суспільства в рамках сфери діяльності громадського здоров'я. Власне це те, що ми як суспільство робим спільно для забезпечення умов, у яких люди будуть здоровими. Громадське здоров'я базується на певних принципах і цінностях, які використовуються при вирішенні етичних питань, направлених на пошук часом нелегких компромісів між індивідуальними та колективними потребами, підтриманням балансу між всезагальним добром та громадянськими свободами окремої людини.

Мета. Обґрунтування доцільності включення до навчальних програм підготовки фахівців громадського здоров'я питань щодо формування у них вірного уявлення про етику, як науку про суть, закони виникнення, розвиток і функції моралі, про відносини між людьми і обов'язки, які випливають з цих відносин, ключові принципи і правила етики сучасних систем громадського здоров'я.

Результати. В умовах становлення в Україні нової системи громадського здоров'я її фахівці повинні ґрунтувати свої дії на етичних цінностях та враховувати юридичні процедури та норми. Етика – це наука, що займається визначенням моральних цінностей людських прагнень і вчинків. Існують чотири ключові принципи етики: автономність, милосердя, уникнення шкоди, справедливості та чотири правила етики, а саме: правдивість, особисте життя, конфіденційність, вірність.

До кола першого напрямку застосування етики громадського здоров'я (ГЗ) в щоденній практиці можуть входити такі етичні питання, як повага, гідне та справедливе ставлення до людей, надання допомоги пацієнтам під час прийняття ними рішень. Слід зазначити, що етика ГЗ зосереджує увагу на потребах населення чи соціуму, на протидію потребам індивіда (пацієнта). Етичні цінності у сфері ГЗ складають такі положення, як: найбільше благо (здоров'я) для найбільшої кількості людей, сприяння зміцненню здоров'я та зниження кількості хвороб (куріння, зайва вага, вакцинація), аналіз економічної ефективності (економічні фактори, громадянські свободи), медичні фактори (наприклад, негативні наслідки вакцинації). Етичні принципи ГЗ включають наступні положення, а саме:

1) ГЗ повинне орієнтуватися на основоположні причини захворювань та вимог до здоров'я, а також мати на меті попередження негативних результатів впровадження ряду заходів з охорони здоров'я.

2) ГЗ має забезпечити досягнення здоров'я у громаді у спосіб, що поважає також права окремих осіб у громаді.

3) Політики, програми та пріоритети у сфері ГЗ слід розробляти та оцінювати на основі процесів, які забезпечують можливість брати до уваги вклад членів громади.

4) ГЗ повинне передбачати пропагандистсько-інформаційну діяльність та роботу для розширення прав і можливостей також тих членів громади, яких було позбавлено громадянських прав, орієнтовану на забезпечення усім особам доступу до базових ресурсів та умов, необхідних для збереження здоров'я.

5) ГЗ повинне передбачати пошук інформації, необхідної для впровадження ефективних політик та програм, що захищають здоров'я та сприяють його зміцненню.

6) Заклади ГЗ повинні надавати громадам інформацію, необхідну для прийняття рішень щодо політик або програм, а також повинні отримувати згоду громади на впровадження таких політик або програм.

7) Заклади ГЗ мають діяти своєчасно з огляду на наяву в них інформацію та в рамках ресурсів і повноважень, наданих їм громадськістю.

8) Програми та політики у сфері ГЗ повинні включати у себе цілу низку підходів, що передбачають та поважають різні цінності, з точки зору культурних особливостей громади.

9) Програми та політики у сфері ГЗ повинні реалізовуватися у спосіб, який найбільше сприяє розвитку фізичного та соціального середовища.

10) Заклади ГЗ повинні захищати конфіденційність інформації, що може нашкодити окремій особі чи громаді, якщо стане відомою широкому загалу. Винятки повинні бути виправдані на основі високої ймовірності завдання значної шкоди таким особам чи громадам.

11) Заклади ГЗ мають забезпечити професійну компетентність своїх працівників.

12) Заклади ГЗ та їхні працівники повинні долучатися до співпраці з іншими закладами охорони здоров'я, насамперед первинної медичної допомоги, та об'єднувати зусилля у способи, що зміцнюють довіру громади та ефективність закладів ГЗ.

Другим важливим направленням етики громадського здоров'я є етичні питання при проведенні біомедичних досліджень. Неможливо проводити фундаментальні наукові дослідження і застосовувати їх результати в терапії без проведення експериментальних

досліджень за участю людей, які отримали назву «клінічних досліджень» або «дослідів на людині». Діяльність дослідників регламентується низкою нормативно-правових документів, в тому числі і в Україні, які базуються на положенні Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину (Ов'єдо, 4 квітня 1997 р.). Згідно з цими положеннями, наукові цілі клінічних випробувань на людях повинні бути обґрунтовані, ясно викладені в спеціальному протоколі, схвалені незалежним етичним комітетом. Правила проведення досліджень з участю людей у ролі досліджуваних включають: поінформовану згоду, вільне право вийти з експерименту в будь-який час, розбір (розгляд) експерименту та техніка безпеки, конфіденційність. Моральні принципи проведення експериментів на тваринах також потребують використовувати різні моделі і біологічні системи *In vitro*, використовувати мінімальну кількість тварин, звести до мінімуму заподіювані незручності, страждання і біль, застосовувати седативні, наркотичні і інші знеболювальні речовини.

Таким чином, особливого значення набуває включення в освітні навчальні програми підготовки працівників громадського здоров'я питань про ключові принципи і правила етики ГЗ та виховання моральних

переконань у дослідників при проведенні наукових досліджень. В навчальні цілі програми необхідно включати такі основні концепції етики та деонтології, як вчення про моральні норми і правила, що визначають взаємини людей в сім'ї, суспільстві, побуті і трудової діяльності, історію ГЗ, принципи і правила етики ГЗ, механізми реалізації етичних основ в медицині, різницю між медичною етикою і етикою ГЗ, а також нормативно-правові документи про захист прав і переваги людини в зв'язку з використанням досягнень в біології та медицині. В навчальному процесі слід раціонально використовувати методи наочного навчання, розв'язувати етичні питання на прикладі ситуаційних задач, роботі в малих групах та ролевих іграх. Наприкінці навчання, слухачі повинні набувати певні компетенції щодо вміння використовувати етичні принципи при наукових дослідженнях, виявляти та враховувати етичні питання при розробці політик, програм та пріоритетів в боротьбі з хворобами та їх профілактики, вміти виявляти етичні дилеми при вирішенні конкретних практичних випадків у сфері ГЗ та інші.

Висновки. Включення питань етики в навчальні програми з питань ГЗ призведе до виховання у фахівців громадського здоров'я та медичних працівників, з якими вони тісно співпрацюватимуть, необхідних морально-етичних принципів, які стануть для всіх них професійним обов'язком і справою професійної честі та гідності.

*Ю.В. Вороненко, О.П. Гульчій, Н.М. Захарова,  
І.М. Хоменко, К.В. Балашов, С.М. Туряниця, Е.В. Іорк*

## **Комунікаційна компетенція як складова комплексного навчання фахівців громадського здоров'я**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна  
ДУ «Донецький обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України», м. Краматорськ, Україна

Нещодавно прийнята Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні закладає засади переорієнтації фокусу системи охорони здоров'я від політики лікування до політики зміцнення, збереження здоров'я населення, однією з передумов реалізації цього підходу є покращення комунікаційних процесів у т.ч. за рахунок формування та вдосконалення комунікаційних компетентностей його учасників.

**Мета.** Обґрунтування формування комунікаційної компетенції фахівців сфери громадського здоров'я, як однієї з основних складових навчальних програм додипломного та післядипломного етапів освіти.

**Матеріали та методи.** Аналітичний, історичний, медико-статистичні.

**Результати.** Класичні підходи профілактичної діяльності, які відомі ще з стародавніх часів, були посилені та оновлені досягненнями сучасних наукових дисциплін, таких як фізіологія, гігієна, епідеміологія, мікробіологія, психологія, соціологія тощо.

Видатні лікарі та діячі медичної науки передбачали майбутнє медицини в сенсі розвитку профілактики у

взаємодії з лікувальною медициною. Сьогодні профілактична діяльність – це невід'ємна частина функціонування системи охорони здоров'я, яка реалізується комплексом медичних, санітарно-технічних, гігієнічних та соціально-економічних заходів.

Певні результати профілактичної роботи системи охорони здоров'я за останні десятиріччя мають свої позитивні наслідки. Проте сучасні вимоги суспільства, глобальні виклики, принципові зміни комунікаційних технологій потребують подальшого розвитку та модернізації класичних профілактичних методик та навіть самої парадигми. Взаєморозуміння того, що виключно сама система охорони здоров'я не в змозі вирішити всі питання, які обумовлюють здоров'я людини, ставить в порядок денний аспекти міжсекторальної та мультидисциплінарної взаємодії задля створення сприятливих умов щодо підвищення особистої відповідальності кожного громадянина за власне здоров'я.

Сучасні комунікаційні технології спрямовані як на окрему людину, на цільову групу або на громаду в цілому. Якість інформаційного обміну між фахівцями/

керівниками/партнерами та відповідно населенням/людиною може бути визначена за критеріями покращення доступності, розуміння та використання відповідного повідомлення задля промоції їх здоров'я. Чіткість та доступність, прозорість та своєчасність надання інформації з питань збереження здоров'я – це ті важливі риси комунікаційної взаємодії, які здатні протистояти негативному впливу агресивної бізнес-реклами.

Як показують дослідження, що проводилися останнім роком в Україні основними джерелами, з яких населення та медичні представники отримують інформацію щодо ключових змін в системі охорони здоров'я, залишаються телебачення (біля 40%), родичі та знайомі (33%), медичні працівники (понад 10%), мас-медіа (понад 7%), представники влади (біля 4,0%). Слід відмітити, що наведений майже класичний розподіл джерел інформації трансформується під все більш відчутним впливом розвитку Інтернет ресурсів, у першу чергу соціальних мереж.

Сьогодні в Україні є професіонали, які обрали саме профілактичний напрямок медицини як справу свого життя, це досвідчені та мотивовані фахівці медико-профілактичного напрямку діяльності, які щодня, фахово організують моніторинг, аналіз, контроль за багатьма захворюваннями, як інфекційної так й неінфекційної етіології – це працівники обласних та районних центрів моніторингу та контролю за захворюваністю. Функціональні обов'язки представників центрів охоплюють коло важливих питань профілактичної діяльності, а саме: інформування населення щодо переваг здорового способу життя, проведення лабораторних досліджень щодо стану навколишнього середовища, якості харчових продуктів, епідагляду тощо. Задля реалізації цих функцій на сучасному рівні якості, ефективності та оперативності перед керівниками та працівниками цих закладів стоїть низка питань: недостатність фінансування, застаріла матеріальна база та потреба у підвищенні кваліфікації працівників.

Сучасні навчальні програми додипломного та післядипломного етапів освіти поки ще не готові забезпечити працівників охорони здоров'я та суміжних сфер навчальними програмами з питань промоції здоров'я та формування комунікативних компетенцій.

Міжнародний досвід щодо реалізації відповідних навчальних програм поки залишається лише прикладом, який слід вивчати, адаптувати та реалізовувати у навчальних закладах країни. Традиційні національні технології санітарно-просвітньої роботи та методи покращення гігієнічного навчання населення можуть значною мірою оновитися за рахунок надбань колег з інших країн світу. Так, наприклад, цікавим може стати

досвід країн Європи та Північної Америки, де навчання лікарів комунікаційним принципам та особливостям співпраці з мас-медіа набув значного розвитку, в США реалізуються навчальні програми для магістрів та докторів філософії за спеціальністю «Масові комунікації в науці та охороні здоров'я», дворічна магістерська онлайн-програма «Комунікації в охороні здоров'я» в Університеті Іллінойса включає курси «Комунікації в охороні здоров'я та сім'ї», «Соціальний маркетинг для охорони здоров'я та зміни поведінки», тощо.

Сучасні комунікаційні процеси в громадському здоров'ї – технологічно, організаційно різноманітна взаємодія з обміну інформацією представників різних сфер професійної діяльності та громадськості, спрямовані на консолідацію зусиль задля збереження та укріплення здоров'я населення.

Від кожного учасника комунікаційного процесу, особливо представників управлінського ешелону сфери громадського здоров'я, очікується відповідна підготовка, яка включає теоретичну базу знань, сформовані практичні навички щодо використання спектру методів та засобів підтримки та забезпечення ефективності цього процесу, а також постійний особистісний розвиток у цьому напрямі. Мета діяльності центру комунікацій в охороні здоров'я Школи громадського здоров'я Гарвардського університету стає прикладом глибокого розуміння важливості та сучасної актуальності питань формування комунікаційних компетенцій: «Ключовий виклик, що стоїть перед фахівцями охорони здоров'я – мобілізувати сили масової комунікації, щоб надихнути людей прийняти здоровий спосіб життя, щоб привернути увагу управлінців до важливих питань охорони здоров'я, а також оформити ці питання для публічного обговорення та вирішення».

Висновок. Розвиток комунікаційних компетенцій є найскладнішою та водночас найактуальнішою потребою у формуванні якісного кадрового потенціалу сфери громадського здоров'я.

Формування фахових навичок щодо здійснення ефективної комунікаційної взаємодії міжсекторальних та мультидисциплінарних груп, об'єднань, організацій, діяльність яких забезпечує збереження здоров'я населення є принциповим критерієм оцінювання життєздатності будь-якої освітньої програми підготовки фахівців сфери громадського здоров'я. Це нарізний критерій професійних якостей фахівців (бакалаврів, магістрів, докторантів) та сучасний виклик для освітніх медичних закладів додипломного, післядипломного етапів підготовки, перепідготовки та забезпечення постійного професійного розвитку кадрів сфери громадського здоров'я.

Ю.Ю. Габорець, О.О. Дудіна, С.В. Дудник

## Динаміка показника живонароджених дітей на 1 тис. осіб наявного населення

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

За попередніми даними в 2016 р. спостерігається тенденція до скорочення кількості народжень в Україні на 4,67% з 10,7 на 1 тис. осіб наявного населення в 2015 році до 10,2 на 1 тис. осіб наявного населення в 2016 році. У всіх областях України, за винятком м. Київ, відбулось зниження рівня показників народжуваності.

В 2016 р. в 10 регіонах країни показники кількості народжень вищі та в 13 областях нижчі за загальноукраїнський показник народжуваності. Найвищі показники зафіксовані у Рівненській області (13,5 на

1 тис. осіб наявного населення), у Закарпатській області (12,7 відповідно), у Волинській області (12,5 відповідно), у м. Київ (12,5 відповідно). Найнижчий рівень народжуваності спостерігається у Сумській області (8,0 на 1 тис. осіб наявного населення) (табл.).

Таким чином, за попередніми даними у 2016 р. спостерігається зниження як загальноукраїнського рівня народжуваності так і регіональних рівнів народжуваності у всіх областях країни, за винятком м. Києва.

Таблиця

Кількість та динаміка живонароджених на 1 тис. осіб наявного населення, 2015–2016 рр (%)

Адміністративна територія	Кількість живонароджених на 1 тис. осіб наявного населення, (%)		Аналіз змін показника народжуваності за регіонами країни (2016 р. відносно 2015 р.)
	2015 рік	2016 рік <sup>1</sup>	
Україна <sup>1</sup>	10,7 <sup>2</sup>	10,2 <sup>2</sup>	зниження на 4,67%
Вінницька	10,2	9,6	зниження на 5,88%
Волинська	12,8	12,5	зниження на 2,34%
Дніпропетровська	10,2	9,6	зниження на 5,88%
Донецька	... <sup>3</sup>	... <sup>3</sup>	----- <sup>3</sup>
Житомирська	11,0	10,5	зниження на 4,54%
Закарпатська	13,3	12,7	зниження на 4,51%
Запорізька	9,4	9,0	зниження на 4,25%
Івано-Франківська	11,3	10,6	зниження на 6,19%
Київська	11,7	11,0	зниження на 5,98%
Кіровоградська	9,7	9,1	зниження на 6,18%
Луганська	... <sup>3</sup>	... <sup>3</sup>	----- <sup>3</sup>
Львівська	11,0	10,7	зниження на 2,72%
Миколаївська	9,9	9,3	зниження на 6,06%
Одеська	11,5	11,1	зниження на 3,48%
Полтавська	9,3	8,7	зниження на 6,45%
Рівненська	13,9	13,5	зниження на 2,88%
Сумська	8,8	8,0	зниження на 9,09%
Тернопільська	10,1	9,4	зниження на 6,93%
Харківська	9,2	8,9	зниження на 3,26%
Херсонська	10,7	10,2	зниження на 4,67%
Хмельницька	10,6	9,9	зниження на 6,60%
Черкаська	9,2	8,6	зниження на 6,52%
Чернівецька	11,7	11,3	зниження на 3,41%
Чернігівська	8,7	8,2	зниження на 5,74%
м. Київ	12,3	12,5	зростання на 1,62%

<sup>1</sup>Дані попередні; <sup>2</sup>Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції; <sup>3</sup>Здійснення розрахунків по Донецькій та Луганській областях є некоректним у зв'язку з відсутністю інформації по частині зони проведення антитерористичної операції.

*М.В. Голубчиков, Н.М. Орлова, Т.В. Степанова*

## **Тематичне удосконалення лікарів з питань кодування захворювань, причин смерті та моніторингу стану здоров'я населення на кафедрі медичної статистики**

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

**М**оніторинг та оцінка стану здоров'я населення є необхідною умовою здійснення науково обґрунтованої управлінської діяльності у системі охорони здоров'я. Ефективність управління у значній мірі залежить від вірогідності тієї медико-статистичної інформації, яка покладається в основу прийняття управлінських рішень та моніторингу їх виконання. Саме тому удосконалення організації статистичного обліку, підготовка лікарів з питань технології ведення форм первинної облікової медичної документації, кодування причин смерті та захворювань у відповідності до міжнародних стандартів становить один із важливих напрямів її вирішення. З цією метою на кафедрі медичної статистики розроблено навчальний план та програму циклу тематичного удосконалення «Сучасні підходи до кодування захворювань, причин смерті та моніторингу стану здоров'я населення».

Цикл тематичного удосконалення розрахований на підготовку лікарів різних лікувально-діагностичних відділень закладів охорони здоров'я, лікарів-статистиків, завідувачів відділень, керівників закладів охорони здоров'я.

Тематичний цикл проводиться за очною або очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання тривалістю 1 місяць (156 год.) і 0,5 місяці (78 годин). Очно-заочна форма циклу ТУ з елементами дистанційного навчання розширює можливості доступу лікарів та організаторів охорони здоров'я до післядипломної освіти за програмою ТУ; сприяє збільшенню кількості фахівців, які зможуть пройти підготовку, з одночасним зменшенням витрат на навчання, проїзд і проживання, забезпечує формування у слухачів почуття особистої відповідальності; опанування слухачами навичок самостійної роботи.

Загальновідомо, що для працівників сфери громадського здоров'я моніторинг стану здоров'я населення є одним з основних напрямків діяльності, саме тому розроблена кафедрою медичної статистики програма включає всі необхідні розділи для того, щоб поглибити теоретичні знання лікарів з питань моніторингу стану здоров'я населення, сформувані необхідні навички з обліку та кодування захворювань і причин смерті у відповідності до сучасних міжнародних вимог. Зокрема, навчальний план та програма циклу тематичного удосконалення передбачають висвітлення: проблем та напрямів реформування системи охорони здоров'я України та удосконалення її інформаційного забезпечення; загальних підходів до моніторингу та оцінки стану здоров'я населення; практики та перспектив використання сучасних інформаційних технологій у роботі практичного

лікаря та у забезпеченні моніторингу стану здоров'я населення; порядку використання Міжнародної класифікації хвороб для кодування захворювань і причин смерті населення; методики аналізу та сучасних тенденцій у стані здоров'я населення України.

Слід відмітити, що навчальна програма циклу розроблена із врахування міжнародних підходів до моніторингу та оцінки за інформативної підтримки «МЕТІДА» (проєкту з технічної допомоги в сфері моніторингу і оцінки та ефективності використання даних). Старший викладач кафедри Степанова Т.В., яка є куратором даного циклу, успішно пройшла навчання у літній школі з моніторингу та оцінки для викладачів вищих навчальних закладів, яка проводилась МБФ «Альянс Громадського Здоров'я». У розділі програми «Загальні підходи до моніторингу та оцінки стану здоров'я населення» передбачено висвітлення наступних питань: Основні поняття та визначення, типи моніторингу та оцінки. Моніторинг та оцінювання: основні функції, спільне та відмінне. Моніторинг та оцінювання, які базуються на результатах, їх відмінність від традиційних. Моніторинг та особливості його проведення. Індикатори, їх роль та значення в процесі моніторингу. Вихідні дані для моніторингу, джерела, первинні та вторинні дані. Планування моніторингової діяльності, рівні, методи та інструменти моніторингу. Основні підходи до оцінювання. Теорія змін та її основні складові, графічне представлення та використання. Логічна рамка, її використання, можливості та обмеження.

Позитивною рисою навчальної програми є також включення до неї розділу «Практика та перспективи використання сучасних інформаційних технологій у роботі практичного лікаря та у забезпеченні моніторингу стану здоров'я населення», так як запровадження сучасних інформаційних технологій суттєво оптимізує процес статистичного збору, зведення та аналізу інформації про стан здоров'я населення, але потребує постійної підготовки лікарів з окреслених питань.

Навчальні години на місячному циклі розподіляються наступним чином: 56 годин лекційного часу, 34 годин семінарських та 66 годин практичних занять. На двохтижневому циклі: 20 годин лекцій, 20 – семінарських, 38 – практичних занять. У разі очно-заочної форми циклу з елементами дистанційного навчання 50% занять (за рахунок лекцій та семінарів) проводиться дистанційно.

Достатня кількість годин (50,0% при очній та очно-заочній формах) відведених на практичні заняття дозволить слухачам сформувати практичні навички щодо заповнення форм первинної облікової документації для



реєстрації випадків смерті та захворюваності із використанням МКХ, зокрема, оволодіти алгоритмами послідовного запису діагнозу та формулювання основного захворювання в розділі «причина смерті» лікарського свідоцтва про смерть, технологією кодування причини смерті у відповідності до МКХ, технологією заповнення талону для записів заключних діагнозів (ф. 025–2/о) та кодування діагнозу у відповідності до МКХ, а також технологією заповнення форм перинної облікової документації, за допомогою яких здійснюється реєстрація інфекційних захворювань, туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, венеричних, грибкових онкологічних захворювань.

Для формування практичних навичок у лікарів на кафедрі реалізуються різноманітні форми навчання: вирішення ситуаційних завдань, сформованих на підставі викопіювання даних з історій хвороби і лікарських свідоцтв про смерть, кодування свідоцтв про смерть з перехресною перевіркою правильності, перевірка правильності формулювання діагнозу та його кодування у талоні для реєстрації заключного діагнозу. На практичних заняттях також використовується розроблена під егідою ВООЗ навчальна комп'ютерна програма RUTENDON, яка спрямована на формування у лікарів розуміння концепції, принципів побудови МКХ, а також відпрацювання практичних навичок щодо кодування захворюваності та причин смерті з використанням МКХ. Позитивною рисою комп'ютерної навчальної системи

навчання є її модульна побудова, що дозволяє викладачу гнучко моделювати навчальний процес, плануючи та використовуючи модулі у найдоречніший для кожного слухача послідовності. Це дозволяє враховувати початковий рівень підготовки та фах лікарів, а також індивідуальні темпи та особливості роботи кожної особи. Процес навчання відбувається у вигляді активного діалогу з навчальною програмою, кожний крок в опануванні програми оцінюється комп'ютерною системою і даються настанови щодо подальшої тактики навчання (можливість продовження або необхідність повернення до попередніх підрозділів). Лікарі з цікавістю працюють з даною навчальною програмою, яка весь час концентрує їх, увагу і спонукає до постійної активної самостійної роботи. Слід відмітити, що у разі такої методики навчання засвоєння технології використання МКХ-10 та опанування практичних навичок із кодування захворюваності та причин смерті слухачами відбувається більш усвідомлено та швидшими темпами, порівняно з використанням традиційних ситуаційних завдань.

Навчання лікарів на циклі ТУ «Сучасні підходи до кодування захворювань, причин смерті та моніторингу стану здоров'я населення» сприятиме безперервному професійному розвитку лікарів, підвищенню вірогідності медико-статистичних даних про стан здоров'я населення та удосконаленню інформаційного забезпечення управління системою здоров'я населення.

*М.В. Голубчиков, Т.В. Степанова*

## Протидія ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ в офіційних документах України

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

**Т**уберкульоз (ТБ) у 2015 році залишався провідною причиною смерті в структурі смертності від інфекційних і паразитарних хвороб в Україні (46,5%), меншою є частка померлих від причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (31,9%). Таким чином, в структурі смертності від інфекційних і паразитарних хвороб на ТБ і ВІЛ-інфекцію разом припадає 78,3%. ТБ і ВІЛ-інфекцію називають «смертельним дуєтом», тому що кожна з цих епідемій підвищує ризик, підсилює шкоду і ускладнює зусилля, спрямовані на викорінення іншої. ТБ залишається головним вбивцею людей, які живуть з ВІЛ, на нього припадає кожна друга смерть, пов'язана зі СНІДом в Україні.

Лікування ТБ і ВІЛ також тісно пов'язане. Якщо заклади, які надають допомогу не можуть інтегрувати або пов'язати послуги з ТБ і ВІЛ на необхідному рівні, втрачаються можливості для виявлення людей, які потребують лікування, і порятунку їх життя. За даними досліджень антиретровірусна терапія (АРТ) знижує ризик інфікування ТБ серед ВІЛ-інфікованих на 65%. Як відомо, недіагностованих і запущених ТБ, погіршує та прискорює розвиток ВІЛ-інфекції. У 2012 році ВООЗ опублікувала рекомендації, які містять 12 конкретних науково-обґрунтованих видів діяльності, необхідних для

покращання медичних послуг і клінічних результатів для людей з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, або тих, які знаходяться в зоні ризику ТБ і ВІЛ-інфекції.

Метою нашого дослідження було проведення аналізу заходів, які вживаються відповідно до рекомендацій ВООЗ, для забезпечення узгодженої протидії ко-інфекції ТБ/ВІЛ в системі громадського здоров'я України.

Матеріали та методи. Для аналізу були відібрані основні документи, які регламентують діяльність в сфері ТБ і ВІЛ-інфекції на державному рівні, а саме: «Стратегія забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року» та план заходів щодо її реалізації, затверджені розпорядженням Кабінету Міністрів України від 22 березня 2017 р. № 248-р (Стратегія), «Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» (Програма протидії ВІЛ/СНІДу на 2014–2018 роки), проект «Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2017–2021 роки», який розміщений на сайті МОЗ України для громадського обговорення (проект Концепції програми протидії ТБ на 2017–2021 роки), «Загальнодержавна

цільова соціальна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки» (Програма протидії ТБ на 2012–2016 роки).

Результати. За результатами дослідження було визначено, що Програма протидії ВІЛ/СНІДу на 2014–2018 роки включає лише 2 з 12 спільних заходів протидії ко-інфекції ТБ/ВІЛ, які стосуються забезпечення діяльності Національної, регіональних та місцевих рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу та нагляду за дотриманням вимог інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я усіх форм власності та соціальних служб. Такі заходи, як забезпечення вільного доступу до консультивання і тестування на ВІЛ, діагностики, медикаментозної профілактики і лікування опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань не містять визначеного пріоритету для пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ. Разом з тим, в очікуваних результатах виконання зазначеної програми визначені 2 показники, які стосуються ко-інфекції: кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які хворі на ТБ та отримали лікування від ТБ та ВІЛ-інфекції і рівень смертності від ТБ серед хворих з поєднаною інфекцією ВІЛ/ТБ. Програма протидії ТБ на 2012–2016 рр. містила 7 з 12 спільних заходів протидії ко-інфекції ТБ/ВІЛ. Цією програмою, додатково до заходів, визначених в Програмі протидії ВІЛ/СНІДу на 2014–2018 рр., передбачалося: розроблення порядку координації та виконання плану спільних заходів щодо протидії захворюванню на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ, визначення індикаторних показників оцінки спільної діяльності протидії ко-інфекції на 2012–2016 роки, забезпечення обов'язкового проведення до- і післятестового консультивання і тестування на ВІЛ-інфекцію хворих на ТБ, забезпечення 100% доступу хворих на ко-інфекцію до профілактичного лікування котримоксазолом, застосування мультидисциплінарного підходу до надання медичної допомоги хворим на ко-інфекцію і забезпечення доступу хворих на ко-інфекцію до АРТ. В проєкті Концепції програми протидії ТБ на 2017–2021 рр. виділяються 6 з 12 спільних заходів протидії ко-інфекції ТБ/ВІЛ з акцентом на активне виявлення ТБ в групах підвищеного ризику, зокрема серед ВІЛ-інфікованих, та забезпечення двічі на рік скринінгу людей, які живуть з ВІЛ, на латентний та активний ТБ, проведення профілактичного лікування, при цьому профілактичне лікування котримоксазолом не виділяється в окремий захід. В свою чергу, в новій Стратегія, яка містить лише 3 з 12 спільних заходів протидії ко-інфекції ТБ/ВІЛ вперше передбачається розроблення та впровадження технічних рішень щодо забезпечення сумісності інформаційних систем з питань протидії ТБ та ВІЛ-інфекції/СНІДу з метою обміну даними щодо поширення зазначених

захворювань, випадків їх лікування, що дозволить визначити релевантні дані в масштабі України щодо розповсюдженості ВІЛ серед хворих на ТБ і розповсюдженості ТБ серед ВІЛ-інфікованих.

Висновки. Тягар підтримки основних заходів в сфері ко-інфекції ТБ/ВІЛ в Україні покладається на Програму протидії ТБ. Незважаючи на посилення інтеграції на центральному рівні шляхом створення Центру громадського здоров'я МОЗ України, зберігається недостатність координації на нижчих рівнях, тому що програми ТБ і ВІЛ функціонують в різних вертикалях. Україна знаходиться в процесі реформування національної системи охорони здоров'я, але сфери відповідальності за ко-інфекцію ТБ/ВІЛ не врегульовані. Брак координації на рівні органів місцевого самоврядування створюватиме ще більшу нестабільність, обласні ради не усвідомлюватимуть пріоритетності заходів проти ко-інфекції ТБ/ВІЛ або ТБ, якщо вони не відображені в стратегічних документах на національному рівні і не фінансуватимуть їх, тому що мають фінансувати багато інших проблем в медицині і охороні здоров'я окрім ТБ і ВІЛ. Крім того, викликає занепокоєння стійкість програм ТБ і ВІЛ, які підтримуються донорським фінансуванням, робота яких ускладнюється слабкою координацією і поганою забезпеченістю людськими ресурсами.

Розділення систем ускладнює відстеження пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, тому істинний масштаб епідемії оцінити майже неможливо. Офіційні статистичні дані щодо ко-інфекції отримані від протитуберкульозної служби і служби профілактики та боротьби зі СНІДом дуже відрізняються, що унеможливило їх порівняння.

Рівень захворюваності на активний ТБ у поєднанні з ВІЛ-інфекцією в Україні, за даними протитуберкульозної служби, з 2010 р. збільшився на 49,4% до 13,0 на 100 тис. населення у 2015 році. Проте він все одно не досягає середнього оціночного показника визначеного ВООЗ для України на рівні 20 на 100 тис. населення. Це свідчить про низький рівень діагностики ТБ у ВІЛ-інфікованих. Співпраця в сфері ТБ/ВІЛ має отримати пріоритетний статус, при цьому основна увага має приділятися скринінгу ВІЛ-інфікованих на ТБ для отримання ними доступу до профілактики, тестуванню, лікуванню, догляду у зв'язку з ТБ.

Результати проведеного дослідження будуть використані при обґрунтуванні моделі надання медичної допомоги хворим на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ на основі механізмів інтеграції між протитуберкульозною службою та службою профілактики та боротьби зі СНІДом для підвищення якості та ефективності обслуговування хворих.

Т.С. Грузєва, Л.І. Галієнко

## Протидія та контроль за неінфекційними захворюваннями: нові перспективи в умовах формування системи громадського здоров'я в Україні

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

**П**роблема протидії і контролю за неінфекційними захворюваннями (НІЗ) залишається однією з найбільш актуальних соціально-медичних проблем в Україні і світі, оскільки саме НІЗ роблять найбільш вагомий внесок у загальний тягар хвороб і структуру смертності в усіх країнах світу.

Служби громадського здоров'я більшості країн світу визначили стратегію попередження і скорочення поширеності НІЗ пріоритетом діяльності і докладають зусиль для її реалізації з широких міжсекторальних позицій. Такий підхід є цілком виправданий, оскільки у глобальному вимірі 31,3% смертей спричинено хворобами системи кровообігу (ХСК), 13% – злоякісними новоутвореннями, що підтверджується даними Доповіді про ситуацію у сфері НІЗ у світі (ВООЗ, 2014 р.).

Добре відомими є причини епідемії НІЗ, серед яких провідними є значна поширеність поведінкових та біологічних чинників ризику розвитку захворювань, негативні тенденції до зростання, які потребують моніторингу та корекції. Про вагомий внесок чинників ризику розвитку НІЗ у глобальний тягар нездоров'я свідчить той факт, що на глобальному рівні підвищений кров'яний тиск призвів до 9,4 млн смертей, куріння – 6 млн, алкоголь – 3,3 млн, низька фізична активність – 3,2 млн, надмірне споживання солі – 1,7 мільйона смертей.

У Європейському регіоні ВООЗ (ЄР ВООЗ) боротьба з НІЗ входить до першочергових завдань служб громадського здоров'я, оскільки внесок НІЗ у загальний тягар хвороб перевищує загальносвітовий і щорічно зумовлює понад 80% випадків передчасної смертності. Майже половина усіх випадків смерті населення Європи пов'язана із ХСК.

В Україні НІЗ, зокрема ХСК, злоякісні новоутворення, цукровий діабет тощо обумовлюють 86% глобального тягара хвороб та мають негативну тенденцію до зростання. Найбільшою мірою населення України потерпає від ХСК, які займають перше місце у структурі смертності (67,3%) та первинної інвалідності дорослого населення (23%). У 2015 р. частка ХСК і злоякісних новоутворень становила понад 80% загальної структури смертності населення, а разом з хворобами органів дихання та органів травлення – понад 86%.

Протягом 2015 р. смертність від ХСК збільшилася на 4,7%, від злоякісних новоутворень – на 4,4%, від цукрового діабету – на 8,8%. Зростання захворюваності населення України на рак, цукровий діабет й інші НІЗ пов'язується із сучасними масштабами поширеності серед населення чинників ризику їх розвитку.

У рейтингу країн ЄР ВООЗ Україна посідає четверте місце за величиною стандартизованих показників смертності населення внаслідок ХСК, смертності

населення працездатного віку внаслідок онкологічних хвороб, поширеності куріння серед чоловіків, п'яте місце – за споживанням алкоголю на душу населення.

Національним і зарубіжним досвідом роботи служб громадського здоров'я доведено можливість протидії і контролю за НІЗ шляхом реалізації профілактичних програм і проєктів. Стратегічні орієнтири у боротьбі з епідемією неінфекційних захворювань окреслено цілою низкою документів ВООЗ та ЄРК ВООЗ: Основи нової Європейської політики в охороні здоров'я «Здоров'я-2020» (2012 р.), Рамкова конвенція ВООЗ по боротьбі з тютюном (2003 р.), План дій для Глобальної стратегії з профілактики НІЗ і боротьби з ними на 2008–2013 роки (2008 р.), Глобальна стратегія у сфері раціону харчування, фізичної активності і здоров'я (2004 р.), Глобальна стратегія скорочення шкідливого вживання алкоголю (2008 р.), План дій з реалізації Європейської стратегії профілактики і боротьби з НІЗ на 2012–2016 рр. (2011 р.), Глобальний план дій ВООЗ з профілактики НІЗ та боротьби з ними на 2013–2020 роки (2013 р.) тощо.

Зокрема, Планом дій з реалізації Європейської стратегії профілактики і боротьби з НІЗ на 2012–2016 рр. визначено керівні принципи роботи, які акцентують питання соціальної справедливості, зміцнення систем охорони здоров'я, врахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях, підхід з урахуванням всіх етапів життя, розширення прав і можливостей громадян, збалансованість популяційного та індивідуального підходів, впровадження інтегрованих програм та принцип участі всього суспільства.

Україна у відповідь на епідемію НІЗ розробила стратегію профілактики та боротьби з чинниками ризику їх розвитку, основні положення якої втілено у проєкті Національного плану дій з боротьби та контролю НІЗ.

В умовах розбудови в Україні служби громадського здоров'я з формуванням сучасної системи епідеміологічного нагляду відкриваються нові перспективи щодо протидії епідемії НІЗ і забезпечення дієвого контролю за НІЗ та факторами ризику їх розвитку. Діяльність системи громадського здоров'я має бути зорієнтована на зміцнення і охорону громадського здоров'я, у т.ч. на попередження і контроль як захворюваннями, формування здорового способу життя (ЗСЖ), визначення та прогнозування впливу основних детермінант здоров'я, моніторинг здоров'я населення тощо.

Для забезпечення дієвого моніторингу громадського здоров'я інформаційну базу його системи доцільно наповнити інформацією про стан здоров'я населення, середовище життєдіяльності людини, причинно-наслідкові зв'язки між станом здоров'я

населення та впливом на нього факторів середовища життєдіяльності людини тощо, що дозволить здійснювати моніторинг стану здоров'я, у т. ч. захворюваності, поширеності чинників ризику, проводити подальший аналіз цих даних та розробку програм і заходів з профілактики захворювань, формувати базу для розробки обґрунтованих управлінських рішень тощо.

Надзвичайно важливо у рамках діапазону функціональних завдань системи громадського здоров'я щодо профілактики НІЗ приділити увагу питанням реалізації комплексної міжвідомчої профілактики НІЗ, чинників ризику їх розвитку та формуванню ЗСЖ, покращенню інформованості населення про переваги ЗСЖ, промоції здоров'я, сприянню зміцненню соціальної свідомості та підвищенню особистої відповідальності громадян за збереження власного здоров'я.

В контексті створення системи ефективної протидії НІЗ пріоритетного вирішення потребують питання

формування політичної прихильності до поліпшення профілактики НІЗ, визначення чітких підходів до встановлення пріоритетів і обмежень, посилення міжвідомчої взаємодії, розширення прав і можливостей для населення, створення ефективних моделей надання послуг, створення системи стимулювання, інтеграції доказів у клінічну практику, вирішення кадрових проблем, вдосконалення управління, формування інформаційних систем, подолання супротиву змінам, забезпечення доступності послуг і зменшення фінансового тягаря тощо.

Такий комплексний підхід до вирішення сучасних проблем у сфері громадського здоров'я сприятиме як контролю, так і ефективній боротьбі з НІЗ та чинниками ризику їх розвитку, зменшенню внеску НІЗ у загальний тягар хвороб, інвалідизацію та передчасну смертність, зміцненню здоров'я та покращенню якості життя населення, збереженню трудового потенціалу країни.

*Т.С. Грузсва, Н.В. Гречихіна, І.М. Пельо*

## **Обґрунтування навчального плану підготовки фахівців громадського здоров'я з позицій євроінтеграційних вимог та національного контексту**

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

**З**доров'я населення як найважливіший ресурс будь-якої країни потребує ефективної системи його зміцнення, збереження і охорони від численних викликів та загроз. В сучасних умовах усі національні системи охорони здоров'я визнають пріоритетом та розвивають служби громадського здоров'я. Серед різних завдань становлення, реформування, удосконалення служб громадського здоров'я надзвичайно важливою є підготовка нової формації спеціалістів громадського здоров'я. На це націлюють документи ВООЗ та ЄРБ ВООЗ, зокрема «Здоров'я-2020: основи європейської політики та стратегія для XXI століття», Європейський план дій зі зміцнення потенціалу і послуг громадського здоров'я тощо.

В Резолюції ЄРБ ВООЗ EUR/RC60/R5 визначено магістральні напрями діяльності щодо вирішення ключових завдань охорони громадського здоров'я та політики охорони здоров'я в Європі, які потребують підвищити рівень політичної прихильності справі розвитку потенціалу, функцій і служб громадської охорони здоров'я, а також вжити конкретних заходів щодо вкладення ресурсів у сферу профілактики та зміцнення здоров'я людей; продовжувати приділяти активну увагу питанням зміцнення систем охорони здоров'я (узгодити і, в міру необхідності, уточнити визначення, концепції, функції і взаємозв'язки, а також розробити інструменти для практичного впровадження), провести огляд інструментів громадської охорони здоров'я для XXI століття; провести критичну оцінку всієї поточної діяльності, особливо щодо встановлення стандартів і норм, з метою оптимального використання досвіду і структур, що існують в Регіоні; при вирішенні

всіх перерахованих вище завдань працювати в тісній співпраці з партнерами.

В Україні формування нової служби громадського здоров'я узгоджується з програмними міжнародними та національними документами, насамперед зі Стратегією сталого розвитку «Україна-2020», затвердженою Указом Президента України від 12.01.2015 р., Угодою про асоціацію між Україною та ЄС, розділ 22 якої розкриває першочергові завдання та напрями діяльності у сфері громадського здоров'я.

Інституційне формування національної служби громадського здоров'я відбувається відповідно до Концепції розвитку системи громадського здоров'я, затвердженої розпорядженням Уряду від 30.11.2016 р. №1002-р.

Концепція визначає напрями, механізми і строки формування системи громадського здоров'я, з метою розроблення та реалізації ефективної державної політики для зміцнення здоров'я, попередження захворювань, продовження активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства.

Нова система громадського здоров'я потребує розробки і реалізації стратегії розвитку кадрових ресурсів, у т.ч. визначення реальних та прогнозних потреб, планування і здійснення підготовки кадрів, раціонального розподілу, управління ресурсами. Отже, кадрове забезпечення служби громадського здоров'я набуває вирішального значення для її подальшого ефективного функціонування.

Важливим кроком на шляху кадрового забезпечення новоствореної служби стало внесення до переліку спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, спеціальності «громадське здоров'я» згідно з постановою КМУ від 01.02.2017 р. №53.

Міністерство охорони здоров'я в План заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні включило завдання забезпечити розробку Національного плану з розвитку кадрових ресурсів у системі громадського здоров'я, який включатиме у себе питання навчання та підвищення кваліфікації, забезпечення мобільності, можливостей кар'єрного зростання тощо протягом III кварталу 2017 року та розробку і затвердження стандартів освіти та освітніх програм з урахуванням кращого європейського і міжнародного досвіду за спеціальністю «громадське здоров'я» для забезпечення триступеневої підготовки (бакалаврату, магістратури та доктора філософії) та безперервного професійного розвитку протягом II кварталу 2017 року.

Співробітники Національного медичного університету імені О.О.Богомольця як основний постачальник кадрів для профілактичної медицини в країні активно долучилися до розробки нових навчальних стандартів, планів та програм підготовки фахівців громадського здоров'я. Концептуальними засадами виконання даного завдання було формування майбутнього потенціалу громадського здоров'я відповідно до змін і загроз здоров'ю населення на національному та європейському рівнях, на основі кращих зарубіжних стандартів освіти в сфері громадського здоров'я і освіти, наукових досліджень і практики, та розробити моделі освітньої і професійної підготовки з громадського здоров'я.

Підґрунтям для обґрунтування і розробки вказаних стандарту, плану і програми стали документи ВООЗ, ЄР ВООЗ, Асоціації шкіл громадської охорони здоров'я в європейському регіоні (ASPHER), Агентства з акредитації освіти в сфері громадської охорони здоров'я (ARNEA), національні стратегічні документи, кращий європейський досвід.

Було розроблено проекти освітніх стандартів, навчального плану та програм підготовки магістрів громадського здоров'я на основі компетентнісного підходу. Це передбачало аналіз Європейської програми ключових фахівців громадського здоров'я ASPHER, яку схвалено усіма країнами-членами ЄР ВООЗ в якості основи для освіти у сфері громадського здоров'я. Було проаналізовано інтелектуальні та практичні компетенції за розділами здоров'я населення, методи його оцінки, соціальні, економічні та екологічні детермінанти здоров'я, політика охорони здоров'я, економіка, організаційна теорія, менеджмент, промоція здоров'я, етика тощо.

При обґрунтуванні визначення необхідних інтелектуальних та практичних компетенцій, знань, вмінь і навичок майбутніх фахівців громадського здоров'я було враховано 10 оперативних функцій громадського здоров'я, а саме епідеміологічний нагляд та оцінка стану

здоров'я і благополуччя населення; моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і при надзвичайних ситуаціях в охороні здоров'я; захист здоров'я, включаючи забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів та ін.; зміцнення здоров'я, включаючи вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я; профілактика хвороб, включаючи раннє виявлення порушень здоров'я; забезпечення стратегічного керівництва в інтересах здоров'я; забезпечення сфери громадської охорони здоров'я кваліфікованими кадрами достатньої чисельності; забезпечення організаційних структур і фінансування; інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я; сприяння розвитку досліджень у сфері громадської охорони здоров'я для наукового обґрунтування політики і практики.

Формування навчального плану підготовки фахівців громадського здоров'я потребувало вивчення кращого зарубіжного досвіду. В цьому контексті було проаналізовано навчальні плани та програми підготовки фахівців громадського здоров'я понад 50 країн світу. Прототипами визначено навчальні плани та програми Ягелонського та Варшавського медичного університетів (Республіка Польща), Університету м. Дебрецен (Угорська Республіка), Софійського медичного університету (Болгарська Республіка), Казахського медичного університету (Республіка Казахстан), Массачусетського університету (США).

Попри виявлені відмінності в навчальних планах та програмах підготовки фахівців, у т.ч. різну кількість навчальних дисциплін, різні їх назви при подібності змісту, різну кількість кредитів, виділених на вивчення однакових навчальних дисциплін, встановлено основні навчальні дисципліни, які дозволяють сформувати потрібні компетенції.

Визначальними детермінантами обґрунтування і розробки навчального плану та програми стали сформовані в країні структурні елементи служби громадського здоров'я, їх функції та завдання. Такий підхід обумовлено тим, що саме вони слугуватимуть роботодавцями для майбутніх фахівців громадського здоров'я. В результаті проведеної аналітичної роботи було розроблено проекти освітнього стандарту, навчального плану та навчальних програм підготовки фахівців громадського здоров'я.

Навчальний план підготовки магістрів громадського здоров'я передбачає 5-тирічний термін навчання, засвоєння гуманітарних та соціально-економічних дисциплін, природничо-наукову підготовку, професійну підготовку, курси за вибором, виробничу практику, написання та захист дипломної магістерської роботи.

Реалізація проектів освітнього стандарту, навчального плану та програми в системі підготовки фахівців громадського здоров'я створить підґрунтя для належного кадрового забезпечення служби громадського здоров'я і ефективного виконання покладених на неї функцій.

*О.З. Децик*

## **Порівняльна характеристика законодавства про громадське здоров'я в Польщі та Україні**

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

**З**а умов формування в Україні нової системи громадської охорони здоров'я важливо вивчити досвід інших країн. У цьому плані важливим може бути приклад Польщі як члена Європейського Союзу (ЄС) із числа країн постсоціалістичного простору.

**Мета.** Встановити напрями удосконалення українського законодавства з громадського здоров'я на підставі вивчення досвіду Польщі.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано Закон Польської Республіки про громадське здоров'я і стан нормативно-правового регулювання цього питання в Україні.

**Результати.** Встановлено, що у Польській Республіці система громадського здоров'я (СГЗ) регулюється законом, прийнятим 2015 року. Основні положення цього закону випливають із необхідності виконання десяти оперативних функцій громадського здоров'я на державному та регіональному рівнях. Генеральною метою польського законодавства стало створення ефективної моделі громадської охорони здоров'я за рахунок координації та інтеграції зусиль цілого суспільства у напрямі профілактики хвороб, продовження тривалості життя і промоції здоров'я. Головним координатором дій учасників СГЗ визначено

Міністра охорони здоров'я, основним завданням якого у цьому напрямі є приготування проекту Національної Програми Здоров'я на підставі рекомендацій Ради із справ Громадського Здоров'я. До вказаної Ради входять представники усіх зацікавлених сторін, у т.ч. Президента Польської Республіки, всіх Міністерств і відомств, Національного Фонду Здоров'я, громадських рад медичних і фармацевтичних працівників, організації працевлаштування, науково-дослідних інституцій, головні спеціалісти тощо. Національна Програма Здоров'я (НПЗ) розробляється на п'ять років. Для її виконання формується Комітет управління НПЗ. Законом також визначено порядок підзвітності, відповідальності всіх учасників та принципи фінансування СГЗ.

В Україні не існує Закону про громадську охорону здоров'я. Існуючі положення Основ законодавства про охорону здоров'я (2011, 2012) та, схваленої Кабінетом Міністрів України, Концепції розвитку системи громадського здоров'я (2016) не забезпечують повноцінного регулювання СГЗ України.

**Висновок.** Необхідно удосконалити законодавче обґрунтування новостворюваної системи з використанням громадської охорони здоров'я України досвіду сусідніх країн-членів ЄС.

*О.В. Дмитрук*

## **Роль інтернет-маркетингу у формуванні системи громадського здоров'я**

**КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» Житомирської обласної ради, м.Житомир, Україна**

**З**гідно Концепції розвитку системи громадського здоров'я, комунікаційний блок відповідальності покликаний збільшити можливості для доступу, розуміння і використання інформації з метою скорочення ризику, профілактики хвороб та зміцнення здоров'я населення. Відповідно, однією із функцій програм громадського здоров'я є формування порядку денного наукових досліджень, стимулювання збору, освоєння і поширення цінних знань [3]. При цьому, необхідно враховувати, що найбільш важливою інфраструктурою інформаційного суспільства сьогодні є мережа Інтернет. Вона надає своїм користувачам можливості у пошуку і використанні потрібної інформації, в т.ч. тієї, що стосується громадського здоров'я.

Метою даної статті є обґрунтування необхідності та можливостей використання Інтернет-маркетингу у процесі формування системи громадського здоров'я.

**Матеріали і методи.** В статті використані традиційні (загальні) методи дослідження, наукові праці та тематична публіцистика в мережі Інтернет.

**Результати.** Враховуючи те, що соціальна цінність інформації та знань визначається масштабом їх використання, свою роль у цьому процесі має відіграти глобальний доступ до потрібних ресурсів в мережі Інтернет, оскільки, така мережа є комунікаційною платформою і засобом спілкування. За даними Інтернет-асоціації України, аудиторія лише українського Інтернету в 2015 р., без врахування АР Крим, склала 21,1 млн осіб) [2]. За спеціальними маркетинговими дослідженнями, 52% користувачів в Україні виходять в Інтернет для доступу до електронної пошти, 40% – для здобуття інформації про товари/послуги, 37% – учбової інформації, близько 30% використовують Інтернет як новий ресурс, для завантаження мультимедіа файлів і для виходу в соціальні мережі [1].

Велике охоплення цільової аудиторії, інформативність та результативність інформаційного продукту на основі використання елементів маркетинг-міксу – головні та очевидні переваги сучасного Інтернет-маркетингу. Його стратегія, збалансована з точки зору використання взаємозв'язаних інструментів усіх типів, передбачає поетапну роботу над визначенням потреб аудиторії, створенням і просуванням контенту, залученням відвідувачів в активні процеси придбання. Так з одного боку, Інтернет-маркетинг (e-marketing) дає можливість науковцям (в даному випадку відправникам інформації щодо громадського здоров'я) розмістити повідомлення про результати своїх досліджень на різних сайтах/сторінках у глобальному масштабі, тобто просунути об'єкти права інтелектуальної власності, а саме авторського права (статті, навчальні посібники, виступи, лекції, комп'ютерні програми, бази даних тощо) або об'єкти науково-технічної інформації (винаходи, корисні моделі, науково-технічну документацію тощо) за допомогою Інтернет-технологій, а з іншого боку – знайти відповідного адресата (створити задоволеність споживача від придбання/використання інформаційного продукту).

Основна мета Інтернет-маркетингу – підвищити ефективність Інтернет-ресурсу в мережі як інструмента сучасного бізнесу. Адже, сьогодні мова може йти про монетизацію – отримання певної фінансової вигоди від здійснення споживачем/користувачем певної дії в Інтернет-ресурсі (перетворення відвідувачів у гроші). Наприклад, можна використати SMM (social media marketing – просування в соціальних мережах) та SMO (social media optimization – оптимізація сайту під соціальні мережі), що включає створення своєї тематичної групи та

її подальше просування; залучення нових учасників до групи; інформування учасників про події компанії; підтримка інтересу до групи через розміщення контенту тощо. Так створений автором і розміщений в соцмережі (на «Ютубі») відеоролик після певної кількості переглядів дозволяє стати партнером пошуковика «Гугл» і мати фінансову вигоду від кожного наступного «кліку». Разом з тим, важливо враховувати рекомендації щодо вдосконалення механізму правового регулювання цифрового використання об'єктів авторського права і суміжних прав через мережу Інтернет [4].

Висновки. Отже, Інтернет-маркетинг – дієвий інструмент у формуванні системи громадського здоров'я. У перспективі пропонуємо розглянути ідею створення веб-депозитарію – спеціалізованого архіву об'єктів інтелектуальної власності, що так чи інакше стосуються функціонування системи громадського здоров'я.

### Література

1. Соціальні мережі як чинник розвитку громадянського суспільства : моногр. / О.С. Онищенко, В.М. Горовий, В.І. Попик [та ін.]; НАН України, Нац. б-ка України імені В.І. Вернадського. – Київ, 2013. – С. 153–165.
2. [http://osvita.mediasapiens.ua/mediaprosvita/research/v\\_ukraini\\_internetauditoriya\\_dosyagla\\_201\\_mln\\_koristuvachiv](http://osvita.mediasapiens.ua/mediaprosvita/research/v_ukraini_internetauditoriya_dosyagla_201_mln_koristuvachiv).
3. <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799>.
4. <http://sips.gov.ua/ua/recomnet.html>.

С.В. Дудник<sup>1</sup>, Л.О. Качала<sup>2</sup>, Г.М. Тяпкін<sup>1</sup>

## Динаміка показника кількості хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу, на 100 тис. осіб населення

<sup>1</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

В 2015 р. загальноукраїнський показник кількості хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу знизився на 6,04%. 14 областей країни мають регіональні рівні захворюваності на всі форми активного туберкульозу вищі за загальноукраїнський. У 8 областях України в 2015 р. відносно 2014 р. зросли рівні захворюваності на всі форми активного туберкульозу: у Закарпатській області (на 2,4%), у Київській області (на 5,17%), у Одеській області (на 4,58%), Сумській (2,57%), у Харківській області (на 4,06%), Черкаській області (на 0,34%), м. Київ (на 6,72%), у Чернігівській області (на

3,17%), в 15-ти областях спостерігались тенденції до зниження. Найвищий показник захворюваності на всі форми активного туберкульозу спостерігається у Одеській області (102,7 на 100 тис. осіб) (табл.).

Таким чином, у 2015 р. спостерігається тенденція до зниження регіональних рівнів захворюваності на всі активні форми туберкульозу в 15 областях України, при цьому у 8 областях в 2015 р. зареєстровано зростання показників захворюваності на всі активні форми туберкульозу. Найбільше зростання відбулось у м. Київ, Київській та Одеській областях.

Таблиця

Кількість та динаміка хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу (на 100 тис. осіб населення, осіб), 2014–2015 рр.

Адміністративна територія	Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу (на 100 тис. осіб населення, осіб)		Аналі показника кількості хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу (2015 р. відносно 2014 р.)
	2014 рік	2015 рік	
<b>Україна</b>	<b>59,6</b>	<b>56,0</b>	зниження на 6,04%
Вінницька	50,3	47,4	зниження на 5,77%
Волинська	68,6	62,8	зниження на 8,45%
Дніпропетровська	79,2	78,7	зниження на 0,63%
Житомирська	67,7	66,3	зниження на 2,07%
Закарпатська	58,2	59,6	<b>зростання на 2,4%</b>
Запорізька	64,6	61,7	зниження на 4,49%
Івано-Франківська	63,9	61,2	зниження на 4,23%
Київська	65,8	69,2	<b>зростання на 5,17%</b>
Кіровоградська	79,2	77,0	зниження на 2,77%
Львівська	65,8	59,9	зниження на 8,97%
Миколаївська	71,9	69,2	зниження на 3,76%
Одеська	98,2	102,7	<b>зростання на 4,58%</b>
Полтавська	55,1	54,9	зниження на 0,36%
Рівненська	55,7	54,8	зниження на 1,61%
Сумська	54,4	55,8	<b>зростання на 2,57%</b>
Тернопільська	46,8	38,4	зниження на 17,95%
Харківська	41,9	43,6	<b>зростання на 4,06%</b>
Херсонська	84,6	82,3	зниження на 2,71%
Хмельницька	57,5	55,9	зниження на 2,78%
Черкаська	57,4	57,6	<b>зростання на 0,34%</b>
Чернівецька	40,4	40,1	зниження на 0,74%
Чернігівська	63,0	65,0	<b>зростання на 3,17%</b>
м. Київ	43,1	46,0	<b>зростання на 6,72%</b>

С.В. Дудник, І.І. Кошеля

## Хвороби системи кровообігу як соціально-медична проблема

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

Хвороби системи кровообігу в 2016 році займають друге місце в структурі первинної захворюваності (6,67%), перше місце в структурі поширеності (30,67%) хвороб та перше місце (67,3%) в структурі смертності населення. Необхідно відмітити, що хвороби системи кровообігу є однією з найважливіших причин надсмертності чоловіків працездатного віку. Зареєстроване підвищення показників смертності населення в наслідок хвороб системи кровообігу обумовлено такими факторами як постаріння населення, покращення діагностики, більш вірна трактовка причин смерті.

Встановлено, що показник захворюваності на хвороби системи кровообігу значно зростає у чоловіків у активному працездатному віці – 40–50 років. При цьому зростає частка таких ускладнень як інфаркт міокарду та інсульт мозку.

Хвороби системи кровообігу займають перше місце серед причин інвалідизації населення. При цьому 4% чоловіків отримують першу групу інвалідності, 60% – другу групу інвалідності. У жінок вказані показники є трохи нижчими. Серед причин інвалідизації населення ведучі місця займають ішемічна та гіпертонічна хвороби, судинні ураження мозку.



З віком відмічається підвищення рівня захворюваності на хвороби системи кровообігу. У жінок показники захворюваності (крім інфаркту міокарда) вищі ніж у чоловіків.

В розвитку хвороб системи кровообігу найбільше значення має дві основні групи: соціально-культурні фактори та внутрішні фактори ризику.

До першої групи факторів ризику відносяться: вживання висококалорійної їжі яка багата вуглеводами, жирами та холестерином; тютюнопаління; малорухливий

спосіб життя; постійний нервовий стрес. До другої групи факторів ризику відносяться артеріальна гіпертензія; гіперхолестеренемія; порушена толерантність до вуглеводів; ожиріння; спадковість.

Ступінь впливу кожного із названих факторів та їх комбінація різна.

Витрати на лікування, реабілітацію та соціальне забезпечення хворих на хвороби системи кровообігу стають фінансовим тягарем для суспільства.

*В.В. Збанацький*

## Друга епідеміологічна революція в Україні: бути чи не бути

ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», м. Київ, Україна

**Н**е є секретом, що сучасні проблеми демографічного розвитку України полягають в скороченні чисельності населення та його старінні. Згідно з прогнозованих Інститутом демографії та соціальних досліджень ім. М.В.Птухи НАН України даних, найбільш вірогідним варіантом чисельності населення в 2060 році буде 37,1 млн осіб. Незначне зростання – до 46,7 млн можливо за поєднання найсприятливіших варіантів народжуваності, смертності та міграції, а при найгірших – прогнозована чисельність складе 28,3 мільйона осіб.

За офіційними статистичними даними ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» основною причиною смертності в Україні є неінфекційні захворювання – понад 80% від усіх смертей від 4 груп захворювань – серцево-судинної системи, онкологічної патології, діабету та хронічних обструктивних захворювань легень. Крім того, сьогодні в Україні спостерігається так звана «надсмертність чоловіків» – показник смертності чоловіків у віці 28–46 років перевищує аналогічний показник серед жінок в 4 рази. Рівень смертності чоловіків у віці 30–44 років в Україні перевищує цей рівень у країнах ЄС у 5 разів. Понад 25% дорослого населення України віком від 18 до 65 років мають хронічне захворювання або стан, понад 7% мають декілька (3 чи більше) хронічних захворювання чи стани.

Така картина відображає кінцевий період так званого «епідеміологічного переходу», що за визначенням американського демографа Омрана, є історичним зсувом від епохи смертності від епідемій та голоду до епохи смертності від хвороб, обумовлених старінням та діяльністю людини. При цьому, до відповідного рівня збільшується тривалість життя за рахунок покращення показників в окремих гендерних та вікових групах (молоді жінки та діти до 15 років). До аналогічних висновків дійшов інший американець – лікар-гігієніст Мілтон Терріс, що були опубліковані ще в 1971 році у *American Journal of Public Health* в статті «Епідеміологічна революція».

Мета. Вивчити фактори ризику, що сприяють виникненню епідеміологічної революції, на підставі

аналізу показника смертності смертність від неінфекційних захворювань в Україні.

Матеріали та методи. У роботі були використані міжнародна звітність ВООЗ, Європейського центру з контролю і профілактики захворюваності, офіційні джерела даних Державної служби статистики України, МОЗ України, результати дослідження Світового банку щодо основних причин високого рівня смертності в Україні.

Результати. Відомо, що не зважаючи на певні досягнення в зниженні показників смертності, подальший прогрес може уповільнюватися, оскільки заходи із забезпечення належного рівня санітарії, доступу до безпечної питної води, покращення рівня харчування, що вживаються урядами, досягають своїх меж економічної ефективності. Сьогодні відбулась зміна основних ризиків: від недоїдання, забруднення питної води, антисанітарних умов до гіподинамії, надлишку ваги, забруднення атмосферного повітря, інтенсивного дорожнього руху, споживання тютюну та алкоголю. А структура смертності зазнала значної модернізації шляхом збільшення частки неінфекційних хвороб серед основних причин, пов'язаних із неправильним способом життя та впливом антропогенного забруднення довкілля.

В сімдесятих–вісімдесятих роках минулого століття, врахувавши що сучасні захворювання важко вилікувати повністю, основний фокус було спрямовано на профілактику їх виникнення, відтягуючи цей процес на більш пізній віковий період. Цей етап і має назву другої епідеміологічної революції. На жаль, система Семашка не мала сучасної орієнтації на профілактику неінфекційних хвороб. Так, в певний період епідемій, ця система дозволила здійснити першу епідеміологічну революцію, але вирішити завдання другої вона не змогла.

Україна втрачає внаслідок передчасної смертності досить великі кошти. Зменшується частка економічно активного населення одночасно зі збільшенням навантаження на працюючих у зв'язку з утриманням осіб непрацездатного віку, частка яких зростає. Величина недоотриманого внаслідок передчасної смертності ВВП перевищила у 2013 році 12 млрд. \$, що можна співвідносити з 6,7% величини номінального ВВП. Доля

інфекційних та паразитарних хвороб в економічних втратах складає лише 9%.

Чому ж українці хворіють та бідують? Наведені дані у таблиці показують розповсюдженість основних факторів ризику неінфекційних захворювань.

Таблиця

**Розповсюдженість факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань**

Фактор ризику	Чоловіки	Жінки	Середнє значення
Споживання тютюну (2011)	49%	14%	30%
Споживання алкоголю на душу населення, в літрах чистого спирту (2010)	22%	7,2%	13,9%
Підвищений кров'яний тиск (2008)	47,7%	43,1%	45,1%
Ожиріння (2008)	15,9%	25,7%	21,3%

Світовий банк рекомендує наступні шляхи вирішення проблеми [Банк даних сайту Державної служби статистики України: [http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile\\_c.asp](http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp)]:

Перша складова – основні економічно-ефективні заходи, спрямовані на поведінкові фактори ризику: боротьба з тютюнопалінням, алкоголізмом, вплив на дорожню безпеку, зміна харчування, сприяння фізичній активності.

Друга складова – переорієнтація системи охорони здоров'я на визначення груп ризику, своєчасне виявлення хронічних захворювань та станів і контроль їх розвитку.

Впровадження ефективних заходів профілактики та лікування дозволяє уникнути близько половини усіх смертей людей у віці до 75 років в Україні. Хоча вікові групи 40–54 роки – для чоловіків, 50–59 роки – для жінок, мають найбільший резерв підвищення тривалості життя, доцільніше спрямувати більше уваги та заходів впливу на вікову групу 30–44 роки, яка має специфічну структуру смертності, що дозволить досягнути результат більш швидко.

Висновки: опубліковані демографічними даними щодо модернізації причин смертності дозволили виробити вчасну адекватну відповідь систем охорони здоров'я в розвинених країнах світу. Натомість радянська система охорони здоров'я Семашка при усіх її позитивних сторонах в частині боротьби з інфекційними хворобами виявилась не готовою до нових викликів. Більша частина смертей як і в усьому світі, так і в Україні спричинені неінфекційними захворюваннями, що в свою чергу пов'язано із впливом поведінкових факторів ризику. Економічні втрати від передчасної смертності складають 6,7% ВВП, при цьому частка інфекційних та паразитарних хвороб дорівнює близько 9% від загальної суми втрат (1,105 млрд \$). Вплив на поведінкові фактори ризику є найбільш економічно ефективним заходом інтервенції.

Враховуючи підтримку та впровадження урядом в конкретні політичні рішення компонентів громадського здоров'я маємо реальну можливість стати учасниками другої епідеміологічної революції, проте для цього докласти зусиль необхідно кожному.

*А.Р. Іваць, О.П. Романів*

**Збереження психічного здоров'я дітей шкільного віку**

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

**Н**а думку Нормана Сарторіуса, психічне здоров'я це, по-перше, – відсутність явних психічних порушень; по-друге – певний резерв сил людини, завдяки яким вона може подолати неочікувані стреси; по-третє – стан рівноваги між людиною та навколишнім середовищем, гармонії між нею та суспільством. Якщо вести мову про психічне здоров'я дитини шкільного віку, то слід зауважити, що його неможливо розглядати поза контекстом навчального закладу.

Метою даної публікації є окреслити основні проблеми збереження психічного здоров'я учнів у процесі шкільного навчання та запропонувати шляхи профілактики психічних та поведінкових розладів у дітей, що відвідують організовані навчально-виховні колективи.

Матеріали: публікації ВООЗ, присвячені питанням психічного здоров'я, профілактики психічних захворювань та розладів поведінки.

Висновки: за останні роки в усьому світі відмічається значне зростання захворюваності на психічні розлади та розлади поведінки серед дітей шкільного віку. В зв'язку з цим, доцільно впроваджувати в навчальних закладах заходи, які будуть спрямовані на профілактику та раннє виявлення цих патологій. Це дозволить підвищити ефективність навчального процесу, забезпечить гармонійний розвиток особистості та допоможе уникнути розвитку важких психічних захворювань в майбутньому. Станом на сьогоднішній день, в Україні нема достатньої кількості спеціалістів необхідного рівня, які б могли здійснювати якісну

діагностику психічних захворювань у дітей. Також, умови в школах не завжди дозволяють проводити профілактичні заходи, що спрямовані на усунення факторів ризику що до розвитку психічних патологій та поведінкових розладів. Значною проблемою є

впровадження інклюзивної освіти в освітніх закладах, оскільки в Україні не ведеться на належному рівні підготовка олігофренопедагогів, тьюторів та інших спеціалістів для роботи з дітьми з особливими ментальними потребами.

*С.Р. Іващенко*

## **Роль соціальних мереж (Facebook) у комунікаційному процесі сфери громадського здоров'я**

ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», м. Київ, Україна

Світовий досвід свідчить, що розвиток сфери громадського здоров'я будь-якої країни, що опирається на засади демократії, тісно пов'язаний з якісним діалогом державних органів влади, громадських організацій та безпосередньо громадян. Саме безпосередня участь громадян в спільних проєктах влади та громадськості дозволяє підвищити ефективність розповсюдження важливої інформації серед населення, а також створити культурні традиції громадського здоров'я як серед населення в цілому, так й для кожного окремого громадянина.

Зміни в громадській комунікації відбуваються дуже повільно. Це пов'язано з тим, що найбільш масова комунікація завжди найбільш піддається інерції звичок. Водночас ми переживаємо час, коли комунікація змінюється принципово. Сьогодні є можливість спостерігати як окремі канали комунікації, такі як радіо, телебачення та друковані ЗМІ втрачають свою важливість та актуальність. Адже все більше людей знаходить потрібну інформацію в Інтернеті та соціальних мережах.

Після того, як у 1995 р. були дописані останні знаки коду першої соціальної мережі [www.classmates.com](http://www.classmates.com) – світ розпочав новий виток свого комунікаційного розвитку. В кінці двохтисячних людство зрозуміло розміри тих перетворень, що каталізуються соціальними мережами. Експерти навіть ввели термін «медіа революція соціальних мереж», що описує ті зміни, які принесли мережі в життя людини, організацій, бізнесу, країн і світу загалом.

Мета. Визначити роль ресурсу соціальних мереж в комунікаційному процесі сфери громадського здоров'я.

Матеріали та методи. У роботі були використані статистичні відомості про активності користувачів на сторінках мережі Facebook.

Результати. Сьогодні жодна організація не може дозволити собі не використовувати комунікаційний ресурс мережі Facebook, де зосереджені всі інструменти комунікації та є найбільш популярною комунікаційною платформою серед населення по всьому світу.

В нашій країні соціальна мережа Facebook, без сумніву, найвпливовіша в українському інтернеті. Саме там сконцентрована велика кількість лідерів думок, які мають великий громадський вплив. Збільшення кількості користувачів у геометричній прогресії, велетенський

вплив на суспільство, бізнес та політику – саме такі чинники характеризують сучасну соціальну мережу.

Зараз мережею Facebook користуються близько 2 мільярда користувачів по всьому світу, більше половини з яких відвідують свою сторінку щодня. Близько 6 млн українців зареєстровано в мережі та є її активними користувачами. Сайт Facebook.com займає у світі 3 місце за відвідуваністю.

Українська аудиторія Facebook є доволі різношерстою, але наділена деякими спільними рисами:

- більше 75% відсотків користувачів отримують прибуток вище середнього по країні;

- більшість із них є жителями великих міст-мільйонників та обласних центрів;

- користувачі цієї мережі є досить активними. В середньому, кожного місяця вони роблять більше 30 постів та ще більше роблять лайків – в середньому 74;

- саме через Фейсбук українські користувачі переходять на новинні портали та сайти організацій.

В Україні динаміка та якість аудиторії доволі активна та комунікабельна, сконцентрована переважно у великих містах і має значний соціальний вплив. Тут легко «розкручувати» свої проєкти, що мають соціальне значення.

В сфері громадського здоров'я мережа Facebook набуває особливого значення. Адже, близько 80% людей схильні більше довіряти відгукам своїх «онлайнних» друзів, ніж відгуками «офлайнних». За даними Facebook, понад 60% української аудиторії заявило, що найбільший інтерес в соцмережах викликає розважальний контент, побутова та мобільна техніка, а також теми здоров'я і продуктів харчування. Найменший – алкоголь і предмети розкоші.

В таких умовах, якісні матеріали про профілактику захворювань, зменшення впливу факторів-ризиків, інформацію про групи-ризиків, рекомендації міжнародних та національних лідерів мають не лише позитивне сприйняття, але й неймовірний попит. Окрім того, український Facebook має безпосередній запит на достовірну та важливу інформацію в сфері охорони здоров'я.

Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (Центр) приділяє особливу увагу діалогу з громадськістю, зокрема, Центр активно веде свою роботу

в мережі Facebook. Про це свідчать показники сторінки Центру – за останні місяці роботи, створено понад 100 інфографічних тематичних постів у мережі Facebook, не враховуючи пости новин та оголошень. Також, ефективним інструментом донесення інформації є онлайн флешмоби, що надзвичайно популярні серед аудиторії Центру. Так, Центр громадського здоров'я успішно провів протитуберкульозний, імунізаційний, флешмоб, а також акції у підтримку здорового способу життя. Така діяльність в мережі отримує позитивні відгуки у користувачів та публікується засобами масової інформації як така, що має суспільний інтерес та корисність. Слід зазначити, що аудиторія сторінки Центру постійно зростає.

Висновки. Підсумовуючи, варто підкреслити, що конструктивна співпраця суспільства та влади у соціальних мережах дозволяє мобілізувати соціальні ресурси для розв'язання суспільно значущих проблем у загальнодержавному масштабі. Сьогодні співпраця держави та громадськості перестала бути виключно завданням національного рівня, до неї активно долучаються й міжнародні організації, що не тільки сприяє посиленню соціального діалогу в окремих державах, але й дозволяє розбудовувати стабільні відносини між державами на єдиних ціннісних засадах. Вагому роль у підвищенні ефективності цього процесу відіграють соціальні мережі, зокрема мережа Facebook.

*Г.В. Іншакова*

## **Європейський досвід викладання біостатистики в процесі підготовки фахівців громадського здоров'я**

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

**Н**евід'ємною складовою підготовки фахівців в сфері громадського здоров'я є навчальна дисципліна «біостатистика». Нами проаналізовано і узагальнено досвід навчання біостатистиці в європейських медичних університетах.

Навчальні програми з викладання біостатистики безперервно розвиваються і характеризуються низкою ознак і це, перш за все, предметна інтеграція. Головним в навчанні є міждисциплінарний підхід. У Німеччині, наприклад, у списку міждисциплінарних предметів в «Порядку апробації лікарів» включено предмет «Епідеміологія, медична біометрія і медична інформатика». Також застосовується модульна конструкція програми. Вона структурується за змістом і часом в тематичні блоки, які визначають проміжні та кінцеві цілі. В основі цього принципу лежить цілепокладання: цілі визначають тематичні блоки, а не навпаки. Зміст занять розробляється на стику інтегративної взаємодії біостатистики з суміжними предметами. Важливим є те, що теоретичні викладки і статистичні технології пов'язуються з медичними проблемами. В багатьох медичних закладах навчання статистичним методам проводиться на основі публікацій практичних аспектів роботи в медичних журналах. Такий спосіб сприймається як безпосередня клінічна участь і розуміння того, що медичне обслуговування стає на наукову основу. Навчальні програми з біостатистики передбачають різні форми навчання, що включають обов'язкові, обов'язкові за вибором і факультативні навчальні заняття та враховують індивідуальні інтереси студентів. Навчальний план розробляється з дотриманням послідовності в проходженні курсів. Обов'язкові курси за вибором та факультативні, що доповнюють і поглиблюють знання, студенти повинні проходити опанувавши обов'язкову програму. В залежності від змісту і мети навчання застосовується широкий спектр різних видів занять і форм самостійних

занять. У програму, поряд з традиційними лекціями, включено семінари та практичні заняття. Семінар має інтерактивний навчальний формат. Його проведення засноване на проблемно-орієнтованому науковому підході до викладу матеріалу прослуханих лекцій. При цьому очікується, що дидактичний принцип навчальної спіралі створить сприятливі передумови для досягнення ефекту закріплення знань. В практику навчання також увійшли такі сучасні форми як лекції і семінари з вправами, тематичні конференції, гранд-раунди, тобто міжгалузеві конференції, клінічні раунди, командо-орієнтовані форми навчання. Найчастіше такі специфічні форми навчання задіяні в системі післядипломної освіти та при підготовці наукових співробітників.

У структурі навчального процесу також застосовуються аудиторні та електронна форми навчання. Електронні навчальні матеріали використовуються або як доповнення до аудиторних занять (концепція підвищення якості), або як частина аудиторного навчання (змішана концепція навчання). На інтернет-сайтах розміщуються різні навчальні матеріали за окремими блоками, передбаченими програмами, зокрема тексти лекцій, статистичні завдання і питання для самостійної оцінки знань, глосарії термінів біостатистики, перелік рекомендованої літератури тощо. Розширюється сфера використання віртуальної форми навчання.

Система контролю успішності студентів передбачає контроль засвоєння матеріалу на заняттях та при завершенні навчання в межах предметів, включених до складу модуля. Проміжний контроль здійснюється на основі регулярних письмових тестів, оцінки виступів в дискусіях, з доповідями, підготовлених рефератів тощо. Деталізація організаційних питань іспиту за профілем предмету здійснюється безпосередньо в навчальному закладі. Наприклад, в Ганноверській медичній вищій школі передбачено три окремих письмових тести:

«Епідеміологія», «Медична біометрія», «Медична інформатика». На підставі оцінок всіх трьох тестів розраховується середній бал в тому випадку, якщо кожен з трьох тестів оцінений не нижче, ніж «задовільно». Систематичний контроль і система допуску до подальших занять, що враховує рівень засвоєння матеріалу, змушує студентів ретельно займатися протягом усього навчального періоду, а не тільки перед іспитами.

Система кредитів виступає як багатофункціональний інструмент навчання. Кредити оцінюються як міра трудовитрат студента (аудиторні заняття, самостійна підготовка і час, необхідний на тестування успішності), так і як система накопичення кредитів, що стимулює студентів до занять протягом всього семестру, щоб набрати необхідну кількість кредитів і бути допущеним до іспиту.

Навчальні програми також передбачають мобільність навчального процесу. В електронній формі студенти інформуються про дати, теми і місце проведення занять, за своїм кодом вони отримують персональні відомості про результати іспитів. Система обов'язкової попередньої реєстрації створює передумови

для відносної гнучкості у виборі термінів відвідування занять і складання іспитів.

Безпосередні виконавці навчального процесу на основі регламентацій основних напрямів діяльності можуть конкретизувати програми, їх обсяг і терміни навчання. Внаслідок цього є відмінності в змісті програм, навчального навантаження і часу проведення курсів. Програми підготовки фахівців громадського здоров'я з біостатистики проводяться декількома циклами в межах V–IX семестрів. Наприклад, в медичному університеті м. Відень на викладання біостатистики, клінічної епідеміології та медичної інформатики виділено 212 академічних годин, в м. Інсбрук – 95, м. Берлін – 290, м. Гейдельберг – 60 академічних годин.

Таким чином, підготовці фахівців громадського здоров'я з біостатистики в медичних університетах Європи приділяється належна увага та виділено достатньо академічних годин. Навчальні програми з цього предмету спрямовані на міжпредметну інтеграцію, мають модульну конструкцію, включають як обов'язкові так і заняття за вибором та факультативні, різноманітні форми навчання та кредитну систему, передбачають мобільність навчання.

*С.С. Касинець*

## Особливості психічного здоров'я військовослужбовців як проблема системи громадського здоров'я

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

**П**роблема психічного здоров'я військовослужбовців в останні роки набула актуальності у зв'язку з агресією на Сході України, яка призводить до збільшення кількості учасників бойових дій. Разом із бойовим досвідом, вони отримують не тільки фізичні, але й психологічні травми. Демобілізовані учасники АТО починають відчувати труднощі у процесі адаптації до мирного життя. Тому виникає потреба у якомога ранній діагностиці, пошуку ефективних шляхів адаптації та соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців, що побували в районі збройних конфліктів.

Мета роботи – вивчити особливості психічного здоров'я учасників АТО.

Матеріали та методи: на базі обласної МСЕК Полтавського обласного Центру МСЕ було опитано практичним психологом 225 хворих, серед них було 60 учасників АТО, 38 учасників бойових дій в Афганістані, 39 ліквідаторів ЧАЕС та 88 хворих з загальним захворюванням. Використовували шкалу госпітальної тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), яка має дві підшкали для окремої оцінки тривоги (HAS) та депресії (HDS). При інтерпретації даних

враховувався сумарний показник: 0–7 балів – норма, 8–10 – субклінічно виражена депресія/тривога, понад 11 балів – клінічно виражена депресія/тривога.

Результати: серед 60 опитаних учасників АТО у 6 чоловік було встановлено ступінь втрати працездатності без ознак інвалідності та 54 особи було визнано інвалідами, серед яких III група інвалідності у 33 учасників АТО та II група – у 21 особи. У 34% учасників АТО, серед яких було встановлено ступінь втрати працездатності, сумарний бал за шкалою HAS складав 8–10 балів без клінічних проявів. У 12% учасників АТО, яких було визнано інвалідами III групи, та у 33%, яких було визнано інвалідами II групи, сумарний бал за шкалою HADS складав  $\geq 11$  балів з перевагою балів за шкалою тривоги (HAS). А у 42% учасників АТО з III групою інвалідності та у 38% з II групою, сумарний бал за шкалою HADS складав 8–10 балів.

Висновки: аналіз отриманих даних свідчить про значну (45%) поширеність тривоги серед учасників АТО, яку вони дуже часто не помічають. Але якщо їм вчасно не допомогти, то війна для них не закінчиться ніколи. Відповідно всім учасникам АТО необхідна консультація психолога та заходи соціально-психологічної реабілітації.

А.А. Кранівіна

## Характеристика особливостей захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого населення України в гендерному аспекті

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

Стан здоров'я чоловіків та жінок є різним. Він залежить не лише від анатомо-фізіологічних відмінностей, а й від низки соціальних, економічних і психологічних чинників та їх комбінації. Експерти ВООЗ визнають наявність відмінностей факторів, що обумовлюють здоров'я та тягар хвороб для чоловіків та для жінок. Врахування відмінностей стану здоров'я чоловіків та жінок сприятиме зростанню уваги до вивчення специфічних потреб чоловіків та жінок та покращенню якості медичної допомоги при отриманні послуг в галузі охорони здоров'я.

Мета: вивчити динаміку показників захворюваності та поширеності хвороб серед населення 18-ти років і старше з урахуванням гендерних особливостей за 2008–2015 рр.

Матеріали і методи: матеріалами дослідження стали статистичні дані показників захворюваності та поширеності хвороб серед населення 18-ти років і старше Державного комітету статистики України за 2008–2015 рр. В дослідженні використано бібліосемантичний, статистичний, аналітичний та графічний методи.

Впродовж 2008–2015 рр. серед чоловіків та серед жінок 18 років і старше спостерігалось зниження показників захворюваності та показників поширеності хвороб. Темп зниження рівнів захворюваності (2008–2015 рр.) у чоловічого населення склав 15,8% ( $p \leq 0,01$ ), а у жіночого – 12,4% ( $p \leq 0,01$ ). Тоді як показники поширеності усіх хвороб зменшились на 7,2% ( $p \leq 0,05$ ) серед чоловіків та 3,8% ( $p \leq 0,05$ ) серед жінок. Оцінюючи співвідношення рівнів захворюваності та рівнів поширеності хвороб за статтю, виявлено їх переважання протягом 2008–2015 рр. в 1,2–1,3 разу ( $p \leq 0,05$ ) серед жінок.

Динаміка щорічних показників поширеності хвороб та показників захворюваності для кожної статі характеризувалась певними особливостями. Наразі рівні загальної захворюваності серед чоловіків зростали до 2010 р. включно з подальшим щорічним зниженням протягом 2011–2014 рр. та наступним підвищенням у 2015 р. Темп приросту проти попередніх років склав 1,2% в 2009 р.; 0,3% в 2010 р. та 1,2% в 2015 р. Тоді як в 2011 р. показник поширеності усіх хвороб зменшився на 0,2%; в 2012 р. – 1,0%; в 2013 р. – 0,5% та 8,0% в 2014 р. Серед жінок впродовж 2009–2015 р. спостерігалось зростання показника поширеності хвороб, за винятком 2014 р., коли відбулось його зниження на 8,6% ( $p \leq 0,05$ ). Темп приросту показника поширеності хвороб серед жінок порівняно з попередніми роками склав в 2009 р. 1,9%; в 2010 р. – 1,0%; в 2011 р. – 0,8%; в 2013 р. – 0,6%; в 2015 р. – 0,8%.

Впродовж 2008–2015 рр. у чоловіків та у жінок зареєстровано щорічне зниження показника захворюваності, за винятком 2009 р. Так в 2010 р.

порівняно із попереднім 2009 р. темп зниження склав 1,4% для чоловіків та 1,0% для жінок; в 2011 р. – 2,6% та 1,5%; в 2012 р. – 3,9% та 2,8%; в 2013 р. – 1,4% та 0,7%; в 2014 р. – 8,6% та 9,2% відповідно. В той же час в 2009 р. показники захворюваності усіма хворобами збільшились на 2,2% у жінок та 0,3% у чоловіків. Однак, позитивні тенденції зменшення показників захворюваності та поширеності хвороб протягом 2014–2015 рр. проти попередніх років можна пояснити використанням неповних даних офіційної статистики з Донецької та Луганської областей в зв'язку з проведенням антитерористичної операції на їх територіях (рис.).

Аналізуючи гендерну структуру захворюваності, виявлено, що провідним класом для обох статей були хвороби органів дихання, частка яких в 2015 р. склала 33,4% для чоловіків та 30,0% для жінок. Другу позицію у чоловіків займали травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (11,4%), а у жінок – хвороби сечостатевої системи (13,0%). Тоді як третя у обох статей належала хворобам системи кровообігу (чоловіки (11,0%); жінки (10,1%)). В той же час, порівнюючи гендерні особливості структури захворюваності, виявлено переважання показників захворюваності у жінок, як в цілому, так і за більшістю класів хвороб; за винятком травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин і розладів психіки та поведінки. За підсумками 2015 р. найбільша різниця (4,37 разу ( $p \leq 0,01$ )) спостерігалась для хвороб сечостатевої системи; хвороб крові і кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму – в 2,71 разу ( $p \leq 0,05$ ); хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин – в 2,18 разу ( $p \leq 0,05$ ); новоутворень – 1,55 разу ( $p \leq 0,05$ ). Тоді як показники захворюваності травм, отруєнь та ін. і розладів психіки й поведінки в 1,7 разу ( $p \leq 0,05$ ) та 1,67 разу ( $p \leq 0,05$ ) відповідно були вищими у чоловіків, ніж жінок.

В структурі поширеності хвороб існують певні відмінності. Проте традиційно провідними класами хвороб як серед чоловіків так і серед жінок залишаються хвороби системи кровообігу, дихання та органів травлення. За даними 2015 р. більше ніж третину усіх випадків захворювань серед чоловіків і серед жінок зумовили хвороби системи кровообігу (37,5% та 37,3% відповідно). Частка хвороб системи дихання склала 13,8% і 11,8%, а хвороб органів травлення – 11,3% і 10,2% відповідно. Водночас, аналізуючи показники поширеності хвороб з урахуванням гендерного аспекту, на прикладі 2015 року виявлене їх переважання, як і показників захворюваності, серед жінок, за винятком розладів психіки й поведінки та травм, отруєнь і деяких інших наслідків дії зовнішніх причин. Ці класи хвороб

реєструвались серед чоловічої статі в 2,14 разу ( $p \leq 0,01$ ) та 1,73 разу ( $p \leq 0,01$ ) відповідно частіше, ніж серед жінок.

Висновки:

1. За період дослідження (2008–2015 рр.) спостерігалось зниження показників захворюваності та показників поширеності хвороб серед чоловіків та серед жінок 18-ти років і старше. Темп зниження рівнів захворюваності склав 15,8% ( $p \leq 0,01$ ) та 12,4% ( $p \leq 0,01$ ) відповідно. Тоді як показники поширеності усіх хвороб зменшились на 7,2% ( $p \leq 0,05$ ) серед чоловіків та на 3,8% ( $p \leq 0,05$ ) серед жінок.

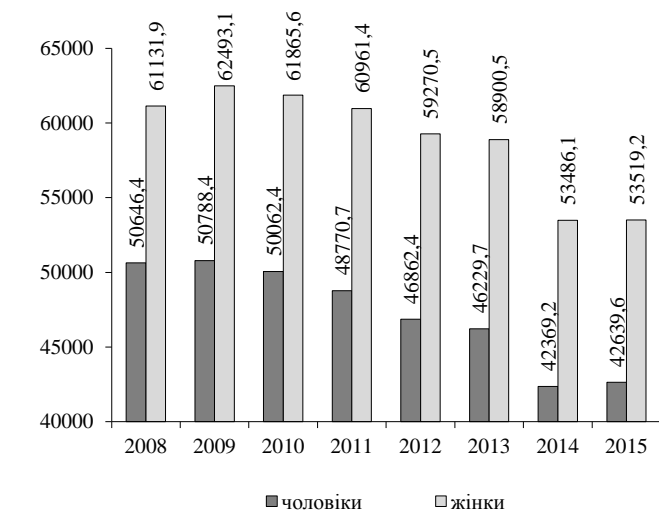
2. Показники поширеності хвороб та показники захворюваності впродовж 2008–2015 рр. в 1,2–1,3 разу ( $p \leq 0,05$ ) були вищими серед жінок, ніж серед чоловіків.

3. Показник захворюваності хвороб сечостатевої системи у жінок в 4,37 разу ( $p \leq 0,01$ ) був вищим, ніж у чоловіків; хвороб крові і кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму – в 2,71 разу ( $p \leq 0,05$ ); хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин – в 2,18 разу ( $p \leq 0,05$ ); новоутворень – 1,55 разу ( $p \leq 0,05$ ). Тоді як рівні

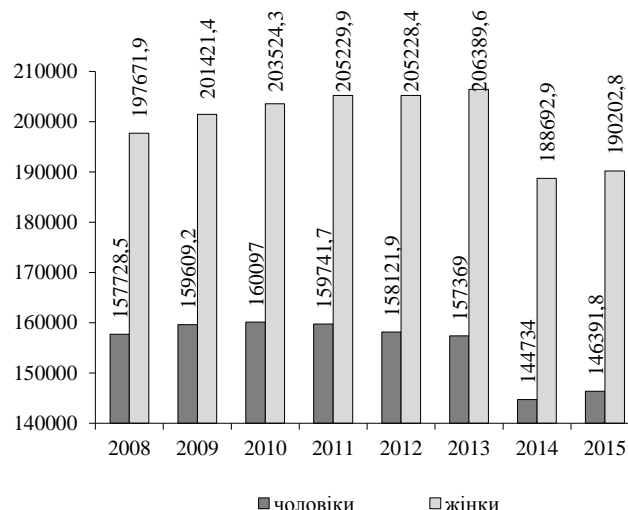
захворюваності травмами, отруєннями та ін. в 1,7 разу ( $p \leq 0,05$ ) та розладів психіки й поведінки в 1,67 разу ( $p \leq 0,05$ ) були вищими у чоловіків, ніж жінок.

4. Структура захворюваності та поширеності хвороб характеризувалась гендерними особливостями. Однак, провідними класами для обох статей в структурі захворюваності залишаються хвороби органів дихання (33,4% – чоловіки; 30,0% – жінки) та хвороби системи кровообігу (11,0% та 10,1% відповідно). Тоді як в структурі поширеності хвороб традиційно провідними класами хвороб, як серед чоловіків так і серед жінок, залишаються хвороби системи кровообігу, дихання та органів травлення.

5. Дослідження гендерних особливостей медико-демографічних показників стану здоров'я сприятимуть визнанню особливих потреб жінок та чоловіків в галузі охорони здоров'я та повинні бути враховані при плануванні програм в галузі охорони здоров'я, що сприятиме покращенню якості надання медичних послуг та відповідно і стану здоров'я.



а)



б)

Рис. Динаміка показників захворюваності (а) та показників поширеності хвороб (б) серед дорослого населення залежно від статі, 2008–2015 рр., на 100 тис. відповідного населення

Т. Краснопольська

## Щодо питання інформатизації лікування та моніторингу ВІЛ-інфекції

БО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть із ВІЛ/СНІД», м. Київ, Україна

Інформатизація сьогодні не є питанням майбутнього, це вже реальність. В рамках виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки в Україні, наказів МОЗ України та в рамках проекту «Доступ спільнот до послуг з догляду та лікування ВІЛ через зміцнення систем охорони здоров'я – ACCESS», який реалізується БО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть із ВІЛ/СНІД» (надалі – Мережа) разом із ДУ «Центр

громадського здоров'я МОЗ України» за підтримки Центрів контролю та профілактики захворювань США в рамках Надзвичайного плану президента США подолання ВІЛ/СНІДу (PEPFAR) розроблено та розпочато дослідну експлуатацію Єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширеності ВІЛ-інфекції (надалі – МІС ВІЛ).

Мета. МІС ВІЛ є загальнодержавною централізованою (працює в режимі реального часу –

on line) інформаційною системою, що забезпечує процеси збору, збереження, оброблення та передачі даних про епідемію ВІЛ-інфекції.

Матеріали та методи. МІС ВІЛ складається із наступних блоків: «Реєстрація», «Клінічний модуль», «Епідеміологія», «Логістика», «Лабораторія», «Стационар», «Адміністрування».

Результати. Вже на сьогодні активно експлуатується МІС ВІЛ у м.Києві, Вінницькій та Полтавській областях. Розпочато впровадження у Кіровоградській, Київській, Миколаївській, Одеській, Херсонській, Черкаській, Чернігівській областях. До кінця червня 2017 р. розпочнеться впровадження у Дніпропетровській та Запорізькій області. В дослідній експлуатації беруть участь заклади охорони здоров'я, які надають не тільки медичну допомогу ВІЛ-позитивній спільноті, а також і послуги з консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію загальному населенню. Протягом 2018–2019 років територія впровадження МІС ВІЛ буде розширено на всю країну.

Для ефективного впровадження МІС ВІЛ Мережею закуплено обладнання для створення 771

робочого місця, 639 медичних працівників пройшли навчання щодо її користування. Станом на кінець квітня 2017 року в систему внесено персональні та медичні дані 39921 пацієнта, здійснено 53609 консультацій лікарів, створено 24856 електронних рецептів, внесено 30266 результатів лабораторних досліджень.

Висновки. Впровадження МІС ВІЛ надасть можливість: на національному та регіональному рівні забезпечити отримання якісної та повної інформації щодо захворюваності, смертності, медичного нагляду та ефективності лікування; підвищити рівень оперативності щодо обміну інформацією, оптимізувати витрати на здійснення медичного нагляду та лікування; підвищити ефективність використання коштів за рахунок якісного планування та управління матеріально-технічними цінностями; гармонізувати діяльність усіх партнерів у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу; для медичних працівників – знизити витрати часу на пошук і доступ до необхідної інформації про пацієнта, роботу з паперовими медичними документами, підготовку звітно-облікових форм; для пацієнта – підвищити рівень доступу до якісних медичних послуг.

*Б.Б. Леськів, В.З. Свиридчук*

## Використання чотирипільної abcd-таблиці для обчислення коефіцієнта поєднання захворювань як перспективного підходу до подолання коморбідності при реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності

КУ «Обласна клінічна лікарня імені О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради, м. Житомир, Україна

Сучасні стратегії боротьби з епідемією неінфекційних захворювань потребують нових підходів до реабілітації коморбідних пацієнтів. Коморбідність (синоніми: поліморбідність, мультиморбідність, мультифакторні захворювання, пліорпатологія, поліпатії) – наявність в одного пацієнта кількох захворювань одночасно. Коморбідність перетинає низку спеціальностей і вимагає нового, інтегративного підходу для її подолання. Це висуває нові вимоги до реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності [2, 3].

Мета роботи – проаналізувати можливості використання чотирьохпільної abcd-таблиці та коефіцієнта поєднання захворювань як перспективного підходу подолання коморбідності при міжсекторальній реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності.

Для досягнення мети використано методи системного аналізу та комп'ютерного моделювання великих масивів даних (реєстрів інвалідів на електронних носіях інформації) за допомогою комп'ютерних технологій. Основним джерелом інформації слугувала електронний реєстр інвалідів Житомирської області. Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали методами варіаційної статистики, реалізованими стандартними пакетами прикладних програм статистики: Excel for Windows Professional та Statistica 6.0 [1].

Результати та їх обговорення. З появою великих масивів даних на електронних носіях, так званих реєстрів, відкриваються нові перспективи дослідження взаємозв'язків між хворобами. Запропонований В.З. Свиридчуком показник – коефіцієнт поєднання (Кп), виступає як числова міра поєднання хвороб [2]

Коефіцієнт поєднання (Кп) можна вираховувати за наступною формулою:

$$K_p = \frac{P \times N}{A \times B}, \quad (1)$$

де: Кп – коефіцієнт поєднання, од.; П – кількість випадків поєднання захворювань А і Б; Н – кількість населення; А – кількість випадків захворювання А у загальній популяції; Б – кількість випадків захворювання Б у загальній популяції. При цьому кількість захворювань (захворюваність) може враховуватись для будь-яких проміжків часу, однак, бажано не менше одного року [2].

Наприклад, у районі з населенням 100 тис. протягом року зареєстровано 5 тис. випадків артеріальної гіпертензії (А = 5000 випадків, частота або ймовірність в долях від одиниці  $P_a = 0,05$ , населення району становить 1,0, тому  $5000/100000=0,05$ ) і 3 тис. випадків ожиріння (Б = 3000 випадків, частота (ймовірність) в долях від одиниці  $P_b=0,03$ ). За теорією ймовірності при



випадковому поєднанні захворювань А і В їх ймовірності перемножуються [2]:  $P_{ab} = P_a \times P_b = 0,05 \times 0,03 = 0,0015$ .

У даному випадку ймовірність 0,0015 складає 150 хворих ( $0,0015 \times 100000 = 150$ ), у яких артеріальна гіпертензія поєднувалася з ожирінням. Тоді коефіцієнт поєднання становитиме:  $K_p = P \times N / A \times B = 150 \times 100000 / 5000 \times 3000 = 1,0$ .

В категоріях теорії ймовірності (формула 2) коефіцієнт поєднання становитиме:

$$K_p = P_{ab} \times 1,0 / P_a \times P_b = 0,0015 \times 1,0 / 0,05 \times 0,03 = 1,0 \quad (2)$$

У символах чотирихпільної abcd-таблиці формула для обчислення коефіцієнта поєднання хвороб набуває наступного вигляду:

$$K_p = a \times d / b \times c, \quad (3)$$

де: а – кількість населення в районі; b – кількість випадків хвороби А (у нашому випадку, кількість випадків артеріальної гіпертензії); с – кількість випадків хвороби В (у нашому випадку, кількість випадків ожиріння); d – кількість випадків поєднання хвороб А і В (у нашому випадку, кількість випадків поєднання артеріальної гіпертензії з ожирінням (АГ+О)).

У таблиці представлено розташування змінних а; b; с; d; для обчислення коефіцієнта поєднання у символах чотирихпільної abcd-таблиці за формулою 3.

Таблиця

#### Чотирихпільна abcd-таблиця для обчислення коефіцієнта поєднання хвороб

<b>a</b> Кількість населення у районі (100 тис.)	<b>b</b> Кількість випадків хвороби А (5000 випадків артеріальної гіпертензії)
<b>c</b> Кількість випадків хвороби В (3000 випадків ожиріння)	<b>d</b> Кількість випадків поєднання хвороб А і В (150 випадків артеріальної гіпертензії на тлі ожиріння)

$$K_p = a \times d / b \times c = 100000 \times 150 / 5000 \times 3000 = 1,0.$$

Насправді, коефіцієнт поєднання артеріальної гіпертензії з ожирінням не дорівнює одиниці, а становить 2,24, оскільки ці захворювання патогенетично взаємопов'язані і впливають одне на інше за типом синтропії. Це, між іншим означає, що ймовірність пацієнтів з ожирінням захворіти на артеріальну гіпертензію у 2,24 раза вища, ніж в осіб з нормальною масою тіла. У той же час, потрібно мати на увазі, що серед хворих на артеріальну гіпертензію осіб з ожирінням буде у 2,24 раза більше, ніж серед осіб з нормальним артеріальним тиском [2].

Головна ідея нового підходу до реабілітації полягає в тому, що кращого результату в поліморбідних пацієнтів з обмеженням життєдіяльності (інвалідів) досягається, якщо паралельно з основним захворюванням лікувати супутні захворювання, пов'язані з основним за типом синтропії. Оскільки, зазвичай супутні захворювань декілька, а лікування всіх хвороб одночасно неможливе через ризик поліпрагмазії, то обчислення  $K_p$  дає змогу визначити, яке із супутніх захворювань доцільно лікувати в першу чергу.

Практичний досвід використання  $K_p$  показав ефективність нового підходу, особливо за наявності великих масивів даних (реєстрів інвалідності) на електронних носіях, придатних для автоматизованої

обробки за допомогою сучасних комп'ютерних технологій.

Висновки:

1. Концепція поліморбідності – лікування найбільш значимих за величиною коефіцієнта поєднання захворювань, відкриває нові, перспективні підходи для реабілітації інвалідів.

2. Коефіцієнт поєднання доцільно обчислювати за допомогою комп'ютерних технологій в автоматичному режиму за наявності електронних баз даних (реєстрів) інвалідів.

#### Література

1. *Біостатистика* / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, М.В. Голубчиков, Б.О. Ледошук, В.М. Лехан, В.А. Огнев, Л.О. Литвинова, О.П. Максименко, О.Б. Тонковид. – К. : Книга плюс, 2009. – 184 с.
2. *Свиридюк В.З.* Використання чотирихпільної abcd-таблиці для обчислення коефіцієнта поєднання хвороб / В.З.Свиридюк // Український медичний альманах. – 2013. – № 2. – С. 70–73.
3. *Comorbidity is a strong predictor of early death and multiorgan system failure among patients with acute pancreatitis* / C. Frey, H. Zhou, D. Harvey, R.H. White // J. Gastrointest. Surg. – 2007. – 11(6). – P. 733–742.

*Х.І. Микита, І.М. Рогач, Г.О. Слабкий*

## **Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я України на основі стану здоров'я дітей шкільного віку м. Ужгорода в динаміці протягом 2012–2016 років**

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

Однією з найгостріших медико-соціальних проблем в Україні є стан здоров'я дитячого населення. На сучасному етапі розвитку спостерігається погіршення медико-демографічної ситуації, а саме зростання рівнів захворюваності, поширеності хвороб та інвалідності дитячого населення, що має надзвичайно важливе загальнодержавне значення. Процес депопуляції, що спостерігається в Україні набув характеру демографічної кризи, в умовах якої збереження життя і здоров'я кожної дитини набирає надзвичайно важливого загальнодержавного значення. Погіршення стану здоров'я дітей в Україні з 1990 років пов'язане з соціально-економічною нестабільністю суспільства, екологічними проблемами, недостатньою матеріально-технічною базою та недосконалою структурою системи охорони здоров'я, відсутністю санітарно-гігієнічних навичок у дітей та підлітків, відсутність у них пріоритетної спрямованості на здоров'я і мотивації до здорового способу життя.

В останні десятиліття спостерігаються зміни в стані здоров'я дітей та підлітків, які характеризуються зменшенням частоти інфекційних захворювань і збільшенням числа дітей з хронічною патологією неепідемічних захворювань та функціональними відхиленнями, ріст гастроентерологічної, алергічної та нервово-психічної патології, порушення обміну речовин, захворювань крові, порушень зору та опорно-рухового апарату, карієсу зубів. Найбільш поширеними захворюваннями серед школярів старших класів великих міст є хронічні захворювання ЛОР-органів, серцево-судинної та нервової систем, а також органів травлення.

Мета – вивчити стан здоров'я дітей шкільного віку м.Ужгорода у динаміці протягом 2012–2016 років.

Матеріали та методи. Проаналізований статистичний матеріал Інформаційно-аналітичного центру Закарпатської області щодо захворюваності школярів у динаміці протягом 2012–2016 років. Отримані матеріали оброблені статистичним методом за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel.

Результати. При аналізі захворюваності дітей шкільного віку м.Ужгорода в динаміці 2012–2016 рр. установлено, що найвища захворюваність серед школярів спостерігається у 2012 році, вона складає 2090,8‰; по області – 1394,5‰. У наступні роки загальна захворюваність серед школярів м.Ужгорода значно знижується і становить у 2013 р. 1510,9‰; по області –

1393,1‰; у 2014 р. в м.Ужгороді – 1650,5‰; по області – 1350,2‰; у 2015 р. в м.Ужгороді – 1626,8‰; по області – 1353,8‰ і у 2016 р. в м.Ужгороді захворюваність дещо зростає і становить 1749,5‰; по області залишається незмінною (1340,5‰).

У структурі захворюваності серед школярів м.Ужгорода та Закарпатської області в динаміці протягом 2012–2016 років найбільшу питому вагу займають хвороби органів дихання (39,41%; 42,49%; 40,39%; 40,57% і 35,22% відповідно в м.Ужгороді та 42,74%; 42,49%; 40,39%; 40,57% і 40,62% відповідно по області); найнижчу питому вагу займають новоутворення (0,19%; 0,26%; 1,22%; 1,17% і 1,01% відповідно в м.Ужгороді; по області – 0,78%; 0,79%; 0,81%; 0,87% і 0,89% відповідно).

Висновки:

1. Найвища захворюваність серед дітей шкільного віку м. Ужгорода спостерігається у 2012 році, складаючи 2090,8‰, а найнижча у 2013 році – 1510,9‰. По Закарпатській області загальна захворюваність у динаміці впродовж досліджуваних років (2012–2016 рр.) майже незмінна і становить: 1395,4‰; 1393,1‰; 1350,2‰; 1353,8‰ і 1340,5‰ відповідно.

2. У структурі захворюваності серед школярів м.Ужгорода та Закарпатської області в динаміці протягом 2012–2016 років найбільшу питому вагу займають хвороби органів дихання (39,41%; 42,49%; 40,39%; 40,57% і 35,22% відповідно в м.Ужгороді та 42,74%; 42,49%; 40,39%; 40,57% і 40,62% відповідно по області); найнижчу питому вагу займають новоутворення (0,19%; 0,26%; 1,22%; 1,17% і 1,01% відповідно в м.Ужгороді; по області – 0,78%; 0,79%; 0,81%; 0,87% і 0,89% відповідно).

3. Вивчення стану здоров'я дітей шкільного віку м. Ужгорода та Закарпатської області дає можливість нормувати розумові та фізичні навантаження, розробити гігієнічні нормативи і впровадити в діяльність освітянських закладів області оздоровчі заходи для зниження захворюваності і створення сприятливих умов для гармонійного розвитку і виховання підростаючого покоління.

4. Для покращення ситуації в Україні щодо захворюваності необхідні зміни в освітянській програмі з формування здорового способу життя, підвищення рівня медичних знань, спостереження за ризиками, спричиненими факторами довкілля тощо.

Н.М. Нізова

## Поточні виклики для Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»

ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», м. Київ, Україна

Створення Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (ЦГЗ) є одним із головних етапів впровадження комплексної реформи з удосконалення та оптимізації системи громадського здоров'я, що є частиною імплементації Україною Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони (Глава 22).

ЦГЗ покликаний стати науково-практичною установою медичного профілю, що здійснюватиме функції із забезпечення збереження і укріплення здоров'я населення, проведення соціально-гігієнічного моніторингу захворювань, епідеміологічного нагляду та біологічної безпеки, здійснення групової та популяційної профілактики захворюваності, боротьби з епідеміями та стратегічного управління з питань громадського здоров'я.

Мета. Визначити поточні та стратегічні пріоритети у посиленні потенціалу ЦГЗ на сучасному етапі розвитку системи громадського здоров'я в Україні

Матеріали та методи. У роботі були використані робочі матеріали МОЗ України, ЦГЗ.

Результати. Поточними пріоритетами для ЦГЗ є розвиток системи громадського здоров'я в країні, що передбачає наступні заходи:

- створення єдиної системи громадського здоров'я (ГЗ), оскільки цілісна система ГЗ відсутня, існує інституційна, законодавча та фінансова розпорошеність, відсутній план розвитку кадрового потенціалу;

- удосконалення правової бази, оскільки існуюча нормативна база не відповідає потребам країни та не гармонізована з вимогами Європейського союзу;

- посилення ролі МОЗ України в сфері розробки політик щодо громадського здоров'я на принципах «Здоров'я у всіх політиках» та «Єдиного здоров'я»;

- розбудова спроможності МОЗ України та ЦГЗ в частині організаційного та управлінського потенціалу;

- впровадження збалансованої інформаційної та комунікаційної стратегії в галузі ГЗ, оскільки на сьогодні єдина система моніторингу та оцінки інфекційних та неінфекційних хвороб в країні відсутня;

- покращення фінансування шляхом оптимізації витрат та консолідації ресурсів для потреб ГЗ;

- формування у суспільстві пріоритетності здорового способу життя та ефективної профілактики захворювань шляхом розробки та впровадження єдиної комунікаційної стратегії у сфері ГЗ.

Одним із кроків до перезавантаження стало створення міжвідомчої експертної групи з міжнародною участю щодо розробки концепції/стратегії розбудови

громадського здоров'я, що була затверджена наказом МОЗ №86-Адм від 07.12.2015 р.

Ключові досягнення Робочої групи:

- проведено 14 засідань під головуванням заступника в.о. Міністра охорони здоров'я О. Сивак та Керівника напрямку Групи підтримки для України Європейської Комісії Хосе Роман Леон Лора;

- співпраця з усіма національними та міжнародними партнерами (ЄС, CDC, WHO, PEPFAR, МОЗ, ЦГЗ, НАМН, тощо);

- розроблено стратегію розвитку системи громадського здоров'я в Україні;

- розроблено пакет документів для запуску роботи ЦГЗ.

Здійснено наступні стратегічні кроки:

- прийнято політичне рішення щодо повернення функцій епіднагляду (неінспекційних функцій) до Міністерства охорони здоров'я (2015 р.);

- створено Центр громадського здоров'я МОЗ України, обрано Генерального директора, заступників та забезпечується ефективне функціонування лабораторних центрів;

- урядом затверджено Концепцію реформування системи громадського здоров'я (Розпорядження КМУ 1002-р від 30.11.2016 р.);

- проведено оцінку Європейської Комісії та Європейського центру контролю за захворюваннями з питань системи епіднагляду за інфекційними захворюваннями (2016 р.);

- проведено оцінку у сфері безпеки крові (2015-2016 рр.);

- продовжується оцінка лабораторної мережі у сфері громадського здоров'я за участю BOOZ, CLSI, національних експертів (завершення у 3 кварталі 2017 р.);

- приєднання до міжнародної ініціативи «Глобальний порядок денний з питань здоров'я»;

- міжвідомчою РГ напрацьовується Дорожня карта з імплементації Глобального порядку денного (завершення у 2 кварталі 2017 р.);

- відновлено співпрацю з DTRA (США) щодо програми з питань біобезпеки, впроваджується електронна система епіднагляду EIDSS (завершення впровадження у 2019 р.);

- ініційовано розробку Концепції розбудови системи біобезпеки та біозахисту (2017 р.)

На сьогоднішній день ЦГЗ функціонує як нова окрема установа з постійним штатом у 82 одиниці та кошторисом у розмірі 1 459 000 грн (за 3 місяці 2017 р.). 13 квітня 2017 р. затверджено оновлений штатний розпис ЦГЗ на 282 особи та розпочато процес приєднання Українського центру контролю та моніторингу

захворювань МОЗ України (планується завершити до 01 липня 2017 р.).

Відповідно до наказів ЦГЗ створено наступні відокремлені структурні підрозділи: «Центр наукових досліджень», «Центр біологічної безпеки».

Розроблено структуру, порядок та штатні розписи окремих структурних підрозділів ЦГЗ (для Відділу стратегії імунізації – за участі міжнародних експертів ВООЗ).

МОЗ України погодило розподіл повноважень між заступниками генерального директора та кандидатури п'яти заступників: з управління та адміністративних питань, з координації програмних заходів та стратегічного розвитку, з нагляду за неінфекційними хворобами, з нагляду за інфекційними хворобами, з регіонального розвитку.

Наразі за активної участі МОЗ України, КМДА та CDC вирішується питання щодо виділення приміщення для потреб ЦГЗ (адміністративний та лабораторний блок).

Поточна ситуація щодо використання потенціалу регіональних лабораторних центрів в частині забезпечення функцій епідеміологічного нагляду потребувала від МОЗ прийняття політичного рішення щодо їх залишення в сфері управління МОЗ України. Координація діяльності лабораторних центрів за вказаними напрямками здійснюватиметься ЦГЗ. Лабораторні центри будуть здійснювати функції епіднагляду (спостереження та моніторингу) за інфекційними та неінфекційними хворобами. Результати аудиту функцій, завдань та проблемних питань у діяльності лабораторних центрів будуть включені до даних оцінки лабораторної мережі у сфері громадського здоров'я.

Висновки. Розбудова системи громадського здоров'я є частиною зобов'язань України в рамках процесу Євроінтеграції. Сьогодні пріоритетні завдання ЦГЗ спрямовані на підтримку Уряду та МОЗ України у галузі охорони здоров'я, становлення ефективного громадського здоров'я, формуванні надійної системи епідеміологічного нагляду.

*Н.М. Нізова, Л.І. Гетьман, О.К. Надута-Скринник,  
Л.М. Легкоступ, С.В. Рябоконт, Т.М. Стариченко, Л.С. Ничипоренко*

## **Оптимізація лікування ВІЛ-інфекції як основа стратегії подолання епідемії ВІЛ/СНІДу на засадах громадського здоров'я в Україні**

**ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», м. Київ, Україна**

**З**а період з 1987 по 2016 рр. в Україні офіційно зареєстровано 297422 випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України. У 2004 р. відбувся перший прорив у напрямку лікування хворих на СНІД в Україні, зокрема, було забезпечено АРТ для 1300 пацієнтів. Розширення масштабів послуг з догляду та лікування ВІЛ-інфекції призвело до різкого розширення доступу до АРТ. Станом на кінець 2016 року загальна кількість дорослих та дітей на АРТ майже 75 тис. осіб. Вирішальний вплив на рівень захворюваності на СНІД, показники смертності від хвороб, обумовлених СНІДом, та прямий вплив на зменшення рівня передачі ВІЛ має рівень охоплення АРТ не менше 90% потребуючих лікування. Відповідно до рекомендованих до затвердження Національних цілей, в Україні до 2020 р. АРТ повинні отримувати 196 тис. осіб. Згідно стратегії «Прискореного подолання епідемії ВІЛ-інфекції» (Fast Track), що спрямована на ліквідацію епідемії до 2030 р., як загрози громадському здоров'ю, для забезпечення здорового життя та благополуччя всіх людей, в Україні необхідно одночасно реалізувати низку заходів, спрямованих на активне виявлення не діагностованої ВІЛ-інфекції, інтенсивне розширення АРТ та ефективне лікування. Це надасть можливість прожити повноцінне життя людям з ВІЛ, зупинити епідемію ВІЛ/СНІДу в країні, попередити нові випадки інфікування та зменшити смертність від хвороб, зумовлених ВІЛ.

Мета: обґрунтування реалізації стратегії оптимізації лікування АРТ, розширення лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів з застосуванням сучасних підходів та стандартів.

Матеріали та методи: методом кабінетного дослідження зроблено аналіз 1) документів міжнародної політики в галузі охорони здоров'я та громадського здоров'я, 2) останніх змін документів державної політики в галузі охорони здоров'я України, 3) міжнародних стратегій і підходів до подолання епідемії ВІЛ, 4) стратегій ВООЗ щодо застосування підходів громадського здоров'я до подолання епідемії ВІЛ.

Результати: за останні 10 років в Україні відбулося розширення АРТ більше ніж в 20 разів, за останні 4 роки – на 60%. Станом на 1 січня 2017 р. отримують АРТ 74776 пацієнтів з ВІЛ-інфекцією. Розподіл пацієнтів за джерелами фінансування: Держбюджет 61,86%, Глобальний фонд 33,74%, Надзвичайний план президента Сполучених Штатів Америки (ПЕПФАР) 4,4%. Збільшилося державне фінансування АРТ на 2017 р. з 254 млн грн до 684 млн грн. З 2014 р. продовжено розбудову децентралізації в країні та розширення мережі ЗОЗ, для забезпечення лікування ВІЛ-інфікованих осіб, зросла кількість сайтів АРТ в 1,5 рази, які максимально наближені до місця фактичного проживання пацієнтів. Вірусологічна неефективність АРТ не перевищує 10%, відсоток ЛЖВ, які продовжують АРТ через 12 місяців від початку лікування становить 85–87%. Отримують

лікування на першій лінії АРТ 93,6%, другій – 6,0%, третій – 0,4% осіб. Для реалізації стратегії оптимізації лікування було внесено зміни до діючого клінічного протоколу, рекомендовано ініціювати ранній початок АРТ всім ВІЛ-інфікованим пацієнтам з пріоритетом –  $CD4 \leq 500$  кл/мм<sup>3</sup>. Внаслідок відмови від ННІЗТ першої генерації, стратегії зміни НІЗТ основи, забезпечення руху від ПІ та застосування АРВП на основі інгібіторів переносу ланцюга інтегрази (ПІЛІ) зменшено токсичний вплив АРТ, спрощено схеми лікування та надані переваги комбінованим формам з фіксованими дозами, в тому числі застосування генеричних препаратів, що обумовлює оптимальне співвідношення економічну/клінічну ефективність та поліпшує прихильність пацієнта до лікування.

Висновки: таким чином, приведення національних стандартів до кращих світових практик у сфері протидії ВІЛ-інфекції сприяє ефективному плануванню потреб у АРВП з метою забезпечення сталої відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні, застосуванню підходу (“*treat all*”) з використанням ефективною та безпечною АРТ. В основу оптимізації покладені принципи громадського здоров'я, як найбільш пріоритетні та ефективні, у порівнянні з індивідуальними підходами в профілактиці, лікуванні, підтримці людей з хронічними хворобами. Принцип дотримання збалансованості схем лікування дає можливість зменшити залежність від донорського фінансування в умовах обмеженості ресурсів в Україні та забезпечити досягнення цілей *Fast track* та стратегії ІОНЕЙДС.

*В.А. Огнев, С.Г. Усенко*

## Сучасні підходи післядипломної підготовки магістрів у Харківському національному медичному університеті

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета реформ, які зараз здійснюються в Україні, це перебудова держави і суспільства та наближення їх до європейських стандартів. Однією з основних сфер, що вирішують про щоденне життя громадян та ефективність публічних установ, є місцеве самоврядування. Саме тому реформа самоврядування та децентралізація є одним із найважливіших викликів, перед якими стоїть сьогодні Україна. Досвід багатьох країн світу показує, що ефективне місцеве самоврядування може стати ключовим чинником, що веде до побудови місцевої демократії, громадянського суспільства та підвищення стандартів життя громадян. Прискоренню цих реформ, безперечно, сприятиме асоціація України з ЄС.

Структурна реформа місцевого самоврядування та пошук найоптимальнішої для українських умов системної моделі організації місцевих громад є необхідними для динамічного розвитку країни. Проте не менш важливою передумовою успішної трансформації у місцевих громадах в Україні є забезпечення відповідних кадрів для реформованого місцевого самоврядування. Потрібною є велика кількість місцевих політиків, посадовців та чиновників для місцевого самоврядування, що діятимуть уже за базовою моделлю на європейських стандартах.

Мета: проаналізувати потрібність підготовки посадовців для місцевого самоврядування, які будуть працювати за новою моделлю.

Основна частина: сьогодні кадри для місцевого самоврядування в Україні природно формуються шляхом накопичення досвіду та знань під час нормальної, щоденної роботи. Але масштаб змін, які відбуваються, вимагає системних дій, що послужать підтримці цього природного процесу шляхом створення особам, що діють у структурах місцевого самоврядування в Україні, можливості здобути відповідні знання та пізнати

практичне функціонування місцевого самоврядування в умовах Європейського Союзу.

Роботодавець на ринку освіти в європейських державах стає все помітнішим новим гравцем. Але в Україні його участь у розвитку фахової освіти є фрагментарною. Серед факторів, які це зумовлюють, є такі, що знаходяться поза межами власне освітньої сфери.

Згідно сучасних потреб суспільства країни кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету вже третій рік займається підготовкою магістрів за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» на базі освітньо-кваліфікаційного рівня – спеціаліст. Освіта сприяє одержанню нової спеціальності та професії на основі раніше здобутої у закладі освіти і досвіду практичної роботи, поглибленню професійних знань, умінь за спеціальністю, професією. Кафедра відповідно навчальному плану викладає 13 дисциплін, на яких разом з циклом професійної підготовки (з вибірковими дисциплінами) надано 1560 годин. У навчальному процесі використовуються такі основні види навчальних занять: лекції; практичні заняття як з використанням класичних технологій, так і ділових, імітаційних ігор, аналізу конкретних виробничих ситуацій; консультацій тощо.

У навчальному процесі застосовуються денна форма навчання. Усі заняття проводяться з використанням мультимедійної техніки, інтерактивних дощок. Теми лекцій та практичних занять постійно поповнюються новими даними, прикладами та інформацією.

Наприкінці навчання майбутні магістри під керівництвом наукового керівника пишуть магістерську роботу по темах які актуальні на теперішній час, в подальшому проводиться захист цих робіт.

Висновки: таким чином, підготовка магістрів за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» є надзвичайно потрібним, оскільки практикуючий лікар

отримавши другу освіту, має можливість приймати участь в реформі місцевого самоврядування перед якими стоїть сьогодні Україна.

О.Б. Олексюк

## Тенденції захворюваності дитячого населення Львівської області

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

**М**ета – вивчити динаміку захворюваності дітей Львівської області за період 2006–2015 рр.

Матеріали і методи. Обчислені та проаналізовані показники захворюваності дітей (0–17 років) області, отримані за даними ф. № 12 МОЗ України. Порівняння середніх арифметичних показників захворюваності за два п'ятирічних періоди – 2006–2010 та 2011–2015 рр., проведено за допомогою непарного t-тесту.

Результати та обговорення. До переліку показників, які різносторонньо характеризують стан здоров'я населення і підлягають динамічному спостереженню та аналізу відносяться показники захворюваності. У сучасний період, коли в Україні значно загострилась проблема здоров'я населення, поглиблений аналіз показників захворюваності населення дає можливість розробити заходи щодо його поліпшення.

Порівняння середніх величин показників захворюваності дітей Львівської області за періоди 2006–2010 рр. та 2011–2015 рр. виявило значуще ( $p < 0,05$ ) їх зростання на 6,7% (з  $1321,3 \pm 30,8$  до  $1409,5 \pm 4,6$  на 1 тис. дітей) (табл.).

За порівнювальні п'ятирічні періоди структура захворюваності дітей області залишилась незмінною. Основну частку в структурі захворюваності дітей формували хвороби органів дихання, на які у період 2006–2010 рр. припадало 69,1%, а у 2011–2015 рр. – 70,5% усіх випадків захворювань. Наступні місця посідали хвороби: шкіри і підшкірної клітковини (відповідно 4,5% та 4,5%), органів травлення (4,2% та 3,8%), вуха та соскоподібного відростка (3,5% та 3,6%),

ока та придаткового апарату (3,5% та 3,4%). Разом вищеозначені п'ять класів хвороб склали у 2006–2010 рр. 84,8%, а у наступний п'ятирічний період – 85,8% усієї первинної захворюваності серед дітей області.

Порівняння середніх показників захворюваності дітей області за два п'ятирічні періоди за окремими класами (таблиця) показало значуще ( $p < 0,05$ ) зростання їх рівнів у зв'язку з хворобами восьми класів, у т.ч. з приводу чотирьох провідних класів хвороб. Так, за період 2011–2015 рр., у порівнянні із попереднім п'ятиріччям, значуще ( $p < 0,05$ ) зросла захворюваність за класами хвороб: органів дихання (на 8,9%), вуха і соскоподібного відростка (на 11,1%), шкіри і підшкірної клітковини (на 7,3%), ока та придаткового апарату (на 6,4%). Звертає на себе увагу значуще ( $p < 0,05$ ) збільшення рівнів первинної захворюваності дітей з приводу новоутворень (на 15,6%), хвороб нервової системи (на 24,1%), травм та отруєнь (на 5,2%), розладів психіки та поведінки (на 5,1%).

За останнє п'ятиріччя у Львівській області значуще знизилась середні показники захворюваності дітей тільки з приводу чотирьох класів хвороб: крові й кровотворних органів (на 24,3%), ендокринних хвороб, розладів харчування та обміну речовин (на 24,1%), ускладнень вагітності, пологів і післяпологового періоду (на 32,8%), окремих станів перинатального періоду (на 32,5%).

Зростання загальних рівнів захворюваності дітей спостерігається також і в цілому по Україні. За період 2011–2015 рр. середні показники захворюваності дітей області були на рівні загальноукраїнських показників ( $1409,5 \pm 4,6$  проти  $1375,9 \pm 27,3$  на 1 тис. дітей,  $p > 0,05$ ).

Таблиця

Захворюваність дітей Львівської області за класами хвороб (на 1 тис. дітей) (2006–2015 рр.)

Найменування класів МКХ-10	Середні (M±m) за:		Приріст середніх за два періоди (%)
	2006–2010 рр.	2011–2015 рр.	
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	37,6±0,9	38,0±1,3	1,1
Новоутворення	3,2±0,1	3,7±0,1*	15,6
Хвороби крові й кровотворних органів	16,9±0,4	12,8±0,6***	-24,3
Ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин	22,0±0,6	16,7±0,4***	-24,1
Розлади психіки та поведінки	5,9±0,1	6,2±0,1*	5,1
Хвороби нервової системи	13,3±0,5	16,5±0,5**	24,1
Хвороби ока та придаткового апарату	45,6±0,6	48,5±0,3**	6,4
Хвороби вуха і соскоподібного відростка	46,1±1,1	51,2±0,7**	11,1
Хвороби системи кровообігу	5,3±0,2	4,8±0,3	-9,4

Продовження таблиці

Хвороби органів дихання	913,1±28,9	994,3±8,3*	8,9
Хвороби органів травлення	55,8±1,4	53,8±0,2	-3,6
Хвороби шкіри і підшкірної клітковини	59,2±0,8	63,5±1,0**	7,3
Хвороби кістково-м'язової системи	27,8±1,2	28,6±0,8	2,9
Хвороби сечостатевої системи	28,9±1,2	31,3±0,7	8,3
Ускладнення вагітності, пологів і післяпологового періоду	0,58±0,02	0,39±0,02***	-32,8
Окремі стани перинатального періоду	7,44±0,42	5,02±0,01***	-32,5
Вроджені аномалії	3,96±0,09	4,20±0,07	6,1
Симптоми, ознаки та відхилення від норми	0,04±0,01	0,09±0,03	125,0
Травми та отруєння	28,6±0,4	30,1±0,5*	5,2
Усі хвороби	1321,3±30,8	1409,5±4,6*	6,7

Примітка: значущість різниці при порівнянні середніх за два п'ятирічні періоди: \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001.

Висновки. За період 2011–2015 рр. у Львівській області спостерігається зростання рівнів захворюваності дитячого населення, що потребує подальшого

поглибленого вивчення соціальних та економічних чинників, які на них впливають.

Л.Л. Пінський<sup>1</sup>, Т.М. Радченко<sup>2</sup>, М.О. Овчаренко<sup>2</sup>

## Використання замісної гормональної терапії у профілактиці рецидивів вживання наркотиків у наркозалежних жінок із гіпотиреозом

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Україна

При аналізі рецидивонебезпечних станів при опіоїдній залежності (ОЗ) значну увагу приділяється псевдоабстинентному синдрому (ПАС), коли клінічні прояви соматичної патології схожі з симптомами абстиненції, що провокує у пацієнтів повторне вживання психоактивних речовин. Раніш нами була доведена патогенетична роль реактивації хронічного вірусного гепатиту С в індукції ПАС та доцільність корегуючої терапії у попередженні рецидивів вживання опіоїдів.

Метою дослідження стала оцінка клінічної ефективності замісної гормональної терапії лівотироксином у наркозалежних жінок із гіпотиреозом щодо розвитку псевдоабстинентного синдрому.

Матеріали і методи. Під наглядом знаходилося 74 наркозалежних жінки у віці від 18 до 41 року, у яких був верифікований малопрогредієнтний варіант ОЗ із аутоімунним тиреоїдитом та гіпофункцією щитоподібної залози. Загальна група хворих була розподілена за допомогою генератора випадкових чисел на 2 групи – основну (38 пацієток у віці від 19 до 41 року) та групу співставлення (36 пацієток у віці від 18 до 39 років). Основній групі крім загальноприйнятого лікування була призначена замісна гормональна терапія – лівотироксин в дозі від 75 до 150 мкг на добу, групі співставлення протягом диспансерного спостереження була призначена лише загальноприйнята терапія.

Результати дослідження. Впродовж 3 місяців спостереження після виписки зі стаціонару із

38 пацієток основної групи ПАС розвинувся у 11 (28,9%), а у 27 (71,1%) хворих симптомів ПАС не було визначено. В групі співставлення з 36 пацієток ПАС розвинувся у 22 (61,1%) хворих, а у 14 (38,9%) не було симптомів ПАС. При порівнянні показників основної та групи співставлення за допомогою частотного калькулятора нами був встановлено, що при призначенні замісної терапії лівотироксином частота ПАС була в 2,1 рази нижчою в основній групі, ніж в групі співставлення (p<0,001).

При непараметричному аналізі лабораторних показників тиреоїдного статусу в групах наркозалежних жінок після виписки та через 3 місяця диспансерного спостереження. Встановлено, що безпосередньо після виписки в обох групах пацієток сироватковий рівень вільного трийодтироніну (Т3) був вірогідно (p<0,001 за Mann-Whitney) нижчим ніж в групі донорів (1,2±0,1 пг/мл, Q<sub>25</sub>-Q<sub>75</sub> = 0,9–1,6 пг/мл – основна; 1,4±0,1 пг/мл, Q<sub>25</sub>-Q<sub>75</sub> = 0,8–1,8 пг/мл – група співставлення; 3,5±0,1 пг/мл, Q<sub>25</sub>-Q<sub>75</sub> = 2,7–4,1 пг/мл – група донорів).

Нами була проаналізована динаміка показників тиреоїдного статусу пацієток основної та групи співставлення після тримісячного диспансерного спостереження та призначення замісної гормональної терапії наркозалежним хворим основної групи. Після повторного забору крові рівень Т3 в сироватці крові наркозалежних хворих основної групи збільшився в 2,7 рази до 3,2±0,1 пг/мл (Q<sub>25</sub>-Q<sub>75</sub> = 1,7–3,9 МЕ/мл), що

перевищувало показники групи співставлення в 2,1 рази ( $1,5 \pm 0,1$  пг/мл ( $Q_{25}-Q_{75} = 0,8-2,1$  МЕ/мл;  $p < 0,001$  за Mann-Whitney) та не мало вірогідних відмінностей від показників донорів ( $3,5 \pm 0,1$  пг/мл;  $Q_{25}-Q_{75} = 2,7-4,1$  МЕ/мл;  $p > 0,256$  за Mann-Whitney).

Висновки. 1) Проведення замісної гормонотерапії ліво tiroксином вірогідно зменшує частоту розвитку псевдоабстинентного синдрому протягом диспансерного спостереження у наркозалежних жінок із аутоімунним тиреоїдитом та гіпотиреозом ( $p < 0,001$  за частотним калькулятором). 2) Після проведення замісної гормонотерапії ліво tiroксином у наркозалежних жінок відбулось вірогідне зменшення вмісту ТТГ в сироватці крові з  $7,7 \pm 0,2$  МЕ/мл ( $Q_{25}-Q_{75} = 5,5-11,6$  МЕ/мл) до  $2,2 \pm 0,1$  мкМЕ/мл ( $Q_{25}-Q_{75} = 0,9-3,4$  мкМЕ/мл), що не мало вірогідних відмінностей від показників донорів ( $2,4 \pm 0,1$  мкМЕ/мл;  $Q_{25}-Q_{75} = 1,5-2,8$  мкМЕ/мл;  $p > 0,256$  за Mann-Whitney). 3) В основній групі зменшення частоти розвитку псевдоабстинентного синдрому після призначення замісної гормональної терапії

супроводжувалося вірогідним зростанням вмісту вільного Т4 (тироксину) з  $0,4 \pm 0,1$  нг/мл ( $Q_{25}-Q_{75} = 0,3-0,5$  нг/мл) до  $1,1 \pm 0,1$  нг/мл ( $Q_{25}-Q_{75} = 0,7-1,5$  нг/мл) ( $p < 0,001$  за Wilcoxon) та збільшенням вмісту Т3 (трийодтироніну) з  $1,2 \pm 0,1$  пг/мл ( $Q_{25}-Q_{75} = 0,9-1,6$  пг/мл) до  $3,2 \pm 0,1$  пг/мл ( $Q_{25}-Q_{75} = 1,7-3,9$  пг/мл) ( $p < 0,001$  за Wilcoxon). Показники вмісту вільних Т3, Т4 та ТТГ після проведення замісної терапії практично не мали вірогідних відмінностей від показників групи донорів ( $p < 0,001$  за Mann-Whitney). 4) Найбільші дискримінантні властивості в основній групі протягом проведення замісної гормональної терапії мали: рівень вільного tiroксину ( $F=59,2$ ;  $p < 0,001$ ) та тиротропного гормону ( $F=33,0$ ;  $p < 0,001$ ). 5) В клінічній практиці є доцільним використання замісної гормональної терапії ліво tiroксином в групі наркозалежних жінок із коморбідним аутоімунним тиреоїдитом та гіпотиреозом з метою попередження розвитку псевдоабстинентного синдрому в періоді диспансеризації цієї групи хворих.

Т.В. Плужнікова, І.В. Белікова, Л.В. Савченко

## Роль санітарно-просвітницької роботи студентів-волонтерів у формуванні відповідального ставлення кожної людини до власного здоров'я

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Здоров'я як глобальний соціокультурний феномен, провідна цінність світового співтовариства, передбачає необхідність системної, комплексної діяльності з його покращення, основу якої складає формування відповідального ставлення до здоров'я. У сучасних умовах розвитку суспільства проблеми збереження, зміцнення і розвитку духовного, фізичного та психічного здоров'я громадян набули особливої актуальності [1, 2]. Життя і здоров'я людини є найвищою цінністю й одним із головних показників цивілізованості суспільства. Фактори що впливають на здоров'я населення – це узагальнений термін для характеристики сукупності чинників й умов, які впливають на здоров'я людини. Існують різні підходи до класифікації факторів здоров'я. Так, наприклад, розрізняють *специфічні чинники*, до яких відносяться стан здоров'я, особливості способу життя, інформованість у сфері здоров'я, вплив сім'ї, школи, системи охорони здоров'я, і *чинники загального порядку*, які визначаються соціально політичною системою суспільства, особливостями культури, економічною ситуацією. Крім того, їх поділяють на модифіковані (ті, які піддаються впливу людини) та не модифіковані (ті, на які вплинути не можна), а також на ендогенні (внутрішні) та екзогенні (зовнішні). Сьогодні на здоров'я підлітків найпомітніше впливають чинники, дія яких раніше була значно меншою. Більшість із чинників ризику починають інтенсивно діяти саме в молодому віці [4].

Турбота про здоров'я молодого покоління України, навчання людини ще з дитинства здоровому способу життя є одним з провідних напрямів виховної роботи. Формування відповідального ставлення до здоров'я визначено як системну діяльність, спрямовану на вироблення та виявлення позиції щодо здоров'я в особистості в спеціально створюваних умовах [1]. На процес формування здорового способу життя значно впливає санітарно-просвітницька робота серед молоді в першу чергу, оскільки від стану здоров'я випускників залежить благополуччя молоді сім'ї, виробничий потенціал і обороноздатність країни. Стан здоров'я студентської молоді – один із важливих узагальнюючих параметрів здоров'я нації. Студентство являє собою потенціал кваліфікованих трудових ресурсів країни, основний інтелектуальний потенціал суспільства [3, 6]. Відсутність знань про культуру здоров'я призводить до того, що понад 50% старшокласників мають слабкі уявлення про теорію здорового способу життя, спробували наркотики, вступали у статеві стосунки [5].

Мета: висвітлити значення санітарно-просвітницької роботи студентів волонтерських загонів на формування здорового способу життя молоді.

Матеріали та методи: звіти з виховної роботи щодо проведення санітарно-просвітницького виховання, звіти волонтерських загонів. В роботі були використані наступні методи – аналітичний, бібліосемантичний.

Результати. На сьогодні у Полтаві існують волонтерській загін «Єдність» (створений із членів



колишнього загону «В ритмі молоді») ВДНЗУ «УМСА» і волонтерський загін «Молодь за здоровий спосіб життя», який протягом 4 років функціонує на кафедрі соціальної медицини «УМСА». На виконання державної цільової соціальної програми «Молодь України» на 2016–2020 роки студенти Української медичної стоматологічної академії у позанавчальний час проходили тренінги з теоретичної та практичної підготовки.

Студенти-волонтери під керівництвом викладачів проводять інформаційно-пропагандистську та профілактичну роботу серед молоді міста. Були проведені тренінгові заняття серед дітей дитячих садочків «Соняшник» та «Теремок» м. Полтава, серед школярів 5–6 та 10–11 класів СШ № 3, № 14 та № 19, для учнів школи-інтернату № 1 і № 2 та приватної школи "Чарівний світ", серед студентів Полтавської аграрної академії та Полтавського педагогічного університету. Особливе місце у формуванні соціального та психічного здоров'я населення займають суто інтерактивні ігри. Головна їх мета – зміна і покращення моделі поведінки учасників навчально-виховного процесу, а зміст складають самопізнання, аналіз і активізація. Студенти волонтерського загону проводять наглядну інтерактивну гру у Полтавських дошкільних навчальних закладах про необхідність чищення зубів, демонстрацію правильної техніки чищення зубів серед дошкільнят, загальне ознайомлення дітей з зубом як органом, розповідь про його значення і гра в загадки на тематику гігієни зубів. До студентського волонтерського загону були також задіяні студенти іноземного факультету, які провели санітарно-просвітницьку роботу серед учнів різних шкіл.

Санітарно-просвітницька робота проводиться згідно розробленому плану заходів обласного департаменту і включає наступні теми: «Здоровий спосіб життя як основа здоров'я», «Гігієна порожнини рота» «Про комплекс заходів здорового харчування», «Планування сім'ї. Контрацепція. Профілактика абортів», «Здорове та раціональне харчування – яким воно повинно бути», «Як зберегти здоров'я зубів», «Шкідливі звички та їх наслідки» тощо.

Висновки: ніщо не може змусити людину вести здоровий спосіб життя, охороняти і зміцнювати власне здоров'я, якщо людина сама не буде свідомо формувати

власний стиль здорової поведінки. Формування здорового способу життя починається ще з дитячих років і базується на особисто-мотиваційних якостях кожної людини. А виробити такі якості можливо за допомогою проведення санітарно-освітньої діяльності серед дошкільнят, учнів та студентів.

### Література

1. Гусак П.М., Зимівець Н.В., Петрович В.С. Відповідальне ставлення до здоров'я: теорія та технології: Монографія / П.М. Гусак, Н.В. Зимівець, В.С. Петрович; [за ред. д-ра педагог. наук, проф. П.М. Гусака]. – Луцьк: ВАТ „Волинська обласна друкарня”, 2009. – 219 с.
2. Защик Н.С. Формування здорового способу життя як фактор збереження психічного здоров'я населення / Н.С. Защик // Формування здорового способу життя як фактор збереження психічного здоров'я населення. – Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3. – С. 50–54.
3. Кошманюк М.В. Особливості формування здорового способу життя студентів в умовах вищого Навчального закладу / М.В. Кошманюк // Педагогіка і психологія професійної освіти. – 2012. – № 4. – С. 69–73.
4. Ратинська О.М. Формування відповідального ставлення до здоров'я у підлітків / О.М. Ратинська // Науковий вісник Ужгородського університету : Серія: Педагогіка. Соціальна робота / гол. ред. І.В. Козубовська. – Ужгород : Говерла, 2014. – Вип. 30. – С. 147–150.
5. Свириденко С.О. Шляхи формування свідомого ставлення до власного здоров'я старшокласників інтернатних закладів / С.О. Свириденко // Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді: Збірник наукових праць. – Вип. 16, кн. 3. – Кам'янець-Подільський : Видавець ПП Зволейко Д.Г., 2012. – С. 164–172.
6. Формування здорового способу життя молоді в Україні: національна модель „Молодь за здоров'я” / П. Шатц, О. Балакірева [та ін.]. – К.: Укр. ін.-т соц. досліджень, 2015. – 130 с.

*І.М. Рогач, А.І. Палко, Р.Ю. Погоріляк, І.І. Гаджега*

## Порівняльна характеристика ефективності організації первинної медичної допомоги населенню в Україні та Угорщині на основі показників здоров'я населення

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

Первинна медико-санітарна допомога є основною і найважливішою ланкою в організації охорони здоров'я населення та збереження громадського здоров'я в цілому. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах

загальної практики / сімейної медицини (ЗП/СМ) дає змогу поліпшити демографічну ситуацію, досягнути справедливого розподілу і раціонального використання бюджетних коштів, активно регулювати рівень показників громадського здоров'я [2].

Сімейна медицина – це найбільш доступна форма медичної допомоги населенню, одна з найбільш ефективних стратегій підвищення результативності системи охорони здоров'я в цілому, а також справедливого розподілу і раціонального використання бюджетних асигнувань в галузі медицини. Вона спрямована, в першу чергу, на вирішення проблем збереження і зміцнення здоров'я всього населення [1]. У цілому світі саме сімейна медицина, поряд із засадами страхової медицини, в своїй більшості працює на основі приватної практики. Тому вона є ефективною, успішною, не громіздкою і динамічною.

Доказом цього є функціонуюча система первинної медичної допомоги в Угорщині, яка діє поряд із страховою медициною та функціонує за децентралізованим принципом управління та фінансування. В Україні, на сьогоднішній день, триває реформування системи охорони здоров'я, переведення її на страхову модель розпочнеться вже цього року і триватиме три роки [4]. Стартує запуск сімейної медицини європейського зразка на базі існуючої первинної ланки української системи охорони здоров'я (поліклініки, амбулаторії, ЦПМСД) [3]. Нова, реформована система ОЗ, зокрема первинна медична допомога повинна стати модернізованим методом підвищення доступності медичної допомоги населенню, раціонального використання державних коштів та найголовніше – збереження профілактичного принципу ОЗ і покращення показників громадського здоров'я [2].

Мета. Оцінити якість та ефективність роботи сімейної медицини в Україні на основі показників захворюваності на основні нозології, проаналізувати їх динаміку протягом 2011-2015 рр. Порівняти отримані результати з аналогічними в Угорщині та обґрунтувати необхідність реформування системи ПМСД шляхом переходу на страхову модель охорони здоров'я та запровадження приватної практики в роботі СЛ.

Матеріали та методи дослідження. Авторами було проаналізовано динаміку показників неепідемічної захворюваності населення в Україні та Угорщині в порівнянні з ЄС за період 2011-2015 рр. Було проведено порівняльний аналіз організації роботи ПМСД на основі сімейної медицини у вищезгаданих країнах.

Результати досліджень та їх обговорення. Нами було встановлено, що забезпеченість населення лікарями всіх спеціальностей (на 10 тис. нас.) в Україні у 2015 р. складала 31,0, в той час як в Угорщині – 36,5. Питома вага сімейних лікарів серед всіх спеціальностей в Україні в 2015 р. становила 9,9%, в Угорщині – 17,5% цього ж року. Це безпосередньо впливає на якість та ефективність роботи цієї ланки. Аналізуючи нозологічну структуру неепідемічної захворюваності виявлено, що рівень захворюваності населення України на серцево-судинну патологію у 2015 році зменшився на 1,1% в порівнянні з 2011 р., в Угорщині протягом аналогічного періоду часу підвищився на 11,2% (з 4032,26 у 2011 до 4480,6 у 2015 р. на 100 тис. нас.). Захворюваність населення України на злоякісні новоутворення всіх локалізацій за порівнювані роки знизилась на 8,1% (з 926,7 у 2011 до 856,9 у 2015 на 100 тис. нас.), в Угорщині – підвищилась на 27,7% (з 2723,71 в 2011 р. до 3478,47 у 2015 на 100 тис. нас.). Для

наочності ми порівняли отримані дані з аналогічними показниками в середньому по Європі. Показники смертності від серцево-судинних захворювань на сьогоднішній день серед Європейських країн найнижчі у Франції (330 на 100 тис. нас.), в той час як Україна знаходиться на останньому тридцятому місці в цьому рейтингу (1490 на 100 тис. нас.). Багато науковців вважають причиною способі життя населення цих держав, зокрема вживані ними продукти харчування та напої, шкідливі звички. Середній показник захворюваності на серцево-судинну патологію в Європі за останні 10 років зростає аналогічно Україні та Угорщині. Щодо онкозахворювань, то в Європі середній рівень захворюваності на онкопатологію у 2,5–3 рази нижчий ніж у нашій державі. В Угорщині цей показник взагалі в 3 рази перевищує український. Рівень захворюваності населення на хвороби органів дихання за аналогічний період часу в Україні підвищився на 1,0%, в Угорщині – підвищився на 1, 4%. Середній показник захворюваності населення Європи на патологію органів дихання на 30–40% нижчий ніж в Україні, та на 22,75% нижчий ніж в Угорщині.

Висновки.

1. Результати порівняльного аналізу показників захворюваності населення України та Угорщини, в порівнянні з середніми показниками в Європі, продемонстрували доцільність підвищення рівня кадрового забезпечення первинної ланки медичної допомоги та посилення профілактичного напрямку підготовки спеціалістів.

2. Більшість науковців Європи та Світу вважають причиною негативної тенденції показників захворюваності населення Угорщини та України нездоровий спосіб життя населення (низький рівень фізичної активності, тютюнопаління, вживання великої кількості алкоголю, нездорове харчування) та несвоєчасне звернення за медичною допомогою.

3. Порівняльний аналіз показників захворюваності населення на досліджувану патологію в Україні, Угорщині та Європі в цілому доводять доцільність реформування системи організації надання первинної МД на засадах сімейної медицини з обов'язковим страхуванням населення країни.

4. Децентралізоване фінансування та забезпечення повного прозорого контролю за обігом коштів між постачальником та замовником послуг покращить громадське здоров'я України. Це можливо тільки при впровадженні стандартних протоколів та електронного інформаційного ведення медичної документації та контролю.

## Література

1. *Європейська база даних статистичної інформації «Здоров'я для всіх».*
2. *Кінаш М.І., Боярчук О.Р., Галіяш Н.Б. Роль сімейного лікаря в системі ОЗ Польщі / М.І. Кінаш, О.Р. Боярчук, Н.Б. Галіяш // Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, матеріали конференції.*

- СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА №5 (55), 2014, стор. 152–154.
3. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / За ред. Квіташвілі О. ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2015. – С. 27–29.*
4. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / За ред. Шафранського В. В. ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2016. – С. 27–29.*

*І.М. Рогач, Р.Ю. Погоріляк, М.М. Смірнов, В.В. Жорник*

## **Поінформованість медичних кадрів у питаннях реформування охорони здоров'я в Україні**

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

**В** сучасних умовах, зважаючи на докорінні зміни суспільно-економічних відносин, радянська модель охорони здоров'я Семашка втратила колишню ефективність та успішність в практичному застосуванні. Про це свідчить незадовільна оплата праці медичних працівників, відсутність адекватного забезпечення лікарняно-профілактичних закладів медикаментами та устаткуванням і, як наслідок, низька оцінка населенням якості медичної допомоги. Зважаючи на це, в кінці 2016 року Міністерство охорони здоров'я України обрало новий вектор реформування галузі: фінансування пацієнта, а не закладу.

Мета роботи – вивчення поінформованості медиків, а саме лікарів та студентів 6-го курсу медичного факультету в актуальних питаннях теперішнього реформування медичної галузі в Україні.

Матеріали та методи. Лікарям та студентам 6-го курсу було запропоновано анонімно відповісти на запитання розробленої нами анкети, що охоплює певні аспекти сучасних реформ галузі охорони здоров'я та питання джерел отримання даної інформації. Респондентів було розподілено на три однакові за кількістю опитаних вікові групи: студенти 6-го курсу (1 гр.), лікарі віком від 24 до 49 років (2 гр.) та лікарі старше 50 років (3 гр.). Для обробки результатів анкетування були використані статистичні методи.

Результати. В ході дослідження було з'ясовано, що свідомо слідкують за реформами 53,3% студентів та 83,3% лікарів в обох групах. Переважна більшість (76,7–90%) всіх респондентів отримує інформацію про реформи з інтернету. Студенти майже не отримують новин з газет або професійних видань, проте серед решти опитаних – практикуючих лікарів, дані джерела користуються більшою популярністю (2 гр. – 23,3% і 53,3%, 3 гр. – 33,3% і 56,7% відповідно). Всього 40% студентів зазначили, що відвідують офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. У лікарів даний показник

дещо вищий: 63,3% у 2 гр. та 50,0% у 3 гр. Але в усіх трьох групах частота відвідувань сайту є низькою (1 раз на місяць та рідше). Також, лише 13,3% з усіх учасників дослідження підписані на офіційну сторінку Міністерства охорони здоров'я України в соціальних мережах. Більше 80% опитаних в усіх групах відмітили, що знають про нову модель фінансування первинної медико-санітарної допомоги, але правильно зазначили запланований початок приписної кампанії лише 16,7% респондентів у 1 гр., 33,3% у 2 гр., 40,0% у 3 гр. Більше 50% проанкетованих відмітили, що знають про проект гарантованого пакету первинної медичної допомоги, але менше 13,3% з ним ознайомились. Також жодного респондента у 1 гр., лише 33,3% у 2 гр. і 40,0% у 3 гр. правильно відмітили запланований рік початку реорганізації вторинного та третинного рівня медичної допомоги. На запитання наявності на робочому місці комп'ютера, що відповідає сучасним вимогам, всього 46,7% лікарів у 2 гр. та 30,0% у 3 гр. зазначили, що мають такий.

Висновки. Більшість респондентів недостатньо поінформовані у питаннях новітнього реформування галузі охорони здоров'я в Україні, хоча вказали, що свідомо за цим слідкують. При цьому варто зазначити, що студенти-медики виявились менш обізнаними в порівнянні зі старшими колегами.

Більше половини опитаних зазначили, що не мають на робочому місці комп'ютера, за яким можна повноцінно працювати, отже, вони не матимуть можливості користуватися державними електронними базами даних, створення яких є одним із елементів реформування системи охорони здоров'я.

Також, показовою є низька зацікавленість студентів медичного факультету курсами за вибором з медико-соціального менеджменту і, як наслідок, недостатнє розуміння системи ринкових відносин, в умовах якої вони провадитимуть свою професійну діяльність.

*І.М. Рогач, Р.Ю. Погоріляк, Д.Я. Шун*

## **Питання забезпеченості інформаційними технологіями первинної ланки медичної допомоги Закарпатської області**

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

**В** даному дослідженні взяло участь всього 176 лікарів – 20,45% чоловіків та 79,55% жінок. Сімейні лікарі склали 40,91%, дільничні лікарі-терапевти – 42,05% та 17,05% дільничні лікарі-педіатри.

За результатами дослідження головними факторами, що зумовили невідкладну необхідність інформатизації охорони здоров'я і розвитку інформаційних технологій у Мукачівському, Хустському та Міжгірському районах Закарпатської області, були: необхідність створення єдиної електронної бази пацієнтів (71,2%), наявності достатнього рівня комп'ютеризації робочих місць (64,5%), обмежений доступ пацієнтів до інформації стосовно медичних закладів та їхньої діяльності (21%).

За висновками більшості респондентів (57%), за період реформування охорони здоров'я на засадах загальної практики-сімейної медицини – стан галузі покращився, 23% опитаних вважають, що змін не відбулось і всього 20% помітили погіршення стану інформатизації галузі. Найбільш важливими ознаками покращення інформатизації охорони здоров'я в даних районах були: збільшення забезпечення комп'ютерами, доступність Інтернету, покращення управління первинною медико-санітарною допомогою. Все ж залишається проблема великого обсягу звітності медичних закладів та витрати робочого часу медичних працівників на ведення документації, питання організації консультативної допомоги лікарям і хворим.

З основних функцій інформатизації охорони здоров'я в досліджених районах області реалізуються: підвищення рівня кваліфікації лікарів та медичних сестер шляхом застосування інформаційних технологій підтримки навчального процесу, підвищення рівня комп'ютерного забезпечення медичних закладів та комп'ютерної грамотності медичних працівників, забезпечення якості надання медичної допомоги шляхом застосування комплексу інформаційних систем (електронні історії хвороби, програмно-апаратні діагностичні комплекси).

За результатами дослідження визначено наступні завдання подальшого розвитку інформатизації охорони здоров'я в даних районах: інформаційна підтримка виконання державних та регіональних програм з охорони

здоров'я, інформаційне забезпечення первинної медико-санітарної допомоги та управління якістю медичної допомоги населенню.

У досліджених районах області було створено недостатньо сприятливі умови для виконання завдань інформатизації охорони здоров'я, зокрема налагодження зовнішніх та внутрішніх комунікацій у системі охорони здоров'я, створення системи координації та управління інформаційним забезпеченням, технологічного забезпечення виконання завдань інформатизації. На даний момент інформатизація охорони здоров'я області не забезпечила зменшення обсягу звітності в медичних закладах, не сприяла злагоженості роботи первинної і вторинної ланок, не покращила організацію консультативної роботи, не вплинула масштабно на якість підготовки медичних працівників.

**Висновки:**

За висновками більшості респондентів (57%), за період реформування охорони здоров'я на засадах загальної практики-сімейної медицини – стан галузі покращився але все ж залишається проблема великого обсягу звітності медичних закладів та витрати робочого часу медичних працівників на ведення документації, питання організації консультативної допомоги лікарям і хворим.

Перспективність дослідження полягає в постійному обґрунтуванні шляхів розвитку інформатизації охорони здоров'я та впровадження сучасних медичних інформаційних технологій в Закарпатській області.

Основою подальшої інформатизації охорони здоров'я є створення єдиного медичного простору України. Процес його формування базується на новітніх інформаційних, телекомунікаційних технологіях та медичних інформаційно-аналітичних системах. До його складу включаються галузеві та регіональні бази даних системи, які включають системи медико-статистичного аналізу інформації. Створення такого інформаційного середовища повинно сприяти забезпеченню процесу управління охороною здоров'я. В подальшому це дозволить інтегрувати систему охорони здоров'я України у світовий інформаційний простір.

Р.А. Родина<sup>1</sup>, Н.С. Родина<sup>2</sup>

## Організація епіднадзора за легіонельозом, основні підходи до оцінки ризику інфікування *Legionella pneumophila*

<sup>1</sup>ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна<sup>2</sup>ДУ «Київський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Проблема вивчення легіонельозу (хвороби легіонерів), як відносно нової нозології, є надзвичайно актуальною для країн усього світу. Збудник хвороби легіонерів – *Legionella pneumophila* вперше виявлений у 1977 році та став причиною спалаху важкої форми пневмонії під час конгресу організації «Американський легіон» в м. Філадельфія, Сполучені штати Америки, в 1976 році. З тих часів вона асоціюється зі спалахами, пов'язаними з низькоякісним технічним обслуговуванням штучних водних систем, особливо в стояках водяного охолодження і випарних конденсаторах, що використовуються в системах кондиціонування повітря і промислового охолодження, системах гарячого і холодного водопостачання у громадських та приватних будинках і в гідромасажних ваннах.

Інфікування збудником легіонельозу найчастіше відбувається при вдиханні контамінованого легіонелами аерозолю, який формується при розпиленні води, утворенні струменів або водяного туману. Інфікування може також відбуватися як результат аспірації контамінованої легіонелами води і льоду.

Інкубаційний період хвороби легіонерів становить 2–10 днів. За клінічними ознаками легіонельоз може проявлятися у вигляді тяжкої легіонельозної пневмонії (хвороба легіонерів), гострого респіраторного захворювання (лихоманка Понтіак), лихоманки Форт-Брагг (лихоманка, висипи на шкірі) та мати безсимптомний перебіг. Смерть настає внаслідок прогресивної пневмонії з розладом, зупинкою дихання та поліорганною недостатністю.

Високий ризик інфікування легіонелами притаманний для персоналу, який здійснює технічне обслуговування та ремонт водяних систем охолодження і кондиціонування.

Фактори ризику внутрішньолікарняної легіонельозної пневмонії наступні: нещодавно перенесена хірургічна операція, інтубація, яка являє собою процес введення трубки в трахею, механічна вентиляція, аспірація, наявність назогастральних трубок і використання обладнання респіраторної терапії. Найбільш сприйнятливими суб'єктами є пацієнти з порушеною імунною системою.

Прогностичними факторами смерті внаслідок хвороби легіонерів є несвоєчасні діагностика захворювання та призначення належного лікування за допомогою антибіотиків; похилий вік (понад 60 років); гендерна приналежність (переважно хворіють чоловіки), наявність супутніх хвороб.

Мета: проведення оцінки ризиків можливого інфікування *L. pneumophila* людей, що проживають в

готелях України з використанням лабораторного дослідження об'єктів зовнішнього середовища (зразків води та змивів).

Матеріали та методи. Проведено аналіз повідомлень про випадки захворювань, що надійшли з Європейського центру контролю захворювань (ECDC). Досліджено 66 зразків об'єктів зовнішнього середовища (ОЗС), відібраних в 7 готелях України, у т.ч.: вода – 22, змивів з душових насадок та сіток кранів – 44.

Використовували методи полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу (з використанням набору реагентів «Амплиценс *Legionella pneumophila*-Fl», Амплиценс) та бактеріологічний (з посівами матеріалу на чашки з поживним середовищем «Легіонелабакагар»).

Статистичну обробку даних проводили за допомогою програми Statistica 6.0.

Результати. У зв'язку з розвитком готельного бізнесу, SPA-салонів, де застосовується душове обладнання та джакузі, здатне утворювати дрібнодисперсний аерозоль води, в Україні в останні роки ризик виникнення випадків легіонельозу значно підвищився. Це підтверджує і той факт, що після приєднання в 2016 році України до європейської мережі епіднадзора за легіонельозом EPIS ELDSNet країна отримала 10 повідомлень Європейського центру контролю захворювань (ECDC) про підтвержені випадки легіонельозу у іноземних громадян, що перебували на території України у 9 різних закладах готельного бізнесу, а їх захворювання ймовірно могли бути пов'язані з цими закладами. Один з випадків закінчився летально (10,0±1,9%).

За результатами проведеної оцінки ризику інфікування збудниками легіонельозу в закладах перебування зазначених іноземних громадян з використанням лабораторних методів досліджень виявили *L. pneumophila* у 21 зразках ОЗС, що становило (31,82±2,67%). При цьому, позитивні результати отримані у 5 пробах води (22,72±3,28%) від загальної кількості досліджених проб води) та у 16 зразках змивів (36,36±3,99%) від загальної кількості досліджених змивів з водопровідного обладнання).

При бактеріологічному дослідженні виділено 1 культуру належності якої до виду *L. pneumophila* що підтверджена методом РЧ-ПЛІР.

Висновки. Проблема можливого інфікування *L. pneumophila* в закладах готельного бізнесу та SPA-салонах є серйозним викликом в сфері громадського здоров'я.

Виявлення збудника легіонельозу в об'єктах зовнішнього середовища закладів готельного бізнесу та

надходження повідомлень Європейського центру контролю захворювань (ECDC) щодо можливого інфікування громадян країн Європи під час проживання в готелях України, а також відсутність зареєстрованих в країні випадків хвороби протягом 2015–2016 рр. свідчать про недостатній рівень діагностики легіонельозу в країні, що насамперед пов'язано з відсутністю забезпечення

закладів охорони здоров'я діагностичними швидкими урінотестами на виявлення антигену *L. pneumophila* в сечі пацієнтів. Разом з тим, є надзвичайно низькою настороженість клініцистів щодо можливих випадків легіонельозу в Україні, що призводить до відсутності встановлених діагнозів хвороби легіонерів.

*О.П. Романів, К.М. Погоріляк*

## **Роль психоневрологічного статусу в моделі формування аутоагресивної поведінки в пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом унаслідок бойових дій на сході України**

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

**П**осттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це тяжкий психічний стан, який виникає в результаті одиночної або повторюваної психотравматичної події, як в результаті безпосереднього, так і опосередкованого переживання травми. Велика кількість лікарів різних спеціальностей по всій Україні серед своїх пацієнтів спостерігають вимушених переселенців зі сходу та учасників бойових дій в зоні АТО, їхніх рідних та близьких. Майже кожен спеціаліст в структурі надання психіатричної допомоги зіткнувся та побачив зсердини проблему діагностування, психолого-психотерапевтичного супроводу та психофармакологічної корекції ПТСР, зокрема, з коморбідними невротичними порушеннями і аутодеструктивною поведінкою. Аутодеструктивна поведінка хоч і не основним симптомом ПТСР, але є супутнім гострим і найнебезпечнішим проявом. Відповідно загальноприйнята практика обстеження пацієнта з ПТСР має включати оцінювання суїцидального ризику і вивчення суїцидального анамнезу.

Метою роботи було узагальнити відомості і визначити кореляцію рівня саморуйнівної поведінки у пацієнтів з ПТСР з коморбідними депресією, генералізованим тривожним розладом та поведінковими порушеннями та без них.

З цією метою проведено клінічне інтерв'ювання 24 учасників бойових дій, різної вікової приналежності (від 20-ти до 53-х років) та різного військового статусу (військові контрактної служби, мобілізовані, добровольці). Дослідження проводили за допомогою індивідуального

клінічного інтерв'ю, «Шкали оцінки важкості суїциду Колумбійського університету», «Міссісіпської шкали для бойового ПТСР», «Шкали самооцінки тривоги (Чабан О.С, Хаустова Е.А.)», «Тесту самооцінки рівня депресії Beck А.Т.»

Виявлено значний рівень саморуйнівної поведінки в учасників бойових дій в зоні АТО – 25% опитаних пацієнтів з діагнозом ПТСР зазначили наявність суїцидальних ідей та намірів, як на період перебування в умовах дії стресового чинника, так і в постстресовий період. У 56% випадків пацієнтам з діагнозом ПТСР діагностовано і депресію. У пацієнтів з ПТСР і депресією була більша частота суїцидальних думок, ніж суїцидальних дій. У пацієнтів з ПТСР без депресії спостерігалась висока частота активних суїцидальних дій, проте, серед них ПТСР часто був коморбідний з афективними порушеннями, наприклад, розладами афекту, схильністю до імпульсивних дій, психопатіями. Частота розвитку генералізованої тривоги та спорідненого з нею соматичного дискомфорту, за самооцінкою пацієнтів, становила 66% від загальної кількості пацієнтів з ПТСР та була стовідсотковою серед пацієнтів з ПТСР і суїцидальною активністю.

Опосередковано, враховуючи ці дані, можемо засвідчити, що супутні розлади, такі як розлади настрою, панічні або тривожні розлади, пов'язані з високою здатністю до формування і розвитку суїцидальних ідей та їх здійснення.

*Ю.О. Ромаскевич*

## **Роль та місце центрів здоров'я в розбудові та функціонуванні системи громадського здоров'я в Україні на регіональному рівні**

Херсонський обласний центр громадського здоров'я, м. Херсон, Україна

**Р**озпочата у 2015–2016 рр. в Україні розбудова системи громадського здоров'я мала підґрунтям Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020», яка затверджена Указом Президента України від 12 січня

2015 р. № 5/2015, та тому числі передбачає здійснення реформи системи охорони здоров'я. Так, програмою, серед векторів реформи визначений вектор безпеки, частиною якого є забезпечення гарантій безпеки, впровадження ефективних механізмів забезпечення безпеки життя та здоров'я людини, що неможливо без безпечного стану довкілля і доступу до якісної питної води, безпечних харчових продуктів та промислових товарів. 31 травня 2016 року Міністерством охорони здоров'я України з метою виконання зазначених положень, зареєстровано Державну установу «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». 30 листопада 2016 р. Кабінетом Міністрів України видано Розпорядження № 1002-р «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я». 31 травня 2016 р. Міністерством охорони здоров'я України з метою виконання зазначених положень, зареєстровано Державну установу «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», яка повинна стати науково-практичною установою медичною профілю, що здійснюватиме функції із забезпечення збереження і укріплення здоров'я населення, проведення соціально-гігієнічного моніторингу захворювань, епідеміологічного нагляду та біологічної безпеки, здійснення групової та популяційної профілактики захворюваності, боротьби з епідеміями та стратегічного управління з питань громадського здоров'я на державному рівні. На вказаний центр покладено обов'язок забезпечити виконання десяти основних оперативних функцій громадського здоров'я, серед яких: здійснення епіднагляду та оцінка стану здоров'я і благополуччя населення, моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я, у тому числі при надзвичайних ситуаціях, забезпечення стратегічного керівництва в інтересах здоров'я і благополуччя в галузі охорони здоров'я.

В той же час, з метою виконання зазначених функцій в регіонах та забезпечення державної політики децентралізації, виникає необхідність створення територіальних суб'єктів, на який будуть покладені функції в межах відповідного адміністративно-територіального поділу. Новоствореним суб'єктам будуть передані функції установ та підприємств місцевого рівня, які виконують на цей час та відповідають його завданням.

Слід зазначити, що обласні центри громадського здоров'я повинні створюватись на основі сучасного міжнародного досвіду, за зразком європейських та американських центрів контролю та попередження захворюваності. Про необхідність створення регіональної мережі центру громадського здоров'я окремо відзначається Кабінетом Міністрів України. Зокрема, Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 травня 2016 р. № 418-р «Про затвердження плану пріоритетних дій Уряду на 2016 рік» передбачена часткова децентралізація функцій громадського здоров'я та створення центрів громадського здоров'я на обласному рівні.

Вказані зміни спрямовані на покращення здоров'я, підвищення рівня благополуччя населення, посилення охорони громадського здоров'я і забезпечення універсальних, стійких і високоякісних систем охорони здоров'я. Основними завданнями новостворених суб'єктів будуть розвиток системи громадського здоров'я та формування стійкої системи епідеміологічного нагляду, а саме: попередження і контролю над інфекційними хворобами (ВІЛ/СНІД, туберкульоз, грип, поліомієліт, гепатити, інші), підвищення готовності до ризику спалахів високопатогенних хвороб, попередження та контролю за неінфекційними хворобами, пропагування здорового способу життя, збільшення рухової активності населення, визначення основних детермінант здоров'я та проблем в галузі охорони здоров'я, здійснення оцінки ризиків, проведення лабораторних досліджень та забезпечення комунікації та міжсекторального підходу.

При цьому переглядаючи основні функції системи громадського здоров'я, а за світовою практикою їх 10, слід відмітити, що значна їх частина на сьогоднішній день у тій чи іншій мірі виконується центрами здоров'я. Безумовно, 25 річний досвід «попереднього реформування» створив надзвичайно різноманітну картину – в Україні існують обласні центри здоров'я з різним рівнем ресурсного та кадрового забезпечення. Але багаторічний досвід цих закладів у таких напрямках як: комунікативні технології, профілактика хронічних неінфекційних та інфекційних захворювань, налагоджена співпраця із засобами масової інформації, системою освіти та іншими установами немедичного профілю повинні бути використані при створенні системи громадського здоров'я на регіональному рівні.

*О. Савенко, М. Демченко, В. Ткачук, В. Курпіта, І. Агєєва*

## **Організація медичної допомоги на базі спільнот в умовах реформування системи охорони здоров'я України**

### **Всеукраїнська мережа ЛЖВ**

**Т**енденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні поступово змінюються, відбувається значне поширення ВІЛ серед різних контингентів населення, насамперед, груп підвищеного ризику, переважно ураження осіб працездатного віку,

нерівномірне поширення ВІЛ-інфекції на різних територіях України, зміна домінуючого шляху передачі ВІЛ із парентерального на статевий, висока кількість щорічно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції.

Україна стикається з низкою викликів на національному, регіональному рівнях та на рівні спільнот ключових груп розвитку епідемії та ЛЖВ.

Перш за все, це скорочення фінансування програм протидії ВІЛ/СНІД з боку Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією та необхідність забезпечення переходу на фінансування цих послуг з інших джерел (державного, місцевих бюджетів), залучення приватної та страхової медицини.

Мета. У зв'язку зі збільшенням доступу до АРТ виникає потреба у медичному персоналі для призначення та контролю лікування, формування прихильності до АРТ, що призводить до великого навантаження на третинний рівень медицини (зокрема, Центри СНІД та спеціалізовані лікарні), яке загрожує зниженню якості надання послуг, особливо, представникам ключових груп.

Згідно проведеним дослідженням щодо рівня стигми ЛЖВ, велика частина ЛЖВ та представників ключових груп зазначає досить високий рівень стигматизації при отриманні послуг у загальній медичній сфері та проблеми з отриманням медичних сервісів (віддаленість місць надання послуг, незручний графік, наявність прихованих платежів).

У той самий час в Україні проходять кардинальні зміни у системі охорони здоров'я: на національному рівні запроваджуються сучасні моделі фінансування, контрактні відносини між замовником і постачальником послуг, пацієнт зможе вільно обирати заклад та лікаря, медичні послуги в рамках гарантованого пакету будуть надаватися постачальниками всіх форм власності, отримуючи оплату за надані послуги від єдиного національного замовника, на регіональному рівні проходить реорганізація медичних служб, скорочення медичних інституцій.

Враховуюче все вищезазначене постає необхідність впровадження нової моделі надання інтегрованих послуг на рівні спільнот ЛЖВ та ключових груп та партнерства держави та приватного сектору медицини.

Методи. У 2016 р. Всеукраїнська Мережа людей, що живуть з ВІЛ розпочала інноваційний напрям створення медичних центрів інтегрованої допомоги на базі спільнот (далі – МЦ).

Соціальна орієнтація МЦ полягає в тому, що вони створенні не тільки для отримання прибутку, а з метою реального вирішення проблем охорони здоров'я, і зокрема подолання епідемій ВІЛ/СНІД та ВГС.

Базовими послугами та головною функцією всіх МЦ є надання первинних медичних послуг, лікування ВІЛ, ВГС, інтегрованого лікування ВІЛ\ТБ та супутніх захворювань для ЛЖВ та ключових груп, з урахуванням їх особливостей та потреб, комплексне лікування наркозалежних, у тому числі надання ЗПТ.

Для ключових груп будуть також доступні кваліфіковані послуги з профілактики ВІЛ\ВГС\ТБ\ПСШ та психосоціального супроводу.

З метою забезпечення фінансової сталості роботи МЦ в кожному регіоні можуть впроваджуватися додаткові медичні послуги, наприклад: паліативна та хоспісна допомога населенню, лікування залежностей,

педіатрія, УЗД діагностика, гінекологія, сімейна медицина для загального населення.

Результати. Перевагами МЦ на базі спільнот на сучасному ринку медичних послуг в Україні є доступність послуг, якість, відповідність, дружність.

Представники ключових груп та ЛЖВ будуть мати комфортний доступ до медичних сервісів завдяки оптимальним місцям розташування МЦ, доступною ціною, максимально зручним графіком роботи, відсутністю прихованих платежів, оптимізованою схемою запису на консультації, наданням послуг незалежно від місця проживання (місто/район), системою скидок та заохочень.

Якість надання послуг у МЦ гарантується роботою згідно з державними стандартами, застосуванням кращих світових практик, високопрофесійним кадровим складом та системою подвійного контролю якості – зі сторони держави і спільнот.

Відповідність послуг у МЦ реальним потребам клієнтів реалізується наданням медико-соціального супроводу, організацією додаткових послуг на базі партнерських організацій.

Клієнтами медичного центра можуть бути пацієнти з числа уразливих до ВІЛ груп, у тому числі ті що стикалися з проявами дискримінації у комунальних та приватних клініках, пацієнти що мають хронічні захворювання і прагнуть зберегти анонімність та загальне населення без вікових обмежень.

Напрямами діяльності МЦ є також надання спектру послуг первинної медицини, зокрема, консультації лікарями сімейної практики, експрес тестування на ВІЛ\ПСШ\ВГС, ВІЛ, лікування найпоширеніших хвороб, травм, отруєнь та інших станів, проведення вакцинації, гігієнічного виховання та санітарної просвіти.

На базі МЦ обов'язково буде забезпечено надання повного каскаду послуг з лікування ВІЛ та діагностики та лікування ВГС, послуги з інтегрованого лікування ВІЛ\ТБ.

На базі кожного МЦ буде створено кабінет АРТ.

Пацієнти МЦ зможуть отримати послуги з лікування наркотичної та алкогольної залежності, ЗПТ, детоксикації, проведення психокорекції, надання паліативних послуг.

Додатково будуть надаватися широкий обсяг діагностичних послуг, послуги психосоціальної підтримки, послуги з профілактики ВІЛ\ТБ\ВГС\ПСШ, інформаційні послуги.

Висновки. На етапах стартових інвестицій та розвитку МЦ може бути залучено міжнародне фінансування, у подальшому джерелом фінансування будуть кошти пацієнтів за платні послуги, кошти від інших медичних закладів за рахунок переадресацій, знижки на проведення діагностики, соціальне замовлення від місцевої влади, державне фінансування та страхові компанії, локальний та міжнародний фіндрайзинг.

Система громадського здоров'я в Україні отримає надійного партнера у реалізації заходів спрямованих на подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні, забезпечення доступу ключових груп та ЛЖВ до якісних послуг,



подолання стигми та дискримінації у отриманні медичних сервісів для представників спільнот та ЛЖВ, зменшення

фінансового навантаження на третинний рівень медичної допомоги та сприяти подоланню епідемії ВІЛ в Україні.

Г.А. Слабкий<sup>1</sup>, Н.С. Защик<sup>2</sup>, В.И. Миронюк<sup>1</sup>

## Всемирная организация здравоохранения о стратегии предотвращения самоубийств

<sup>1</sup>ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина

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

Самоубийства причиняют тяжелый ущерб. Каждый год от самоубийств умирают свыше 800 тыс. человек. Это вторая по частоте причина смерти в возрасте от 15 до 29 лет. Имеются данные о том, что среди взрослого населения на каждого погибшего от самоубийства приходится свыше 20 человек, совершивших суицидальную попытку.

ВОЗ отмечает, что самоубийства можно предотвращать. Залог эффективности национальных мер – наличие всесторонней многосекторальной стратегии предупреждения самоубийств [1].

Один из систематических подходов к действиям на национальном уровне заключается в создании национальной стратегии предупреждения самоубийств. Наличие такой стратегии свидетельствует о прочной приверженности государства решению проблемы самоубийств и приданию приоритетного значения этой задаче. Стратегия обеспечивает лидерство и направляющее руководство в установлении приоритетов и планировании важнейших научно обоснованных мер по предупреждению самоубийств. Она также создает условия для транспарентного распределения сфер ответственности между заинтересованными участниками, и намечает пути их эффективного взаимодействия [4].

Важнейшим условием выполнения многоаспектных требований стратегии предупреждения самоубийств и обеспечения её устойчивости является включение вопросов профилактики суицида в другие приоритетные программы и партнерства в различных областях здравоохранения (таких как ВИЧ/СПИД, здоровье женщин и детей, неинфекционные заболевания), в деятельность Глобального альянса по трудовым ресурсам здравоохранения, а также в стратегии и законы других секторов (образование, трудоустройство, вопросы инвалидности, правосудие, защита прав человека, социальная защита, снижение масштабов бедности, общее развитие).

Национальная стратегия может помочь в выработке широкомасштабного плана, на основе которого отдельные регионы страны смогут осуществлять соответствующие планы на своем уровне.

Под эгидой ООН опубликована монография “Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies” (Предотвращение самоубийств: Руководство по разработке и осуществлению

национальных стратегий) [5]. В этой работе подчеркнута необходимость сотрудничества различных секторов, многостороннего подхода и непрерывной оценки и изучения того, что уже сделано.

ВОЗ рекомендует при создании национальной стратегии учитывать следующие важнейшие положения:

а) предупреждение самоубийств должно стать приоритетной многосекторальной задачей, независимо от имеющихся ресурсов;

б) адаптация с учетом разнообразия характеристик по странам;

в) внедрение передовых методов;

г) распределение ресурсов (финансов, времени, кадров);

д) эффективное планирование и сотрудничество;

е) использование результатов оценки и обмен уроками из опыта.

Важную роль в предотвращении самоубийств играют местные сообщества. Они могут обеспечивать социальную поддержку уязвимым лицам и участвовать в последующем оказании помощи, бороться со стигматизацией и оказывать помощь людям, потерявшим близких в результате самоубийства [2, 3].

### Литература

1. *Предотвращение самоубийств*. Глобальный императив [Электронный ресурс]. – Женева : ВОЗ, 2014. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>. – Название с экрана.
2. *Benson K. M. Evidence-based approaches to suicide prevention / K. M. Benson // Suicide: a global issue / D. Lester, J. R. Rogers (editors).* – Santa Barbara (CA) : ABC-CLIO, LLC; 2013. – Vol. 2: Prevention.
3. *Framework for program evaluation in public health // Morb. Mortal. Wkly Rep.* – 1999. – Sep. 17; Vol. 48 (RR-11). – P. 1–40.
4. *Public health action for the prevention of suicide: a framework.* – Geneva : WHO, 2012. – Access mode : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf). – Title from screen.
5. *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies.* – New York (NY): United Nations; 1996.

*Г.О. Слабкий<sup>1</sup>, І.С. Миронюк<sup>1</sup>, В.В. Шафранський<sup>2</sup>, Л.О. Качала<sup>1</sup>, О.М. Ратаніна<sup>3</sup>*

## **Запровадження магістратури за освітньо-науковими програмами як першочергова задача у створенні системи підготовки фахівців для громадського здоров'я**

<sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

<sup>3</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Нагальним завданням є підготовка фахівців нового напрямку для системи громадського здоров'я, які вирішуватимуть нові функції, а відповідно матимуть нові кваліфікаційні вимоги.

Запровадження нової навчальної спеціальності потребує вирішення багатьох важливих завдань. Це – розробка освітнього стандарту та типових навчальних програм, методичного забезпечення. І головне – підготовка науково-педагогічних працівників нової фармації, здатних проводити наукові дослідження з проблеми громадського здоров'я та готувати фахів для галузі відповідно до міжнародних стандартів і з урахуванням кращого світового досвіду.

Для вирішення цього надзвичайно важливого завдання пропонується запровадження освітньо-наукової магістратури з підготовки вказаних фахівців.

Освітньо-наукова програма підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 229 «Громадське здоров'я» має бути розроблена згідно із Законом України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. № 1556–VII.

Освітньо-наукова програма магістратури за фахом «Громадське здоров'я» складається з 5 обов'язкових модулів: вступ до громадського здоров'я, а також систем, політики, етики, управління та лідерства у галузі громадського здоров'я; епідеміологія та біостатистика для фахівців громадського здоров'я; моніторинг і оцінка, якість даних, використання даних та інформатизація в галузі громадського здоров'я; планування програми, її реалізація та оцінка; ділова англійська мова, а також із 4 модулів, один з яких магістр обирає сам: профілактика; соціально значимі та особливо небезпечні інфекційні хвороби; соціально значимі хронічні неінфекційні хвороби; організація протиепідемічних заходів.

Програма освітньо-наукової підготовки магістрів розрахована на 3600 годин (120 кредитів ЄКТС). Лекційний курс становить 462 навчальні години. На проведення семінарів виділено 512 навчальних годин, практичних занять – 1318 навчальних годин, а на самостійну роботу – 1308 (36,3%) навчальних годин. Самостійна робота з проходженням виробничо-навчальної (педагогічної) практики та виконанням самостійної наукової роботи і підготовкою магістерської кваліфікаційної роботи становить 700 годин. Із загальної кількості навчальних годин на модульний контроль знань виділено 30 годин, а на екзамен – 6 годин.

До оволодіння програмою магістратури допускаються абітурієнти, які мають освіту бакалавра медсестринства, психолога, соціолога, журналіста,

юриста, економіста. Також абітурієнтами можуть бути особи, які мають вищу освіту за рівнем підготовки «Спеціаліст» як за напрямком підготовки «Охорона здоров'я», так і за іншими напрямками. Порядок прийому до вищих навчальних закладів визначає МОН України.

Мета освітньо-наукової програми підготовки магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я» полягає в підготовці фахівців у даній сфері до самостійної практичної та наукової і педагогічної діяльності відповідно до визначених компетенцій.

Професійно-наукова програма передбачає формування здатності застосовувати набуті знання, уміння та навички з дисциплін загальної та професійної підготовки для вирішення типових задач діяльності фахівця на відповідній посаді, включаючи проведення науково-практичних досліджень у сфері громадського здоров'я, викладання предмету «Громадське здоров'я», проведення епідеміологічного нагляду за соціально значимими інфекційними та неінфекційними хворобами, станом психічного здоров'я населення, навколишнього середовища; визначення екологічних, соціально-економічних та медичних детермінант здоров'я; організацію і проведення профілактичних та протиепідемічних заходів; формування у населення здорового способу життя та відповідального ставлення до особистого здоров'я; міжсекторальної взаємодії в інтересах здоров'я населення.

Базами проведення практики є наукові установи, вищі навчальні заклади, заклади охорони здоров'я та заклади громадського здоров'я, які мають необхідний кадровий і науково-технічний потенціал, основна діяльність яких має об'єкт та види професійної діяльності випускників за напрямком «Громадське здоров'я».

Методи та форми навчання в магістратурі включають таке: проведення лекційних занять із використанням мультимедійного проектору; проведення занять із використанням дистанційного методу за допомогою системи Moodle; проведення семінарських занять за визначеними темами; проведення практичних занять за визначеними темами; підготовка аналітичних оглядів наукової літератури за визначеними темами; підготовка рефератів за визначеними темами; проведення ділових ігор; проходження виробничо-навчальної практики; самостійне виконання науково-дослідної роботи; написання наукової дипломної магістерської роботи.

Висновки. Запровадження магістратури за освітньо-науковими програмами забезпечить підготовку викладацького складу з підготовки фахівців для системи громадського здоров'я.

А.П. Снівак

## Ефективність фізичної реабілітації в підвищенні адаптаційних можливостей систем дихання й кровообігу в пацієнтів після торакопластики

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

Торакопластика є операцією, що супроводжується значними порушеннями опорно-рухового апарату. Поновлення застосування торакопластики в торакальній хірургії обумовило необхідність розробки сучасних методів фізичної реабілітації після операції.

Мета дослідження: оцінити вплив методів фізичної реабілітації пацієнтів після торакопластики на адаптаційні можливості систем дихання та кровообігу.

Матеріали й методи. Був розроблений комплекс вправ по фізичній реабілітації хворим після торакопластики. У 6 чоловіків віком 30–39 років без супутньої патології у ранньому післяопераційному періоді проводилися заняття згідно розробленої схеми реабілітаційної програми, 6 чоловіків аналогічного віку без супутньої патології склали групу порівняння. Оцінка ефективності проводилась за результатами реакції дихання й кровообігу на стандартизоване фізичне

навантаження (тест човникової ходьби; Singh S.J. et al., 1994). Вивчалася окремі показники у відповідь на стандартизоване навантаження: урахувалися частота серцевих скорочень і частота дихання до й після тесту, оцінювалася різниця між ними.

Результати дослідження. За результатами дослідження компенсація зростаючих витрат по підтримці гомеостазу забезпечувалася частішанням дихання й збільшенням частоти серцевих скорочень протягом перших 5 діб в обох групах пацієнтів. З 6-ї доби після операції стандартизоване фізичне навантаження у хворих групи дослідження вимагало достовірно нижчого напруження механізмів забезпечення газообміну, у порів'язанні з пацієнтами контрольної групи (табл.).

Висновки: використання розробленого реабілітаційного комплексу вправ в ранній післяопераційний період сприяло ранньому відновленню адаптаційних можливостей систем дихання та кровообігу.

Таблиця

**Ефективність фізичної реабілітації в підвищенні адаптаційних можливостей систем дихання й кровообігу у пацієнтів після торакопластики в перші 10 діб**

Доба після операції	Різниця показника ( $\Delta M$ ) до й після виконання фізичного навантаження, $M \pm m$			
	ЧСС, $\text{хв}^{-1}$		ЧД, $\text{хв}^{-1}$	
	основна група	група порівняння	основна група	група порівняння
2	34,6 $\pm$ 4,2	35,0 $\pm$ 4,5	10,2 $\pm$ 2,0	9,9 $\pm$ 2,0
3	35,1 $\pm$ 6,4	34,9 $\pm$ 5,7	9,9 $\pm$ 2,2	9,8 $\pm$ 2,3
4	29,7 $\pm$ 4,8	34,4 $\pm$ 5,0	8,7 $\pm$ 1,5	9,1 $\pm$ 1,6
5	25,6 $\pm$ 4,1	32,9 $\pm$ 4,8	6,8 $\pm$ 1,8	9,0 $\pm$ 1,8
6	17,3 $\pm$ 4,0*	28,6 $\pm$ 5,0	3,6 $\pm$ 1,2*	8,4 $\pm$ 2,4
7	9,5 $\pm$ 3,5**	28,6 $\pm$ 5,8	2,3 $\pm$ 0,8**	8,0 $\pm$ 2,5
10	9,3 $\pm$ 3,1**	24,6 $\pm$ 5,5	2,3 $\pm$ 0,7**	7,4 $\pm$ 2,2

Примітки: \* – достовірна відмінність між величинами в основній групі й групі порівняння ( $p < 0,05$ ); \*\* – достовірна відмінність між величинами в основній групі й групі порівняння ( $p < 0,01$ ).

К.О. Талалаєв

## Предикція – перспективна складова частина сучасної системи охорони здоров'я

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Протягом останніх десятиріч розвинуті держави світу демонструють стійкі зміни напрямку руху від ідеї вдосконалення лікувальної допомоги до впровадження концепції збереження та зміцнення здоров'я населення із застосуванням якісно нового підходу –

моніторингу індивідуального здоров'я, що ґрунтується на засадах предикції (від англ. prediction – прогнозування).

Моделі, що застосовуються установами охорони здоров'я в багатьох країнах світу (і в Україні в тому числі), спрямовані на використання ресурсів переважно не на

попередження розвитку хвороб, а на поновлення та лікування вже ушкодженого здоров'я, а ефективність нагляду за індивідуальним здоров'ям громадян з урахування передових світових досягнень, в тому числі і предикції, не відповідають вимогам сучасності. При цьому, причиною більше 85% смертельних випадків в Україні виявляються хронічні неінфекційні захворювання.

Методи. Автором застосовано загальноприйнятні в соціальній медицині методи досліджень – бібліографічний, порівняльно-історичний, проблемно-хронологічний та статистичний. Ретельно вивчені та проаналізовані вісімдесят дев'ять публікацій останнього десятиріччя, сімдесят сім з яких були видані іноземними мовами.

Результати. Дослідження вченими геному людини виявилися підґрунтям переходу від мікробної теорії виникнення хвороб до парадигми персоналізованої медицини з прогнозуванням можливого перебігу хвороби та моделюванням індивідуального лікування. Завдяки повсякденному застосуванню концепції предикції серед населення з невідмінно налагодженою уніфікованою системою фіксації отриманих результатів може бути значно посилено розуміння лікарями принципів перебігу патологічних процесів в органах і тканинах пацієнтів, що дозволяє їм візуалізувати вже наявні ушкодження, які перебувають ще на доклінічній стадії або на стадії прихованого перебігу. Важливою складовою сучасних протоколів та настанов є предикція ризику виникнення захворювання, рання діагностика і якомога ранній таргентний вплив задля попередження розвитку захворювання або запобігання його переходу в більш важку стадію.

Результати генетичних досліджень, у випадку доступності пацієнтам, можуть вплинути на формування їхньої більшої автономії, особистісних поглядів, планування подальшого способу життя, пріоритетизації обов'язків та відповідальностей.

Під час прогнозування ризиків можуть бути отримані моделі із застосуванням різних статистичних

підходів, для порівняння яких застосовують показники прогнозу продуктивності, похідні, наприклад, від методології Receiver Operating Characteristic і від теорії прогнозування ймовірності. Ці засоби застосовуються для оцінювання поодиноких маркерів, багатовимірних моделей регресії та складних алгоритмів вибору найбільш придатної для кожного пацієнта моделі.

Пацієнти із встановленим високим генетичним та/або анамнестичним ризиком отримують можливість доступу до швидкої та цілеспрямованої терапії під спостереженням кваліфікованих фахівців, що безсумнівно покращує якість життя, знижує показники захворюваності та ускладнень, як і типово високі витрати на лікування вже розвинутих хвороб.

Одним із пріоритетів серед іновацій в розвинутих країнах є розвиток предиктивної медицини, базисом якого виявляються системні зміни ставлення суспільства до здоров'я та чітка орієнтація на якісно нові результати.

Висновки. Приймаючи до уваги, що важливим викликом є необхідність реформування систем охорони здоров'я України, існує потреба в модифікації системи вищої медичної освіти з метою підготовки досвідчених фахівців в сучасних сферах суспільного здоров'я і медичного права.

Для вдосконалення національних доказових систем, створення і оцінки правил застосування обґрунтованої предикції ймовірності захворювання і протікання патологічного процесу слід розробляти і активно впроваджувати в Україні регіональні пілотні моделі з подальшим їх тестуванням і доопрацюванням із обов'язковим залученням профільних кафедр/факультетів вищих навчальних закладів. Для виходу системи охорони здоров'я з глибокої кризи недостатньо лише адміністративних заходів. Має змінитися ідеологія системи охорони здоров'я, в тому числі підрозділів підготовки професійних медичних кадрів нового покоління.

*С.В. Фейса*

## **Анемія як коморбідне захворювання в пацієнтів із неалкогольною жирною хворобою печінки на фоні порушень вуглеводного обміну та гіпотиреозу**

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

**П**роблема коморбідності і поліморбідності є однією із найскладніших у сучасній медицині [1, 3]. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД–2) або предіабет (ПД) на фоні гіпотиреозу є типовим прикладом коморбідності, коли симптоми кожного захворювання взаємно обтяжуються, утворюючи «вадове коло»: гіпотиреоз поглиблює порушення вуглеводного обміну та зміни в печінці, гепатологічні порушення підсилюють клініку гіпотиреозу, негативно впливаючи на ліпідний та

вуглеводний обмін, а діабет, в свою чергу, веде до обтяження перебігу як гіпотиреозу, так і НАЖХП [2, 4]. Поява у таких випадках анемії носить мультипричинний характер та заслуговує на увагу, оскільки є окремим коморбідним станом, що обтяжує описане «вадове коло».

Мета роботи – дослідити показники еритроцитарного ростка периферичної крові у пацієнтів з НАЖХП (на фоні ПД чи ЦД–2) та гіпофункцією щитовидної залози (ЩЗ).

Матеріали та методи. Обстежено 215 осіб з НАЖХП та порушенням толерантності до глюкози або ЦД–2, які, відповідно до стану щитоподібної залози (ЩЗ), були поділені на 6 клінічних груп. До першої групи ввійшли 32 хворих на НАЖХП, цукровий діабет 2 типу та субклінічний гіпотиреоз (СГ) (НАЖХП+ЦД–2+СГ), до другої – 40 пацієнтів з НАЖХП, порушенням толерантності до глюкози (предіабетом) та СГ (НАЖХП+ПД+СГ). Група 3 налічувала 62 хворих з НАЖХП, цукровим діабетом 2 типу та еутиреозом (НАЖХП+ЦД–2+еутиреоз), а група 4 – 55 пацієнтів з НАЖХП, предіабетом та еутиреозом (НАЖХП+ПД+еутиреоз). До групи 5 ввійшло 15 пацієнтів з НАЖХП та цукровим діабетом або предіабетом в поєднанні з маніфестним гіпотиреозом (НАЖХП+ЦД–2/ПД+МГ), а до групи 6 – 11 осіб з НАЖХП з цукровим діабетом або предіабетом та компенсованим на фоні прийому левотироксину натрію гіпотиреозом (НАЖХП+ЦД–2/ПД+КГ).

Результати дослідження та їх обговорення. Серед 215 пацієнтів з НАЖХП та ПД/ЦД–2 було 72 хворих з СГ, 15 – з МГ та 11 – з КГ. Середній вік обстежених осіб 53,4±4,6 років. Групи хворих достовірно не відрізнялися за віковим та статевим складом, а також були зіставними за антропометричними даними. У структурі уражень печінки обстежених пацієнтів переважав стеатоз (72,33%), ознаки неалкогольного жирового стеатогепатиту (НАСГ) були в 27,67%. ЦД–2 відмічався у 99 пацієнтів, ПД – у 116 осіб.

У 14 пацієнтів (25,45%) з НАЖХП та ПД (група 4) та у 25 хворих (40,32%) з НАЖХП та ЦД–2 (група 3) виявлено супутню анемію. За показниками рівня гемоглобіну, кількості еритроцитів, еритроцитарними індексами MCV, MCH, MCHC, а також за візуальною оцінкою мазка крові анемія була в переважній більшості випадків нормоцитною, нормохромною, з незначним анізоцитозом та тенденцією до гіпохромії. У всіх 14 випадках анемії в групі 4 та у 20 з 25 пацієнтів з анемією групи 3 вона була першого (легкого) ступеню важкості.

За умови супутньої гіпофункції ЩЗ кількість випадків анемії зростала: у пацієнтів групи 1 вона виявлена в 20 із 32 хворих (62,5%), у групі 2 – у 14 із 40 (35%) пацієнтів, у групі 5 – у 8 із 15 (53,33%), у групі 6 – в 3 із 11 (27,27%) пацієнтів. Проте, за ступенем важкості та морфологічними характеристиками еритроцитарного ростка крові не було достовірних змін у

порівнянні з картиною крові хворих на НАЖХП, ЦД–2/ПД на фоні еутиреозу.

Описана анемія може мати тиреоптивну етіологію і бути зумовлена тим, що гормони ЩЗ прискорюють процеси синтезу трансферину, посилюють абсорбцію заліза в шлунково-кишковому тракті та стимулюють еритропоез, а гіпотиреоз веде до пригнічення еритропоезу. Іншою можливою причиною даної анемії може бути вплив інтерлейкінів, що активуються при НАСГ (анемія хронічного захворювання). Не можна спростувати і факт можливого дефіциту «будівельних матеріалів» для новоутворених еритроцитів, оскільки до складу їх мембран входять, як відомо, ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ), зменшення кількості яких спостерігається при дисліпідеміях у вказаній когорти пацієнтів (дефіцитна анемія). Не виключене поєднання декількох із перерахованих механізмів патогенезу анемії з переважанням того з них, симптоми якого з коморбідних захворювань є ведучими у кожному клінічному випадку.

Висновки. Гіпотиреоз у пацієнтів з НАЖХП та порушенням вуглеводного обміну може приводити до виникнення анемії, яка, поглиблюючи тканинну гіпоксію, сприяє розвитку НАСГ із гепатостеатозу, та, ймовірно, є додатковим фактором кардіоваскулярного ризику як одне з коморбідних захворювань.

## Література

1. *Коморбідність і високий кардіоваскулярний ризик – ключові питання сучасної медицини / Г.Д. Фадєєнко, О.С. Гріднев, А.О. Несен [та ін.] // Український терапевтичний журнал. – 2013. – № 1. – С. 102–107.*
2. *Фейса С.В. Патологія щитоподібної залози та неалкогольна жирова хвороба печінки / Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1–2 (37–38). – С. 198–202.*
3. *Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine / D. Campbell-Scherer // Evid. Based Med. – 2010. – Vol. 15. – P. 165–166.*
4. *Malik R. and Hodgson H. The relationship between the thyroid gland and the liver // Quart. J. Med. – 2002. – Vol. 95. – № 9. – P. 559–569.*

В.Й. Шатило, В.З. Свирідюк, Ю.В. Шатило

## Теорія фракталів та її використання у громадському здоров'ї

КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» Житомирської обласної ради, м. Житомир, Україна

**Ф**рактал (від латинського «фрактус» – подрібнений, дробовий) – нерегулярна, самоподібна структура. В широкому розумінні фрактал означає фігуру, малі частини якої в довільному збільшенні є подібними до неї самої [1, 4].

Теорія фракталів виявилась надзвичайно продуктивною, вона лягла в основу низки наукових напрямків, зокрема використовується в наукометрії, яка знаходить останнім часом широке прикладне значення у багатьох галузях людської діяльності, у тому числі і в охороні здоров'я [2, 3].

Мета роботи: провести теоретичний аналіз перспективних підходів щодо доцільності використання теорії фракталів у галузі громадського здоров'я.

Для досягнення мети використані методи контент-аналізу, системного аналізу та логічного узагальнення

Результати та їх обговорення. Об'єкти, які тепер називаються фракталами, були відомі задовго до того, як отримали таку назву. Ідею «рекурсивної самоподібності» було висунуто Готфрідом Вільгельмом Лейбніцом [1, 4].

У 60-х роках ХХ ст. Бенуа Мандельброт розпочав дослідження статистичних самоподібностей з дробовими розмірностями. У 1975 р. він вперше використав слово фрактал як назву для об'єктів, розмірність Хаусдорфа-Безіковича, яких є дробовою на відміну від топологічної розмірності, яка є завжди цілим додатнім числом. В арсеналі математики Б.Мандельброт знайшов зручну кількісну міру неідеальності об'єктів: звивистості контура, зморшкватості поверхні, пористості об'єму. Цю міру запропонували два математика: Фелікс Хаусдорф (1868–1942) та Абрам Самойлович Безікович (1891–1970) [1, 4].

Бенуа Мандельброт проілюстрував своє математичне визначення фрактала захоплюючими зображеннями, зробленими за допомогою комп'ютера. Ці зображення привернули увагу інших дослідників, що призвело до широкого розповсюдження і вживання терміну фрактал, а теорія фракталів знайшла своє прикладне використання у багатьох галузях. Зокрема, вона лягла в основу наукометрії та з успіхом використовується в інфоматиці [1, 4].

У наукометрії теорія фракталів використовується для пошуку закономірностей серед множини емпіричних даних. Для цього використовують розмірність Хаусдорфа-Безіковича та індекс Херста.

Показник Хаусдорфа-Безіковича пов'язаний з індексом Херста простою залежністю (формула 1):

$$D = 2 - H, \quad (1)$$

де:  $D$  – показник (розмірність) Хаусдорфа-Безіковича,  $H$  – індекс Херста.

Величина показника Хаусдорфа-Безіковича коливається в межах від 0 до 2,0. Чим ближче значення показника до нуля, тим ідеальніша фігура (об'єкт), чим ближче показника до 2,0, тим будова (структура) об'єкта дослідження хаотичніша. В ідеалі, коли показник Хаусдорфа-Безіковича дорівнює нулю, контур являє собою пряму лінію, поверхня має бути ідеально гладенькою, а об'єм однорідним [1, 4].

Якщо розмірність Хаусдорфа-Безіковича є кількісною мірою неідеальності об'єкта, то індекс Херста є його протилежністю. Показник Херста, навпаки, є мірою персистентності (впорядкованості) об'єкта чи явища, зокрема, схильності динамічних процесів до трендів (домінуючих тенденцій) на відміну від хаотичного броунівського руху.

Індекс Херста « $H$ » є степеневим показником у формулі 2:

$$\frac{R}{\sigma} = \left(\frac{N}{2}\right)^H, \quad (2)$$

де:  $H$  – індекс Херста;  $R$  – розмах варіації (інтервал – різниця між мінімальним та максимальним значеннями);  $\sigma$  – середнє стандартне квадратове відхилення (сигма);  $N$  – кількість років, взятих за основу при вирівнюванні динамічного ряду за методом найменших квадратів.

Значення індексу Херста, яке дорівнює 1/2 є граничним. Всі значення менші однієї другої свідчать про низьку вірогідність формування тренду і відповідно, про низьку вірогідність прогнозу. Індекс Херста, який наближається до нуля, є свідченням відсутності домінуючої тенденції (тренду), аналізовані величини набувають випадкових (хаотичних) значень. Значення  $H > 1/2$  означає спрямованість в певну сторону динаміки процесу в минулому і високу вірогідність продовження динаміки у тому ж напрямку в майбутньому. Чим більше значення індексу Херста, яке перевищує одну другу, тим вища вірогідність прогнозу. [1, 4]

У таблиці надано значення індекса Херста, розмірності Хаусдорфа-Безіковича і значення прогнозованих показників народжуваності в Україні, обчислені за допомогою теорії фракталів (повний виклад алгоритму обчислення вищезазначених показників дивись у журналі «Магістр медсестринства», № 1 (17) за 2017 рік [3].

У таблиці надано значення показників для 5 інтервалів, починаючи з 3-х років і завершуючи інтервалом 11 років. При подальшому збільшенні кількості років, за якими формується тренд і обчислюються прогнозовані показники народжуваності, величина індексу Херста зростає, а розмірності Хаусдорфа-Безіковича – зменшується. Найбільшою є величина індексу Херста (1,697) для тренду побудованому на вихідних даних за останні 3 роки. Тому прогнозовані значення кількості новонароджених 360568 у 2016 р., 310633 у 2017 р., 260698 у 2018 р., є найбільш ймовірними.

Висновки. Теорія фракталів має широку перспективу прикладного використання у медицині, у тому числі у галузі громадського здоров'я.

Теорія фракталів підвищує ефективність наукометричних методів оцінки значимості наукових досліджень і вже сьогодні досить широко використовується у соціальній медицині.

У клінічній медицині прикладне використання теорії фракталів здатне призвести до появи нових та удосконалення відомих методів діагностики і лікування.

## Література

1. Мандельброт Б. Фрактальная геометрия природы / Б. Мандельброт. – М. : Институт компьютерных исследований, 2002. – 656 с.
2. Свиридюк В.З. Теорія фракталів та її використання в медицині / В.З. Свиридюк // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – С. 124–131.

3. Свирідюк В.З. Використання теорії фракталів у медицині та в медичній освіті / В.З. Свирідюк // Магістр медсестринства. – 2017. – № 1 (17). – С. 21–33.
4. Фрактал. Вікіпедія. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/Фрактал>.

Таблиця

**Значення індексу Херста і розмірності Хаусдорфа-Безіковича для визначення найбільшої ймовірності прогнозованих показників народжуваності в Україні**

Інтервал, років	Індекс Херста	Розмірність Хаусдорфа-Безіковича	Прогнозовані рівні народжуваності		
			2016	2017	2018
3	1,697	0,303	360568	310633	260698
5	1,0	1,0	409989	386344	362698
7	0,847	1,153	433285	420257	407229
9	0,773	1,227	457648	451442	445236
11	0,642	1,358	483364	483856	484348

П.В. Яворський

## Проблеми та перспективи післядипломної підготовки в практичній діяльності медичної сестри в системі громадського здоров'я

КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» Житомирської обласної ради, м.Житомир, Україна

Сьогодні висуває нові вимоги до оновлення змісту медсестринства, запровадження інноваційних педагогічних та медсестринських технологій, пошуку нових форм і методів підготовки медсестринського персоналу, що потребує необхідність впровадження випереджувальної освіти, орієнтованої на здобуття нових фундаментальних знань з використанням новітніх технологій в тому числі і в системі громадського здоров'я.

Метою дослідження являється комплексне вивчення питань якості, ефективності та продуктивності післядипломної підготовки в практичній діяльності медичної сестри та обґрунтування її в системі громадського здоров'я.

Матеріали та методи. Вивчення та аналіз якості сестринської допомоги у підходах до організації і проведення навчального процесу в системі громадського здоров'я.

Результати. В ухваленій Урядом Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні закладені засади переорієнтації фокусу системи охорони здоров'я від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я і попередження захворювань. А це можливо тільки при удосконаленні системи профілактичної медицини, яка повинна втілювати основні системні заходи та бути спрямованою на збереження здоров'я населення і відповідно зменшувати потребу у витратах на медичне обслуговування шляхом удосконалення безперервної освіти практикуючих медсестер і завдання суспільства як на додипломному так і післядипломному етапі, яка полягає у здобутті різних освітньо-кваліфікаційних рівнів на відповідних етапах (ступенях) вищої освіти може бути реалізована як через програму неперервної післядипломної

підготовки шляхом створення відповідних Координаційних рад, так і диференційовано, відповідно до структури ступеневості особливо для громадського здоров'я. Саме брак фахівців, які могли б працювати у новоутворених центрах громадського здоров'я унеможливило реалізацію виконання ефективної діяльності Центру громадського здоров'я. Тому, можливо саме організація освіти «впродовж життя» і організація діяльності освітніх установ відповідно до потреб ринку праці та підвищення ефективності професійної перепідготовки шляхом застосування засобів і методів які пов'язують зміст навчання із практичними потребами фахівця, наближення навчання до конкретного робочого місця за допомогою використання нових інформаційних технологій що спрямована на приведення їхнього професійного рівня у відповідність до світових стандартів, вимог часу, індивідуально – особистісних та виробничих потреб є надважливим завданням медицини сьогодення.

Виходячи з вище сказаного, метою та основними завданнями безперервної післядипломної освіти практикуючих медсестер є удосконалення системи та якості підготовки фахівців у галузі медсестринства на післядипломному етапі в системі громадського здоров'я, узгодження зусиль практикуючих медсестер, бакалаврів, магістрів, освітньої та виховної роботи, вдосконалення організації системи громадського здоров'я, як основи пріоритетності здоров'я в усіх сферах життя що буде реалізовуватися у законі про громадське здоров'я, а саме: на інноваційних процесах освіти, аналіз стану і якості підготовки кадрів та реалізація проектів, спрямованих на підвищення сестринської майстерності із застосуванням інтерактивних методів навчання практикуючих медичних сестер, організація форумів, конференцій, «круглих

столів», майстер-класів та інше, що спрямовані на приведення їхнього професійного рівня у відповідність до світових стандартів, вимог часу, індивідуально – особистісних та виробничих потреб.

Акцент сьогодення повинен бути спрямований на спеціалізованому вдосконаленні освіти та саме на професійній підготовці особи шляхом поглиблення, розширення й оновлення її професійних знань, умінь та навичок або отримання іншої професії, спеціальності на основі здобутого раніше освітньо-кваліфікаційного рівня та практичного досвіду.

На нашу думку, реформування та модернізація системи громадського здоров'я повинна мати органічний

характер: з одного боку, опиратися на позитивні вітчизняні традиції, а з іншого – на світовий прогресивний досвід. Таким чином, особливої актуальності і значення є та залишається ефективний кадровий супровід проведених реформ, що об'єднує та спрямовує зусилля в одному із найважливіших завдань – організації цілеспрямованої додаткової професійної освіти.

Висновки. Питання реформування національних систем післявузівської підготовки потребує уніфікації медицини відповідно до європейських традицій, національних особливостей та фахової специфіки особливо в системі громадського здоров'я.

*Примітка.* У тезах збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.



## Бібліографія за темою громадського здоров'я (2014–2017 рр.)

Метою роботи є ознайомлення широкого кола спеціалістів із публікаціями вітчизняних дослідників щодо питань громадського здоров'я.

### Монографії

*Красовський К. С.* Характеристика державної політики щодо контролю над тютюном та результати її реалізації / К. С. Красовський, Г. О. Слабкий // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського. – Київ, 2016. – С. 418–424.

*Медико-соціальні аспекти вживання алкоголю населенням та стратегії протидії* / Т. С. Грузєва, В. А. Дуфинець, В. Б. Замкевич [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – С. 118–127.

*Національно-патріотичне виховання – державний пріоритет національної безпеки : щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України про становище молоді в Україні (за підсумками 2014 року)* / Державний інститут сімейної та молодіжної політики. – Київ, 2015. – 200 с.

*Основи паліативної медицини : монографія* / Г. В. Бондар, І. С. Вітенко, П. В. Яворський [та ін.]. – Київ : Медицина, 2016. – 580 с.

*Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків : монографія* / за ред. О.М. Балакірева. – Київ : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2014. – 156 с.

*Ринда Ф.П.* Стан і проблеми наркоманії та алкоголізації населення / Ф. П. Ринда, В. В. Кручаниця // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 р. / за ред. О. Квіташвілі ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2015. – 460 с.

*Робота із стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні : практичний посібник* / ред. О. М. Балакірева. – Київ : ТОВ «Поліграф плюс», 2015. – 120 с.

*Слабкий Г. О.* Інтеграція медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень : монографія / Г. О. Слабкий, М. О. Крисько. – Київ, 2015. – 112 с.

*Шафранський В. В.* Характеристика способу життя населення та формування здорового способу життя / В. В. Шафранський, Ф. Ф. Ринда, Г. О. Слабкий // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – С. 434–440.

### Посібники

*Миронюк І.* Сексуальное и репродуктивное здоровье гетеросексуальных пар, затронутых эпидемией ВИЧ/СПИД : практическое пособие / И. Миронюк. – Киев : МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2013. – 39 с.

*Основи здорового способу життя : навчальний посібник* / М. І. Кручаниця, В. В. Кручаниця, К. П. Мелега [та ін.]. – Ужгород, 2016. – 264 с.

*Сучасні аспекти громадського здоров'я : навчально-методичний посібник* / Д. Резерфорд, О. І. Висоцька, М. І. Маковецька [та ін.]. – Київ, 2017.

*Упровадження інтегрованих послуг для осіб із наркотичною залежністю в закладах охорони здоров'я : практичний посібник* / Л. В. Власенко [та ін.]. – Київ : К.І.С., 2011. – 124 с.

*Чугрієв А. М.* Менеджмент якості в службі крові : навчальний посібник. – Розділ 3 : Організація і управління. Менеджмент якості в службі крові / за заг. ред. проф. С. Видиборця, к.мед.н. О. Сергієнка / рекомендовано МОН. – Київ–Вашингтон, 2016. – 284 с.

*Якобчук А. В.* Методологічні основи наукового дослідження діяльності системи охорони здоров'я : навчальний посібник / А. В. Якобчук, Г. О. Слабкий. – Київ : Видавництво Ліра-К, 2015. – 172 с.

Статті в наукових журналах

- Олексюк О. Б. Динаміка показників госпіталізації дітей Львівської області за десятирічний період / О. Б. Олексюк // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – №1 (42). – С. 96–101.
- Бібік І. Г. Аналіз показників захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки в Запорізькій області / І. Г. Бібік // Архів психіатрії. – 2015. – Т. 21, № 1 (80). – С. 40–43.
- Бобкова О. В. Актуальність профілактичної спрямованості роботи лікаря загальної практики/сімейної медицини відносно проблем репродуктивного здоров'я серед підлітків груп ризику / О. В. Бобкова // Сучасні медичні технології. – 2015. – № 4. – С. 79–84.
- Бобкова О. В. Асоціації між медико-соціальними факторами ризику та розвитком соціально-значущих захворювань серед підлітків / О. В. Бобкова // Сучасна педіатрія. – 2016. – № 5 (77). – С. 40–44.
- Бобкова О. В. Оцінка ефективності профілактичної роботи серед підлітків груп ризику / О. В. Бобкова // Сучасні медичні технології. – 2016. – № 2 (29). – С. 139–145.
- Боднарчук Н. І. Оцінка фізичного розвитку дітей дошкільного віку з патологією опорно-рухового апарату / Н. І. Боднарчук, О. Б. Олексюк, Т. Ю. Лисак // Актуальні проблеми сучасної медицини : вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2017. – Т. 17, № 1 (57). – С. 38–43.
- Взаємодія «держава-громада» заради здоров'я: зарубіжний досвід боротьби з неінфекційними захворюваннями / Н. О. Рингач, О. М. Дзюба, О. Р. Ситенко, А. О. Керецман // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2015. – № 1 (63). – С. 35–41.
- Головко Я. І. Становлення і розвиток медико-соціального забезпечення осіб з інвалідністю / Я. І. Головко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2015. – № 3–4 (24–25). – С. 104–106.
- Гречко В. А. Медико-соціальні та біоетичні аспекти лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції / В. А. Гречко, В. З. Свиридюк // Магістр медсестринства. – 2016. – № 2 (16). – С. 77–82.
- Громадське здоров'я як предмет викладання / Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, В. В. Шафранський, Л. О. Качала // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 2 (43). – С. 103–106.
- Досвід кафедри медичної статистики у підготовці лікарів з питань використання міжнародної статистичної класифікації хвороб / М. В. Голубчиков, Н. М. Орлова, О. К. Толстанов, О. Б. Тонковид // Науковий журнал МОЗ України. – 2014. – № 1. – С. 109–113.
- Дудник С. В. Детермінанти малюкової смертності залежно від статі та місця мешканця / С. В. Дудник // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 113–121.
- Дудник С. В. Сучасні тенденції малюкової смертності в Україні / С. В. Дудник // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 32–37.
- Знаменська М. А. Актуальні питання забезпечення діяльності комплексної системи комунікацій в охороні здоров'я / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // ScienceRise™ Medical Science. – 2015. – № 8/3 (13). – С. 96–100.
- Знаменська М. А. Концептуальна модель комунікацій в охороні здоров'я / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // ScienceRise™ Medical Science. – 2015. – № 7/4 (12). – С. 59–61.
- Знаменська М. А. Модель комунікацій сімейного лікаря із збереження здоров'я дітей шкільного віку / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2015. – Т. 5, № 2 (16). – С. 42–44.
- Знаменська М. А. Управління системою комунікацій на рівні закладу охорони здоров'я / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // ScienceRise™ Medical Science. – 2015. – № 6/4 (11). – С. 85–88.
- Красовський К. С. Аналіз політики щодо тютюнових акцизів в Україні у 2013–2016 роках з точки зору охорони здоров'я / К. С. Красовський // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2 (4). – С. 100–107.
- Красовський К. С. Тенденції поширеності куріння серед груп населення України в 2008–2015 роках / К. С. Красовський // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 47–54.
- Кручаниця В. В. Антиалкогольна робота лікаря загальної практики – сімейного лікаря / В. В. Кручаниця // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 3 (69). – С. 22–26.
- Кручаниця В. В. Детермінанти зловживання алкоголем населенням Закарпаття / В. В. Кручаниця // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 4 (70). – С. 18–22.
- Кручаниця В. В. Методичні підходи до розробки та впровадження регіональних цільових антиалкогольних програм / В. В. Кручаниця // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 167–170.
- Курочка В. Л. Роль факторів ризику у виникненні серцево-судинних захворювань у жінок-організаторів охорони здоров'я / В. Л. Курочка, М. В. Перев'язкіна, І. Г. Бібік // Актуальні питання медичної науки та практики. – 2016. – Т. 1, № 83 (1). – С. 42–48.
- Лашкул З. В. Асоціації між медико-соціальними факторами ризику та розвитком артеріальної гіпертензії у дорослого населення / З. В. Лашкул // Сучасні медичні технології. – 2015. – № 4. – С. 61–65.
- Лашкул З. В. Вивчення знань факторів ризику захворюваності і смертності від артеріальної гіпертензії у керівників лікувальних закладів первинної ланки / З. В. Лашкул // Вісник проблем біології та медицини. – 2014. – Т. 1, № 3. – С. 147–200.

Лашкул З. В. Вивчення чинників ризику серцево-судинних захворювань серед працівників первинної ланки охорони здоров'я / З. В. Лашкул, В. Ф. Посний, В. Л. Курочка // Актуальні питання медичної науки та практики : збірник наукових праць. – 2014. – № 81. – С. 59–63.

Лашкул З. В. Влияние форм и методов профилактики на заболеваемость и смертность населения от социально-значимых заболеваний в годы становления советской власти (1917–1940) / З. В. Лашкул // Сучасні медичні технології. – 2014. – № 1 (21). – С. 103–107.

Лашкул З. В. Вплив медико-біологічних та соціально-гігієнічних факторів ризику на захворюваність та смертність від хвороб системи кровообігу, асоційованих з артеріальною гіпертензією, серед міських і сільських жителів на регіональному рівні / З. В. Лашкул // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 2. – С. 37–42.

Лашкул З. В. Деякі фактори ризику та прогресування серцево-судинних захворювань серед працездатного населення Запорізького регіону / З. В. Лашкул, М. В. Перев'язкіна, В. Л. Курочка // Актуальні питання медичної науки та практики. – 2015. – Т. 1, к. 2. № 82. – С. 166–172.

Лашкул З. В. Економічні збитки від захворюваності населення на артеріальну гіпертензію та асоційовані з нею хвороби у Запорізькій області / З. В. Лашкул // Економіка і право охорони здоров'я. – 2015. – № 1 (1). – С. 26–30.

Лашкул З. В. Основні ризики на шляху імплементації програм профілактики артеріальної гіпертензії / З. В. Лашкул // Сучасні медичні технології. – 2016. – № 3 (30). – С. 125–131.

Лашкул З. В. Особливості епідеміології артеріальної гіпертензії та її ускладнень на регіональному рівні з 1999 по 2013 роки / З. В. Лашкул // Сучасні медичні технології. – 2014. – № 2 (22). – С. 134–139.

Лашкул З. В. Поширеність соціально-гігієнічних факторів ризику, асоційованих із виникненням ризикової поведінки у підлітків, на регіональному рівні та потенціальні перешкоди в їх профілактиці / З. В. Лашкул, О. В. Бобкова // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – С. 22–29.

Лашкул З. В. Прогнозування розвитку артеріальної гіпертензії в дорослого населення Запорізької області на основі покрокового множинного логістичного регресійного аналізу / З. В. Лашкул // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 4 (36). – С. 12–20.

Лашкул З. В. Соціально-гігієнічне дослідження факторів ризику серцево-судинних захворювань серед лікарів різних фахових груп, з'ясування ставлення лікарів до проблем профілактики / З. В. Лашкул, В. Л. Курочка // Запорожский медицинский журнал. – 2014. – № 3 (84). – С. 23–25.

М'якина О. В. Актуальність проблеми інвалідності в сучасному аспекті / О. В. М'якина, К. О. Мельник // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2015. – № 3–4 (24–25). – С. 116–119.

Маркович В. П. Роль науково-навчального супроводу у формуванні та реалізації обласних програм розвитку системи охорони здоров'я / В. П. Маркович, І. С. Миронюк, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 256–257.

Матюха Л. Ф. Роль і можливості лікаря та медичної сестри загальної практики/сімейної медицини у профілактиці порушень зору у школярів / Л. Ф. Матюха, Н. М. Орлова, А. О. Костецька // Бібліотека сімейного лікаря та сімейної медсестри. – 2015. – № 2. – С. 17–22.

Медико-социальные аспекты учебной адаптации у студентов медицинских вузов / В. А. Огнев, М. П. Кириченко, А. Н. Зинчук [и др.] // Актуальні проблеми сучасної медицини : Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2015. – Т. 15, Вип. 3 (51). – С. 269–273.

Медико-соціальні проблемні аспекти способу життя студентів медичного університету / В. А. Огнев, Н. О. Галічева, Л. І. Чумак [та ін.] // Міжнародний медичний журнал. – 2016. – Т. 22, № 4 (88). – С. 87–90.

Медико-соціологічний моніторинг факторів ризику хронічних неінфекційних захворювань в умовах використання медичної інформаційної системи / М. В. Шевченко, Ю. Б. Ященко, Н. Ю. Кондратюк, Н. В. Шестак // Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (Eastern European Scientific Journal). – 2015. – № 3. – С. 31–34.

Миронюк І. С. Медичний нагляд ВІЛ-інфікованих трудових мігрантів у Закарпатській області / І. С. Миронюк // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 2 (60). – С. 36–38.

Миронюк І. С. Модель організації надання послуг консультування та тестування на ВІЛ сімейними лікарями жителям Закарпатської області України, пов'язаним з трудовою міграцією / І. С. Миронюк // Wiadomości Lekarskie (Польща). – 2014. – Т. LXVII, № 2. – С. 222–225.

Миронюк І. С. Організаційно-функціональна модель надання послуг консультування і тестування на ВІЛ трудовим мігрантам та їх найближчому оточенню в Закарпатській області / І. С. Миронюк // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 1 (110), Вип. 3. – С. 225–229.

Миронюк І. С. Оцінка життєздатності програми протидії поширенню ВІЛ-інфекції в середовищі трудових мігрантів за участю Української Православної Церкви в Закарпатській області / І. С. Миронюк // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 3 (31). – С. 109–115.

Миронюк І. С. Соціально-демографічний портрет ВІЛ-інфікованого трудового мігранта-жителя Закарпаття / І. С. Миронюк, В. Й. Шатило // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 1 (59). – С. 54–58.

Миронюк І. С. Соціально-демографічні характеристики трудових мігрантів-жителів Закарпатської області як представників групи високого ризику інфікування ВІЛ / І. С. Миронюк // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». – 2014. – Вип. 1 (49). – С. 227–231.

Миронюк І. С. Гендерний портрет людей, що живуть з ВІЛ як складова гендерного портрету епідемії ВІЛ-інфекції/ СНІДу в регіоні (на прикладі Закарпатської області) / І. С. Миронюк, Л. І. Андрушак, К. Д. Каланча // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2014. – № 2 (17). – С. 60–68.

Огнев В. А. Концепция качества жизни и эффективность реабилитационных мероприятий для лиц с ограниченными возможностями / В. А. Огнев, М. П. Кириченко, А. Н. Зинчук // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 1 (110), Вип. 3. – С. 262–265.

Огнев В. А. Медико-социальные аспекты реабилитации лиц с ограниченными возможностями при сочетанной патологии / В. А. Огнев, М. П. Кириченко, А. Н. Зинчук // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2015. – № 43 (24). – С. 70–74.

Огнев В. А. Аналіз та оцінка справжнього рівня поширеності надмірної ваги та ожиріння серед дітей шкільного віку м. Харкова / В. А. Огнев, К. Г. Помогайбо // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4. – С. 28–32.

Огнев В. А. Визначення факторів, що впливають на розвиток раку легенів та їх сили впливу на організм людини / В. А. Огнев, А. Н. Зинчук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2015. – № 2 (64). – С. 36–40.

Огнев В. А. Сучасний стан інвалідності в Харківській області та пріоритетні завдання щодо її скорочення / В. А. Огнев, К. М. Сокол // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2015. – № 3–4 (24–25). – С. 28–32.

Олексюк О. Б. Динаміка стану здоров'я дітей Львівської області / О. Б. Олексюк // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 257.

Орлова Н. М. Поведінкові чинники ризику розвитку патології органа зору у міських школярів / Н. М. Орлова, А. О. Костецька // Український медичний часопис. – 2014. – № 1 (99). – С. 137–139.

Орлова Н. М. Стан офтальмологічного здоров'я школярів та організаційна технологія його медико-соціального моніторингу / Н. М. Орлова, А. О. Костецька // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 1. – С. 7–12.

Орлова Н. М. Стан офтальмологічного здоров'я, чинники ризику та методика індивідуального прогнозування розвитку порушень зору у школярів м. Києва / Н. М. Орлова, А. О. Костецька // Архів офтальмології України. – 2015. – Т. 3, № 2. – С. 20–25.

Острополець Н. А. Проблеми щодо хвороб системи кровообігу в населення України та надання медичної допомоги / Н. А. Острополець, І. І. Кошеля // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 258–259.

Перев'язкіна М. В. Профілактика як стратегічний напрям підвищення рівня громадського здоров'я / М. В. Перев'язкіна, І. Г. Бібик, В. Л. Курочка // Сучасні медичні технології. – 2016. – № 2 (29). – С. 87–93.

Післядипломна підготовка лікарів-статистиків як важлива складова удосконалення інформаційного забезпечення системи охорони здоров'я / М. В. Голубчиков, Н. М. Орлова, О. Б. Тонковид, Т. В. Степанова // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2015. – № 1. – С. 94–95.

Рингач Н. О. Ризики для громадського здоров'я та системи охорони здоров'я в Україні, спричинені соціально-економічною та політичною кризою / Н. О. Рингач // Науково-інформаційний вісник Академії національної безпеки. – 2014. – № 3–4. – С. 64–76.

Рингач Н. О. Втрачені роки потенційного життя внаслідок передчасної смертності в Україні: обсяг і структура / Н. О. Рингач, А. О. Керецман // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 1 (59). – С. 36–41.

Рингач Н. О. Здоров'я як складова людського капіталу та запорука розвитку / Н. О. Рингач // Вісник Кам'янець-Подільського національного університету ім. І. Огієнка. – Економічні науки. – Вип. 11. – Кам'янець-Подільський : Медобори–2006, 2016. – С. 249–258.

Рингач Н. О. Освіта як детермінанта здоров'я в політиці України: орієнтири на шляху досягнення цілей сталого розвитку у світлі Мінської декларації [Електронний ресурс] / Н. О. Рингач // Державне управління: теорія та практика. – 2016. – № 1. – С. 158–171. – Режим доступу : [http://e-patp.academy.gov.ua/2016\\_1/16.pdf](http://e-patp.academy.gov.ua/2016_1/16.pdf). – Назва з екрана.

Рингач Н. О. Оцінка досягнення Цілі Розвитку Тисячоліття щодо зниження дитячої смертності / Н. О. Рингач // Демографія та соціальна економіка. – 2013. – № 2 (20). – С. 25–36.

Рынгач Н. А. Снижение потерь лет потенциальной жизни как путь к увеличению национального богатства [Электронный ресурс] / Н. А. Рынгач // Демоскоп Weekly. – 2014. – № 603–604. – Режим доступа : <http://demoscope.ru/weekly/2014/0603/analit03.php>. – Название с экрана.

Рынгач Н. А. Экономический эквивалент потерь вследствие преждевременной смертности в Украине / Н. А. Рынгач // Демографія та соціальна економіка. – 2016. – № 2 (27). – С. 39–49.

Свиридюк В. З. Біоетичні засади формування безпечного лікарняного середовища / В. З. Свиридюк // Магістр медсестринства. – 2016. – № 2 (16). – С. 99–111.

Скринінгові програми в онкології / М. В. Шевченко, Ю. Б. Ященко, Н. Ю. Кондратюк, О. О. Ошивалова // Український медичний часопис. – 2015. – № 3. – С. 29–31.

Слабкий Г. О. Соціально-економічні аспекти формування здорового способу життя дітей (аналітичний огляд наукової літератури) / Г. О. Слабкий, О. М. Ковальова // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2 (4). – С. 44–48.

Слабкий Г. О. Аналіз епідеміологічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області / Г. О. Слабкий, В. Й. Білак–Лук'янчук // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 3 (39). – С. 76–84.

Слабкий Г. О. Вимірювання континууму догляду у зв'язку з ВІЛ як невід'ємна складова системи стратегічної інформації щодо заходів із протидії епідемії у м. Києві / Г. О. Слабкий, Ж. В. Антоненко, О. В. Юрченко // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1–2 (37–38). – С. 186–189.

Слабкий Г. О. До питання смертності населення в результаті саморуйнівної поведінки / Г. О. Слабкий, Н. С. Зашик // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 3 (69). – С. 27–30.

Слабкий Г. О. Інвалідність дітей як проблема громадського здоров'я: профілактика та забезпечення ефективної реабілітації / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, О. О. Дудіна // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 3 (69). – С. 4–9.

Слабкий Г. О. Модель комунікацій в сфері репродуктивного здоров'я / Г. О. Слабкий, М. А. Знаменська // Современная педиатрия. – 2015. – № 4 (68). – С. 30–32.

Слабкий Г. О. Організація профілактичної роботи лікарями загальної практики-сімейними лікарями / Г. О. Слабкий, М. А. Знаменська // Актуальні проблеми сучасної медицини : Вісник української медичної стоматологічної академії. – 2015. – Т. 15, Вип. 2 (50). – С. 150–156.

Слабкий Г. О. Система громадського здоров'я: бачення всесвітньої організації охорони здоров'я (закінчення) / Г. О. Слабкий // Журнал заступника головного лікаря. – 2016. – № 6 (17). – С. 18–25.

Слабкий Г. О. Система громадського здоров'я: бачення всесвітньої організації охорони здоров'я (початок) / Г. О. Слабкий // Журнал заступника головного лікаря. – 2016. – № 5 (16). – С. 51–61.

Усенко С. Г. Пути решения проблем социальной реабилитации и трудоустройства людей с ограниченными возможностями в Украине / С. Г. Усенко, С. А. Усенко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2015. – № 3–4 (24–25). – С. 110–112.

Фершал Я. Ю. Порівняльний аналіз результатів проведення додаткової імунізації дитячого населення проти поліомієліту на первинному рівні / Я. Ю. Фершал // Сучасні медичні технології. – 2016. – № 2 (29). – С. 123–125.

Чепелевська Л. А. Сучасні медико-демографічні проблеми в Україні та шляхи їх подолання / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3 (35). – С. 39–43.

Чепелевська Л. А. Середня очікувана тривалість життя як критерій медико-демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 2 (56). – С. 39–44.

Чумак Л. І. Медико-соціальні проблеми цукрового діабету дитячого віку та аспекти інвалідності / Л. І. Чумак // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2015. – № 3–4 (24–25). – С. 78–80.

Шатило В. Й. Сучасні підходи до організації невідкладної допомоги з участю парамедиків в умовах бойових дій і надзвичайних ситуацій / В. Й. Шатило // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 237–242.

Шатило В. Й. Характеристика оптимізованої функціонально-організаційної моделі надання первинної медико-санітарної допомоги при інфекційних та паразитарних хворобах / В. Й. Шатило, О. О. Шпита, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 4 (36). – С. 27–32.

Шафранський В. В. Використання документів Всесвітньої організації охорони здоров'я в розвитку громадської охорони здоров'я України. Частина перша / В. В. Шафранський // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 4 (36). – С. 7–11.

Шафранський В. В. Використання комунікацій в системі громадського здоров'я / В. В. Шафранський, Г. О. Слабкий // Сучасні медичні технології. – 2016. – № 1. – С. 92–94.

Шафранський В. В. Профілактика як провідний аспект економічного зростання держави / В. В. Шафранський, С. В. Дудник // Економіка і право охорони здоров'я. – 2015. – № 2 (2). – С. 36–41.

Шафранський В. В. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення / В. В. Шафранський, С. В. Дудник // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 3 (39). – С. 12–18.

Шафранський В. В. Стратегія досягнення здоров'я та благополуччя населення країни в умовах сучасних викликів українському суспільству / В. В. Шафранський, С. В. Дудник // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3 (Спецвипуск). – С. 118–122.

Шевченко М. В. Неінфекційні захворювання: медико-соціальна значущість, пов'язані з ними медико-соціальні втрати та економічні збитки / М. В. Шевченко // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – № 3. – С. 34–39.

Шекера О. Г. Охорона здоров'я – найважливіша складова державної політики України / О. Г. Шекера, Н. В. Медведовська, Д. В. Мельник // Сімейна медицина. – 2014. – № 2 (52). – С. 10–14.

Якість життя студентів-медиків: результати дослідження та їх значення в профілактичній роботі / В. А. Огнев, Н. О. Галічева, К. М. Сокол [та ін.] // Сімейна медицина. – 2014. – № 5 (55). – С. 144–148.

### Методичні рекомендації

Матюха Л. Ф. Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем : методичні рекомендації / Л. Ф. Матюха, Г. В. Бацора, В. О. Бойко [та ін.]. – Київ, 2015. – 60 с.

Миронюк І. С. Проведення оцінки чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ на регіональному рівні з використанням спеціальної інформаційної технології : методичні рекомендації / І. С. Миронюк, О. Ю. Мулеса, Г. О. Слабкий. – Київ, 2016. – 33 с.

Олексюк О. Б. Рекомендації щодо статистичної обробки даних медичних та біологічних досліджень : методична розробка для аспірантів, клінічних ординаторів, дисертантів та організаторів охорони здоров'я / О. Б. Олексюк. – Львів : Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 2016. – 12 с.

Організація системи управління запасами компонентів крові : методичні рекомендації / Г. О. Слабкий, С. В. Видиборець А. М. Чугрів, В. Й. Шатило. – Київ, 2017. – 34 с.

Розробка локального протоколу паліативної медичної допомоги при лікуванні хронічного больового синдрому : методичні рекомендації / Л. Ф. Матюха, Л. С. Бабінець, Н. В. Медведовська [та ін.]. – Київ, 2016. – 40 с.

Слабкий Г. О. Антиалкогольна робота лікаря загальної практики-сімейного лікаря : методичні рекомендації / Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, В. В. Кручаниця. – Київ, 2016. – 21 с.

Слабкий Г. О. Організація проведення аудиту використання компонентів і препаратів крові : методичні рекомендації / Г. О. Слабкий, А. М. Чугрів, В. Й. Шатило ; рекомендовано МОЗ України. – Київ, 2017. – 26 с.

### Тези наукових конференцій

Голубчиков М. В. Сучасні підходи до обґрунтування системи надання медичної допомоги хворим на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ / М. В. Голубчиков, Т. В. Степанова // Тези Міжнародної науково-практичної конференції до Всесвітнього дня здоров'я, м. Київ, Україна, 07–08 квітня 2016 р. – Київ, 2016.

До компетенцій магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я» / Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, В. В. Шафранський, Л. О. Качала // Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України : матеріали щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Київ, 23 березня 2017 р. – Київ, 2017. – С. 146–148.

Методи контролю знань у осіб, що навчаються в магістратурі за спеціальністю «Громадське здоров'я» / Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, Ю. В. Векинець [та ін.] // Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України : матеріали щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Київ, 23 березня 2017 р. – Київ, 2017. – С. 144–146.

Миронюк І. С. Трудовая миграция населения и субэпидемия ВИЧ-инфекции/СПИДа в Закарпатской области Украины / И. С. Миронюк // Тезисы IV Конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, г. Москва, 12–13 мая 2014 г. – Москва, 2014. – С. 195.

Миронюк І. С. Гендерный портрет эпидемии ВИЧ-инфекции/СПИДа в регионе как базис для повышения эффективности региональных программ противодействия эпидемии / И. С. Миронюк, Л. И. Андрущак // Тезисы IV Конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, г. Москва, 12–13 мая 2014 г. – Москва, 2014. – С. 205.

Миронюк І. С. Результати впровадження моделі надання послуг консультування та тестування на ВІЛ трудовим мігрантам та їх найближчому оточенню через сімейних лікарів / І. С. Миронюк // Наукові засади боротьби з інфекційними хворобами в Україні : матеріали науково-практичної конференції, присвяченої щорічним «Читанням» пам'яті академіка Л. В. Громашевського, 8–9 жовтня 2014 р. // Профілактична медицина. – 2014. – № 3–4 (23). – С. 67–68.

Олексюк О. Б. Гендерні особливості госпіталізації міських дітей з приводу гострих респіраторних інфекцій верхніх дихальних шляхів / О. Б. Олексюк // Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я : матеріали III Міжнародної наукової Інтернет-конференції, м. Харків 2–9 листопада 2015 р. ; МОЗ України, Харківський національний медичний університет, Академія соціальних наук України ; ред. кол. : І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко, В. А. Мац. – Харків : ХНМУ, 2015. – С. 84–86.

Олексюк О. Б. Характеристика медико-демографічної ситуації у Львівській області за десятирічний період / О. Б. Олексюк // Історичні, економічні, соціальні, філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я : матеріали IV Міжнародної наукової Інтернет-конференції на пошану ректора, професора В. М. Лісового, 04.11.2014 ; Харківський національний медичний університет ; ред. кол. : І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко, В. А. Мац. – Харків : ХНМУ, 2016. – С. 74–77.

Основні напрямки наукових досліджень у сфері громадського здоров'я / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, І. С. Миронюк, Л. О. Качала // Сучасні проблеми діагностики та лікування ожиріння і його ускладнень, та роль сімейного лікаря у їх профілактиці : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 2 (43). – С. 133–134.

*Показатели надсмертности мужчин трудоспособного возраста в Украине / Г. А. Слабкий, И. С. Миронюк, С. В. Дудник, Л. А. Качала // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Мужское здоровье – здоровое поколение», г. Самарканд, 24–25 ноября 2016 г. // Проблемы биологии и медицины. – 2016. – № 4, 1 (92). – С. 93–94.*

*Профілактика розладів психіки та поведінки населення, як провідна задача системи охорони громадського здоров'я / В. В. Шафранський, Г. О. Слабкий, Н. С. Защик, Л. О. Качала // XVI Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств, Берлін–Київ, 8–23 серпня 2016 р. : матеріали. – Одеса : Видавництво Бартенєва, 2016. – С. 265.*

*Рингач Н. О. Післядипломна медична освіта: формування навичок трансформаційного лідерства / Н. О. Рингач, О. Ю. Мулеса, О. С. Щербінська // Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України : матеріали щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції за міжнародною участю, м. Київ, 23 березня 2017 р. / за заг. ред. В. С. Куйбіди, В. М. Князевича, Н. О. Васюк. – Київ : ТОВ «ДКС-Центр», 2017. – С. 128–131.*

*Свиридюк В. З. Біоетичні аспекти протидії внутрішньолікарняним інфекціям / В. З. Свиридюк, В. А. Гречко, П. В. Яворський // Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи : матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Житомир, 20–21 жовтня 2016 р. / за ред. В. Й. Шатила. – Житомир : Полісся, 2016. – С. 326–333.*

*Свиридюк В. З. Теоретичні засади та перспективні напрямки підвищення якості підготовки медичних кадрів / В. З. Свиридюк // Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я : матеріали науково-практичної конференції, м. Київ, 22 квітня 2015 р. – Київ : ДКС-Центр, 2015. – С. 121–125.*

*Свиридюк В. З. Формування у молоді здоров'язберігаючої компетентності та позитивної мотивації до здорового способу життя / В. З. Свиридюк // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». – Вип. 31. Тематичний вип. «Реабілітація адиктивних осіб на основі християнської психології». – Острог : Вид-во Національного університету «Острозька академія», 2014. – С. 160–171.*

*Слабкий Г. А. Всемирная организация здравоохранения о профилактике заболеваний, связанных с образом жизни / Г. А. Слабкий, Л. А. Качала, В. В. Кручаница // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 19–20 лютого 2016 р. – Одеса : ГО «Південна фундація медицини», 2016. – 140 с.*

*Слабкий Г. О. Актуальні питання підготовки кадрів для системи громадського здоров'я України / Г. О. Слабкий, Л. О. Качала // Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні : матеріали щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції за міжнародною участю : тези доповідей. – Київ : ТОВ «ДКС-Центр», 2016. – С. 165–167.*

*Слабкий Г. О. Механізми, ризики і переваги інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу в систему первинної медичної допомоги / Г. О. Слабкий, Л. О. Качала, М. О. Крисько // Профілактична медицина. – 2016. – № 3–4 (27), додаток: Матеріали третьої національної науково-практичної конференції “За кожне життя разом: прискорення до мети 90-90-90”, 21–23 листопада 2016 р. : тези доповідей. – С. 138–139.*

*Слабкий Г. О. Подолання негативного впливу соціальних детермінант як фактор збереження психічного здоров'я населення / Г. О. Слабкий, Л. О. Качала, Н. С. Защик // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 19–20 лютого 2016 р. : збірник тез наукових робіт. – Одеса : ГО «Південна фундація медицини», 2016. – С. 113–115.*

*Слабкий Г. О. Щодо тягаря проблем в Україні, пов'язаних зі споживанням алкоголю / Г. О. Слабкий, В. В. Кручаница, А. Г. Круть // Можливості превентивного та лікувального впливу на соціально значимі захворювання в закладах первинної медико-санітарної допомоги : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Ужгород 12–13 квітня 2016 р. : тези доповіді // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1–2 (37–38). – С. 258–259.*

*Слабкий Г. О. Визначення рівня толерантності щодо ВІЛ-позитивних людей серед працівників закладів охорони здоров'я м. Ужгорода / Г. О. Слабкий, В. Й. Білак–Лук'янчук // Профілактична медицина. – 2016. – № 3–4 (27), додаток: Матеріали третьої національної науково-практичної конференції “За кожне життя разом: прискорення до мети 90-90-90”, м. Ужгород, 21–23 листопада 2016 р. : тези доповіді. – Ужгород, 2016. – С. 136–137.*

*Сучасні підходи до створення моделі індивідуальної профілактики захворювань / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, І. М. Рогач, Л. О. Качала // Матеріали 70-ї підсумкової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ / МОН України ; ДВНЗ «Ужгородський національний університет». – Ужгород : ТОВ РІК-У, 2016. – 130 с.*

*Чепелевська Л. А. Роль профілактики хронічних неінфекційних захворювань в покращенні медико-демографічної ситуації / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Стратегічні напрямки реалізації Європейської стратегії «Здоров'я–2020» в Україні : Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю, м. Полтава, 28–30 травня 2014 р. : тези доповіді. – Полтава, 2014. – С. 102–103.*

*Шафранський В. В. Эффективная система последипломной подготовки специалистов для охраны общественного здоровья на этапе его формирования в стране / В. В. Шафранский, Г. А. Слабкий, И. С. Миронюк // Модернизация высшего медицинского образования: модульная система обучения : материалы научно-практической конференции с международным участием, г. Самарканд, 16 мая 2016 г. // Проблемы биологии и медицины. – 2016. – № 2, 1 (88). – С. 167.*

*Шафранський В. В.* До питання основних функцій системи охорони громадського здоров'я України / В. В. Шафранський // Організація і управління охороною здоров'я : матеріали НПК з міжнародною участю, м. Київ, 18–20 жовтня 2016 р. – Київ, 2016. – С. 63–64.

*Шафранський В. В.* Міжнародні медико-санітарні правила як ефективне вирішення безпечності громадського здоров'я / В. В. Шафранський, Г. О. Слабкий, Л. В. Крохмалюк // Можливості превентивного та лікувального впливу на соціально-значимі захворювання в закладах первинної медико-санітарної допомоги : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Ужгород, 12–13 квітня 2016 р. : тези доповіді // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1–2 (37–38). – С. 267.

*Шафранський В. В.* Основи Європейської політики і стратегія для XXI століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я / В. В. Шафранський, Г. О. Слабкий, Л. О. Качала // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2 (4). – С. 72–75.

*Шафранський В. В.* Про необхідність розробки навчальних програм за спеціальністю «Громадське здоров'я» / В. В. Шафранський // Актуальні питання практичної інтеграції відомчих медичних структур в загальнодержавну систему охорони здоров'я в контексті реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я України : тези доповідей учасників науково-практичної конференції, м. Київ, 15 жовтня 2015 р. // Україна. Здоров'я нації. 2015. – № 3 (35). – С. 19.

*Шафранський В. В.* Характеристика мети, стратегічних завдань та пріоритетів Європейської політики «Здоров'я–2020» і їх значення для системи охорони здоров'я України / В. В. Шафранський, Г. О. Слабкий, Л. О. Качала // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 19–20 лютого 2016 р. : збірник тез наукових робіт. – Одеса : ГО «Південна фундація медицини», 2016. – С. 121–123.

*Шевченко М. В.* Реалізація корпоративних програм здорового образу життя в Україні / М. В. Шевченко, Ю. Б. Яценко, Н. Ю. Кондратюк // Актуальні питання теоретичної та практичної медицини : збірник тез доповідей IV Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 21–22 квітня 2016 р. – Суми : Сумський державний університет, 2016. – С. 121.

*Шевченко М. В.* Підходи до коригування проблем для зниження тягаря хронічних неінфекційних захворювань / М. В. Шевченко // Організація і управління охороною здоров'я 2015 : тези науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Київ, 20–22 жовтня 2015 р. – Київ : ВЦ «КиївЕкспоПлаза», 2015. – С. 29.

**Укладач:** проф., д.мед.н. Слабкий Г.О.,  
в.о. завідувача кафедри громадського здоров'я  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»



## Памяти профессора Евгения Михайловича Тищенко (1960–2016)

31 июля 2016 г. в расцвете творческих сил скоропостижно скончался заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Гродненского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Евгений Михайлович Тищенко, который много сотрудничал с украинскими социальными гигиенистами и историками медицины.

Е.М. Тищенко родился 7 декабря 1960 г. в г.Гродно в Белоруссии. В 1983 г. он с отличием окончил лечебный факультет Гродненского государственного медицинского института (ныне – Гродненский государственный медицинский университет) и был зачислен ассистентом кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения (с 2001 г. – кафедра общественного здоровья и здравоохранения). Основателем и первым заведующим этой кафедры – в 1961–1982 гг. – был проф. В.Ч. Бржеский (1913–1984), который наряду с изучением социально-гигиенических проблем занимался и историей медицины, что наложило отпечаток на научном направлении возглавляемой им кафедры. Да, и его приемник – проф. Г.Р. Крючок (1918–1987), прошедший школу организатора здравоохранения, (был заведующим областными отделами здравоохранения и заместителем министра здравоохранения Белорусский ССР) в течение длительного времени исследовал историю медицины и здравоохранения Белоруссии, создал белорусскую научную школу по истории медицины.

Поэтому не случайно то, что Евгений Михайлович, следуя по стопам своих учителей, в 1992 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Здравоохранение Белоруссии в период Великой Отечественной войны (1941–1945)», а в 2002 г. – докторскую – «История здравоохранения Белоруссии в XX веке». В 1991 г. был избран на должность старшего преподавателя, в 1993 г. – доцента (звание доцента получил в 1995 г.), в 2002 г. возглавил кафедру общественного здоровья и здравоохранения, а в 2005 г. ему присвоено ученое звание профессора. В том же 2005 г. его избрали деканом

факультета медицинских сестер с высшим образованием, а так как в Республике Беларусь совмещение должностей заведующего кафедрой и декана запрещено, то он продолжал работать на кафедре на должности профессора. В 2008 г. стал деканом медико-диагностического факультета. Наконец, в 2013 г. проф. Тищенко оставил деканство и вернулся на должность заведующего кафедрой.

Научное наследие Евгения Михайловича Тищенко составляет более 800 опубликованных работ. Ряд его трудов посвящен проблемам социальной гигиены – организация деятельности акушерско-гинекологической службы и репродуктивное здоровье женщин, организация деятельности отделений сестринского ухода, изучение факторов риска образа жизни отдельных групп населения и др. Но все же больше его публикаций по истории медицины. По инициативе и при его непосредственном участии изучалась история Гродненского общества Красного Креста и профсоюза работников здравоохранения, история сестринского движения и аптечной службы на Гродненщине, история Гродненского медицинского училища и областного центра здоровья, история железнодорожной и первой городской больниц Гродно. И, конечно, история Alma mater. Так, он соавтор книг: «Заведующие кафедрами и профессора Гродненского государственного медицинского университета» (2003) и «50 лет Гродненскому государственному медицинскому университету: события и биографии» (2008).

Профессор Е.М. Тищенко поддерживал научные связи с Украиной, куда не раз приезжал (Киев, Ивано-Франковск, Одесса). Его сообщения опубликованы в историко-медицинских сборниках конференций Сумского государственного университета (2005, 2007). Он был членом редакционного совета «Східноєвропейського журналу громадського здоров'я». Меня с ним связывало то, что научным руководителем наших кандидатских диссертаций был один и тот же человек – проф. Крючок Г.Р.

*Профессор Константин Константинович Васильев (Одесса)*

## Інформаційне повідомлення № 1

### Шановні пані та панове!

У рамках відзначення 190-річчя курорту Трускавець 21–23 вересня 2017 р. у м. Трускавець відбудеться Українсько-польський симпозіум «Громадське здоров'я і реабілітація – імпакт «2017», 190 років курорту Трускавець», який внесено в реєстр науково-практичних заходів МОЗ України.



**Термін:** 21–23.09.2017 р.

**Мови симпозіуму:** українська, польська, англійська.

#### **Вузлові теми симпозіуму:**

- 1) Курорт Трускавець – наш соціальний і медичний спадок: історія і сучасність.
- 2) Міжнародні проблеми громадського здоров'я:
  - хвороби не знають кордонів,
  - нерівність щодо здоров'я,
  - громадське здоров'я в Європейському Союзі,
  - здоров'я жителів села,
  - відновне лікування, біокосметологія, фізична активність – їх місце у громадському здоров'ї.
- 3) Громадське здоров'я – проблеми сьогодення (у т.ч. кадри, економіка, здоров'я і сучасні технології, якість медичної допомоги, права пацієнтів, медичне страхування).
- 4) Здоров'я та спосіб життя.

**Наукові статті будуть опубліковані в монографії.**

**За бажанням, публікація можлива у фаховому виданні «Україна. Здоров'я нації»:**  
<http://www.uiph.kiev.ua/vidavnicna-diyalnist/ukrajina-zdorov-ya-natsiji>

#### **Правила для оформлення наукових матеріалів:**

Обсяг публікацій: у монографії – не менше 3 сторінок.

Текст друкувати українською або англійською мовами в текстовому редакторі Microsoft Word на одному боці аркуша формату А4 (усі поля – 2 см, шрифт Times New Roman 14 пт, міжрядковий інтервал – 1,5).

Роботи мають бути ретельно відредаговані автором. За зміст відповідає автор роботи.

**Вимоги до публікацій у журналі «Україна. Здоров'я нації» за посиланням:**

<http://www.uiph.kiev.ua/vidavnicna-diyalnist/ukrajina-zdorov-ya-natsiji/do-vidoma-avtoriv>

**Запрошуємо до Трускавця!!!**

## ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду», у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

**В.о. директора ДУ «Український інститут  
стратегічних досліджень МОЗ України»**

**П. С. Мельник**

## ДО ВІДОМА АВТОРІВ

**Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації» запрошує Вас до активної співпраці!**

**Тематична спрямованість журналу:** здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

До редакції (за адресою: м. Київ, 02099, пров. Волго-Донський, 3, отримувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») подаються роботи, що раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів.

### Правила подання матеріалу для опублікування

• **Структура матеріалу:** вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.

• Стаття має супроводжуватись **офіційним направленням** (супровідним листом), **гарантійним листом про оплату публікації**, **експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та **рецензією** з візою керівництва (наукового керівника) і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка: прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів. **Звертаємо вашу увагу, що зазначена інформація буде надрукована наприкінці статті.**

• Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

- тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);
- списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50),
- таблиць;
- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;
- резюме (українською, російською та англійською мовами).

• Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі .rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

- На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва статті, назва установи, де працюють автори, місто, країна.

- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з ДСТУ, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.

- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.

- У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються аббревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. ***Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.***

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Журнал видається за рахунок авторів статей. Журнал не є комерційним, тому кошти витрачаються виключно на його видання. **Інформаційний спонсор журналу – Закарпатський обласний благодійний фонд «Закарпаття проти СНІДу».** Кошти необхідно перераховувати на його рахунок **ПР – 26006011339902; МФО 300346; ІНН – 26395674; ПАТ «Альфа-Банк» у м. Києві.** Вартість однієї повної (чи неповної) сторінки рукопису (відповідно до зазначених вище вимог) уточнюється.

Редакційна рада