

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 – Миронюк І.С.
Заступник головного редактора – Слабкий Г.О.
Відповідальні редактори – Брич В.В., Ситенко О.Р.
Секретаріат – Белікова І.В. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Гуцол І.Я. (Ужгород),
Білак-Лук'янчук В.Й. (Ужгород), Кабацій Н.О. (Ужгород), Левко Л.В. (Ужгород)
Інформаційний супровід та підтримка – Кривенко Є.М.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Афанасьєв С.М. Васильєв К.К. Вежновець Т.А. Горачук В.В.	Грузєва Т.С. Децик О.З. Ковальова О.М. Короп О.А.	Лехан В.М. Любинець О.В. Матюха Л.Ф.	Медведовська Н.В. Овоц А. Одинець Т.Є. Рачкевич Д.	Сигіт К. Сміянов В.А. Урбаніак М. Шатило В.Й.
---	--	---	---	--

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Алипова О.Є. (Запоріжжя, Україна), **Беловічкова М.** (Братислава, Словаччина), **Ванцак П.** (Братислава, Словаччина),
Гойда Н.Г. (Київ, Україна), **Голованова І.А.** (Полтава, Україна), **Голубчиков М.В.** (Київ, Україна), **Жарова І.О.** (Київ, Україна),
Жилка Н.Я. (Київ, Україна), **Клименко В.І.** (Запоріжжя, Україна), **Лашкул З.В.** (Запоріжжя, Україна),
Лемко І.С. (Ужгород, Україна), **Михалюк Є.Л.** (Запоріжжя, Україна), **Моїсєнко Р.О.** (Київ, Україна),
Нагорна А.М. (Київ, Україна), **Ніканоров О.К.** (Київ, Україна), **Огнев В.А.** (Харків, Україна), **Парій В.Д.** (Київ, Україна),
Рогач І.М. (Ужгород, Україна), **Толстанов О.К.** (Київ, Україна), **Чепелевська Л.А.** (Київ, Україна)

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (наказ Міністерства освіти і науки України від 12.05.2015 р. № 528).
Видання індексується BASE (Bielefeld Academic Search Engine), CrossRef, Google Scholar та «Україніка наукова».

Вебсайт журналу:
healty-nation.uzhnu.edu.ua

Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень
Міністерства охорони здоров'я України» (протокол № 3 від 06.03.2020 р.)

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

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПР від 24.12.2014 р.
Підписано до друку 10 березня 2020 р. Загальний наклад 100 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 «Коломизин В.Ю.»
Свідоцтво про державну реєстрацію B02 № 257914 від 09.12.2002 р.

Надруковано у МВЦ «Медінформ»

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

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

FOUNDERS

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

Chief Editor – Myronyuk I.S.

Deputy Chief Editor – Slabkiy G.O.

Executive Editors – Brych V.V., Sytenko O.R.

Secretariat – Belikova I.V. (Poltava), Butenko I.V. (Kyiv), Hutsol I.Ya. (Uzhhorod),
Bilak-Lukianchuk V.Y. (Uzhhorod), Kabatsiy N.O. (Uzhhorod), Levko L.V. (Uzhhorod)

Informational support, design and layout – Kryvenko Ye.M.

EDITORIAL COLLEGIUM

Afanasiev S.M.
Vasyliov K.K.
Vezhnovets T.A.
Gorachyuk V.V.

Gruzieva T.S.
Detsyk O.Z.
Kovaliova O.M.
Korop O.A.

Lekhan V.M.
Liubinets O.V.
Matiukha L.F.

Medvedovska N.V.
Ovoc A.
Odynets T.E.
Rachkevich D.

Sygit K.
Smilianov V.A.
Urbaniak M.
Shatylo V.Y.

EDITORIAL BOARD

Alypova O.E. (Zaporizhzhya, Ukraine), **Belovicova M.** (Bratislava, Slovakia), **Vansac P.** (Bratislava, Slovakia), **Hoida N.G.** (Kyiv, Ukraine),
Golovanova I.A. (Poltava, Ukraine), **Golubchikov M.V.** (Kyiv, Ukraine), **Zharova I.E.** (Kyiv, Ukraine), **Zhylka N.Ya.** (Kyiv, Ukraine),
Klymenko V.I. (Zaporizhzhya, Ukraine), **Lashkul Z.V.** (Zaporizhzhya, Ukraine), **Lemko I.S.** (Uzhhorod, Ukraine),
Mykhaliuk Ye.L. (Zaporizhzhya, Ukraine), **Moiseenko R.O.** (Kyiv, Ukraine), **Nahorna A.M.** (Kyiv, Ukraine),
Nikanorov A.K. (Kyiv, Ukraine), **Ohniev V.A.** (Kharkiv, Ukraine), **Pariy V.D.** (Kyiv, Ukraine), **Rogach I.M.** (Uzhhorod, Ukraine),
Tolstanov O.K. (Kyiv, Ukraine), **Chepelevska L.A.** (Kyiv, Ukraine)

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

Web-site:

healty-nation.uzhnu.edu.ua

It is recommended for print by the Academic Council of the PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine".
Protocol № 3 of 06.03.2020.

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 March 10, 2020. The total circulation is 100 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

Організація і управління охороною здоров'я

<i>Лехан В.М., Крячкова Л.В., Сердюк В.М., Пучкова Н.В., Борвинко Е.В., Гриценко Л.О., Зяярський М.І.</i> Оцінка важливості проблеми захворювань, що піддаються амбулаторному лікуванню в Україні	7
<i>Горох В.В.</i> Організація високоспеціалізованої гематологічної допомоги на рівні сільськогосподарської області	18
<i>Рогач І.М., Данко Д.В.</i> Результати дослідження серед пацієнтів закладів охорони здоров'я гірської зони щодо їх оцінки доступності та якості спеціалізованої медичної допомоги	23
<i>Глебова Є.Є.</i> Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри	28
<i>Щербінська О.С.</i> Відношення вагітних до можливості отримання акушерської допомоги у сімейних лікарів	35
<i>Gorbenko O., Williams M.</i> Looking for optimal standards, criteria and KPIs of patient centricity across the biopharma industry: an overview of existing frameworks and conceptual models (Part 1)	39
Громадське здоров'я	
<i>Рогач І.М., Микита Х.І., Палко А.І., Пішовці А.-М.М.</i> Структура захворюваності підлітків (15–17 років) м. Ужгорода та Закарпатської області в динаміці упродовж 2014–2018 років	53
<i>Білак-Лук'янчук В.Й., Василенко В.В.</i> Деякі показники захворюваності населення Закарпатської області	62
<i>Миронюк І.С., Бабич К.В., Потокій Н.Й.</i> Короткозорість серед дитячого населення Закарпатської області як виклик в сфері охорони громадського здоров'я	67
Фізична реабілітація, фізична терапія, ерготерапія	
<i>Vansač P.</i> The use of ergotherapy in the retirement home	73
<i>Одинець Т.Є.</i> Ефективність застосування засобів йоги у поліпшенні амплітуди руху верхньої кінцівки у жінок з постмастектомічним синдромом	77

<i>Беспалова О., Лянной Ю., Бугаєнко Т., Лянна О., Литвиненко В.</i> Когнітивно-змістовий компонент у структурі готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності	82
---	-----------

<i>Беспалова О., Лянной Ю., Бугаєнко Т., Авраменко Н., Литвиненко В.</i> Моделювання процесу формування готовності майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій	90
---	-----------

Медсестринство

<i>Ivanková V., Belovičová M.</i> Clostridial infections in the world and in Slovakia in the patient safety context	99
<i>Petreková V., Belovičová M.</i> The role of nurses in the prevention of metabolic syndrome in spa environment	106
<i>Dimunová L., Raková J.</i> Specification of drug administration in geriatric patients within the competences of the nurse	113
<i>Поповичева М., Баркаси Д.</i> Нагрузка медсестёр в лечебном учреждении при уходе за пациентами	118

Статті учасників міжнародної науково-практичної конференції «Міждисциплінарні аспекти скринінгу, профілактики та лікування в роботі лікаря первинної ланки» (8–9 квітня 2020 р., м. Ужгород)

<i>Кравченко В.Г., Іцейкін К.Є., Степаненко В.І., Попова І.Б.</i> Реформування дерматовенерологічної галузі і шляхи налаштування інтегративних відносин з первинною ланкою охорони здоров'я	125
<i>Кошмякова Т.В.</i> Аналіз захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом серед населення Закарпатської області у розрізі районів	131
<i>Літус І.О., Свістунов І.В.</i> Особливості гістологічної будови рецидивуючих фіброепітеліальних поліпів шкіри у хворих з метаболічним синдромом та цукровим діабетом 2-го типу	137
<i>Мицюда Р.М.</i> Прогнозування акушерських ускладнень у жінок з вперше виявленою реплікативною активністю гепатиту В	142

<i>Мельник В.С., Горзов Л.Ф., Білишук Л.М., Зомбор К.В., Ратушний Р.І.</i> Лікування атопічного хейліту у підлітків з зубошелепними аномаліями	146	<i>Горох В.В.</i> Оцінка хворими на хвороби крові та кровотворних органів доступності та якості первинної медико-санітарної допомоги	168
<i>Савицький Я.М., Швидкий Я.Б., Бичков М.А.</i> Особливості раціонального харчування пацієнтів з функціональними розладами травного каналу	150	<i>Прокопів М.М., Слабкий Г.О.</i> Концептуальні підходи до надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на первинному рівні	169
<i>Черкун М.П., Катеренчук І.П.</i> Інформованість міських і сільських жителів про фактори ризику гіпертонічної хвороби як передумова прихильності до лікувально- профілактичних заходів	155	<i>Кошеля І.І., Слабкий Г.О., Качала Т.В.</i> Задачі первинної медико-санітарної допомоги з профілактики інфарктів міокарда	170
<i>Сідь Є.В., Кульбачук О.С.</i> Діагностична цінність серцевого білку, що зв'язує жирні кислоти у пацієнтів зі stemi при зверненні за медичною допомогою	160	<i>Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Білак-Лук'янчук В.Й.</i> Спільні задачі первинної медико-санітарної допомоги та системи громадського здоров'я по збереженню здоров'я населення	171
Тези учасників конференції		<i>Рогач І.М., Данко Д.В.</i> Забезпечення населення гірської та передгірської зони Закарпаття первинною медико-санітарною допомогою	171
<i>Неміш І.Л., Ступницька Г.Я., Федів О.І.</i> Індекс БОДЕ та функція зовнішнього дихання у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні зі стабільним хронічним коронарним синдромом	165	<i>Щербінська О.С., Слабкий Г.О.</i> Основні напрямки інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на рівень первинної медико-санітарної допомоги	172
<i>Нестеровська О.А., Ступницька Г.Я., Федів О.І.</i> Клінічна характеристика пацієнтів з поєднаною патологією астма-ХОЗЛ та різним нутрітивним статусом	166	<i>Іваньо Н.В., Росул М.М., Кошмякова Т.В., Корабельщикова М.О.</i> Сучасні тенденції лікування хворих інфарктом міокарда та динаміка смертності від данної патології в м. Ужгород	173
<i>Чернецька Н.В., Федів О.І., Ступницька Г.Я.</i> Особливості клінічного перебігу хронічного обструктивного захворювання легень, поєданого із цукровим діабетом типу 2	167		

CONTENT

Organization and management of health care

<i>Lekhan V.M., Kryachkova L.V., Serdyuk V.M., Puchkova N.V., Borvinko E.V., Gritsenko L.O., Zayarsky M.I.</i> Assessment of the Importance of the problem of ambulatory care sensitive conditions in Ukraine	7
<i>Horokh V.V.</i> Organization of highly specialized hematological care at the level of agricultural region	18
<i>Rohach I.M., Danko D.V.</i> Results of sociological research among patients of health care institutions in the mountain area regarding their assessment of the availability and quality of specialized medical care	23
<i>Glebova E.E.</i> An improved model for organizing medical care for patients with pathological and age-related skin changes	28
<i>Shcherbinska O.S.</i> The attitude of pregnant women to the possibility of receiving obstetric care from family physicians	35
<i>Gorbenko O., Williams M.</i> Looking for optimal standards, criteria and KPIs of patient centricity across the biopharma industry: an overview of existing frameworks and conceptual models (Part 1)	39

Public health

<i>Rohach I.M., Mykyta Ch.I., Palko A.I., Pishkovtsi A.-M.M.</i> Structure of the incidence of adolescents (15–17 years) of Uzhhorod and Transcarpathian region in dynamics during 2014–2018	53
<i>Bilak-Lukianchuk V.Y., Vasylenko V.V.</i> Some indicators of the population morbidity in Transcarpathian region	62
<i>Myronyuk I.S., Babych K.V., Potokiy N.I.</i> Myopia among the children's population of Transcarpathian region as a challenge in public health sphere	67

Physical rehabilitation, physical therapy, ergotherapy

<i>Vansač P.</i> The use of ergotherapy in the retirement home	73
<i>Odynets T.</i> Effectiveness of yoga means in improvement of range of upper extremity movement in women with postmastectomy syndrome	77

<i>Bespalova O., Liannoi Yu., Bugaenko T., Lianna O., Lytvynenko V.</i> The congestive component in the structure of the readiness of future bachelors of physical therapy, ergotherapy for the application of physical and recreational technologies in professional activity	82
--	----

<i>Bespalova O., Liannoi Yu., Bugaenko T., Avramenko N., Lytvynenko V.</i> Modeling the process of forming the future of the future specialists in physical therapy to the use of physical and wellness technologies	90
--	----

Nursing

<i>Ivanková V., Belovičová M.</i> Clostridial infections in the world and in Slovakia in the patient safety context	99
<i>Petreková V., Belovičová M.</i> The role of nurses in the prevention of metabolic syndrome in spa environment	106
<i>Dimunová L., Raková J.</i> Specification of drug administration in geriatric patients within the competences of the nurse	113
<i>Popovichova M., Barkasi D.</i> The ballast of nurses in the provision of nursing care in a hospital	118

Articles of ISPC participants “Interdisciplinary aspects of screening, prevention and treatment in the work of general practitioner-family doctor” (April 8–9, 2020, Uzhhorod)

<i>Kravchenko V.G., Ischeykin K.E., Stepanenko V.I., Popova I.B.</i> Reforming of the dermatovenological service and the ways of the settling of integrative relations with the primary health care	125
<i>Koshmiakova T.V.</i> The analysis of morbidity of sexually transmitted infections among the population of Transcarpathian region in the context of regions	131
<i>Litus I.A., Svistunov I.V.</i> Features of the histological structure of recurrent fibroepithelial skin polyps in patients with metabolic syndrome and type 2 diabetes	137
<i>Mitsoda R.M.</i> Prediction of obstetric complications in women with newly discovered hepatitis B repetitive activity	142
<i>Melnyk V.S., Horzov L.F., Bilyshchuk LM., Zombor K.V., Ratushnyi R.I.</i> Treatment of atopic cheilitis in adolescents with dentoalveolar anomalies	146

Savytsky Ya.M., Shvydkyy Ya.B., Bychkov M.A.
**Features of rational nutrition of patients
with functional disorders of the digestive canal 150**

Cherkun M.P., Katerenchuk I.P.
**Awareness of urban and rural inhabitants about
to hypertension risk factors as a prerequisite for better
compliance to therapeutic and preventive measures 155**

Sid' E.V., Kulbachuk O.S.
**Diagnostic value of heart-type fatty acid binding
protein in group of patients with STEMI
at the time of application for medical care 160**

Abstracts of conference participants (in Ukr.) 165

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201618
УДК 614.2:616-08-039.57(477)

В.М. Лехан¹, Л.В. Крячкова¹, В.М.Сердюк², Н.В. Пучкова², Е.В.Борвинко¹, Л.О. Гриценко¹, М.І. Заярський¹

Оцінка важливості проблеми захворювань, що піддаються амбулаторному лікуванню в Україні

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

²Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації, м. Дніпро, Україна

v.n.lexan@gmail.com, guoz@adm.dp.gov.ua, social.medicine.pg@dma.dp.ua

В.Н. Лехан¹, Л.В. Крячкова¹, В.Н.Сердюк², Н.В. Пучкова²,
Э.В. Борвинко¹, Л.А. Гриценко¹, Н.И. Заярский¹

**Оценка важности проблемы заболеваний,
поддающихся амбулаторному лечению в Украине**

¹ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины»

²Департамент здравоохранения
Днепропетровской облгосадминистрации

V.M. Lekhan, L.V. Kryachkova, V.M. Serdyuk,
N.V. Puchkova, E.V. Borvinko, L.O. Gritsenko, M.I. Zayarsky
**Assessment of the Importance of the problem
of ambulatory care sensitive conditions in Ukraine**

¹SE «Dnepropetrovsk Medical Academy
of the Ministry of Health of Ukraine»

²Department of Health of the Dnipropetrovsk Regional
State Administration

Вступ

В умовах наявної чи потенційної пандемії (епідемії) коронавірусної інфекції 2019 (COVID-19) виявляються усі існуючі проблеми в організації діяльності систем охорони здоров'я, як у галузі громадського здоров'я, так і в секторах надання амбулаторної та стаціонарної допомоги.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) підкреслює, що COVID-19 демонструє, наскільки неміцними є системи охорони здоров'я і відповідно найкращим знаряддям захисту від спалаху будь-якої хвороби є їх зміцнення у напрямі визначення пріоритету зусиль для забезпечення безперервності надання послуг і перерозподілу все більш обмежених ресурсів, з тим щоб вони могли приносити максимальну користь населенню [13].

Зростає увага країн до оптимізації діяльності систем охорони здоров'я шляхом зміщення акцентів з витратних стаціонарних послуг, ресурси яких потрібні для оперативного реагування на актуальні загрози та лікування пацієнтів у важких станах, на послуги, що без втрати якості обслуговування, можуть ефективно забезпечуватися первинною медико-санітарною допомогою (ПМСД).

В останні роки світовим трендом при розробці політики зміцнення систем охорони здоров'я є впровадження стратегії зменшення обсягів госпіталізацій та екстреної медичної допомоги через вплив на захворювання, що піддаються амбулаторному лікуванню або амбулаторно-чутливі стани (ЗПАЛ; англ. Ambulatory care sensitive conditions – ACSC) [9].

Концепція ЗПАЛ була введена у медичну практику наприкінці 1980-х років Дж. Біллінгсом з Нью-Йоркського університету у якості підходу до уникнення госпіталізацій

незастрахованих пацієнтів шляхом своєчасного та ефективного надання амбулаторної допомоги [11]. Перше застосування ЗПАЛ у європейському контексті зробили Caminal J. et al. у 2004 році, припускаючи, що ці захворювання можуть бути показником ефективності ПМСД для вирішення проблем зі здоров'ям. Автори проаналізували 113 захворювань згідно кодів Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (МКХ) 9 перегляду та зупинилися на переліку з 19-ти ЗПАЛ [12]. З того часу різні країни (Німеччина, Португалія, Іспанія, Великобританія, Ірландія, Латвія, Молдова, Казахстан та інші) та різні міжнародні організації, включаючи ВООЗ, займалися проблемою вивчення захворювань, що піддаються амбулаторному лікуванню: уточнювалися дефініції та визначення, адаптувався до національних умов і корегувався список ЗПАЛ [4–9].

На теперішній час ЗПАЛ визначаються як стани здоров'я, при яких можна уникнути госпіталізацій шляхом своєчасного та ефективного надання медичної допомоги в амбулаторних умовах. При цьому амбулаторна допомога включає медичні послуги загального (первинного) та спеціалізованого (вторинного) рівня [9].

Purdy S. et al. у 2009 р. на прикладі Великобританії визначили 36 потенційних ЗПАЛ [16]. Bardsley M. et al. на підставі результатів досліджень попередників та використовуючи власний досвід, визначили 27 клінічних станів ЗПАЛ, які були розділені на три групи: гострі хвороби або стани, коли раннє втручання може запобігти серйозному прогресуванню захворювання; хронічні хвороби або стани, коли ефективно управління випадками попереджує ускладнення; та стани, яким можна запобігти шляхом вакцинації – коли імунізація й інші втручання зводять до мінімуму виникнення певних захворювань [10].

Найчастіше у європейській практиці використовується даний підхід. Саме він застосовувався у масштабному проєкті ВООЗ 2016 р., коли проводилися паралельні оцінки ЗПАЛ у Німеччині, Казахстані, Латвії, Португалії та Республіці Молдова. Маркерні патології обиралися країнами із загального списку 27 ЗПАЛ в залежності від національних умов та обмежень статистичного обліку [4–9].

Згідно керівництва з оцінки ЗПАЛ у Європі, необхідно зробити низку ключових кроків для проведення оцінки щодо захворювань, які піддаються амбулаторному лікуванню в країні: визначення та налаштування – огляд існуючої наукової та іншої інформації, що має відношення до ЗПАЛ; відбір даних – отримання матеріалів щодо рівня госпіталізації в країні зі ЗПАЛ; встановлення пріоритетів щодо ЗПАЛ – визначення за даними анкетування вичерпного переліку амбулаторно-чутливих станів (перелік з 8–10 захворювань) та найбільш пріоритетних ЗПАЛ (2–4 захворювання: щонайменше одне гостре, одне хронічне та одне вакцино-кероване захворювання) – репрезентативних маркерів для подальшої оцінки частки госпіталізацій при ЗПАЛ, як індикаторів ефективності надання ПМСД; консультації із зацікавленими сторонами, такими як представники постачальників медичних послуг, адміністраторів, політиків, дослідників тощо; формулювання рекомендацій щодо політики в охороні здоров'я, і представлення результатів оцінки [9].

За даними проведених Європейських досліджень, обсяг госпіталізацій, яких можна уникнути за рахунок ефективного медичного обслуговування на первинному рівні, коливається від 40% до 80% для найбільш значущих ЗПАЛ (діабету, артеріальної гіпертензії (АГ), захворювань нирок та інфекції сечовивідних шляхів і серцевої недостатності) [4–9].

Останніми роками проводиться оцінка різних аспектів надання ЗПАЛ, включаючи якість, ефективність, безпеку та доступність первинних послуг і медичної допомоги в цілому, координацію між постачальниками медичних послуг тощо [14,17].

Незважаючи на зацікавленість та активність у вимірюванні і звітності щодо ЗПАЛ, зберігаються відмінності у визначеннях та підходах до їх вимірювання у різних країнах. Попри інтерес до даного питання у Європейському регіоні ВООЗ та зацікавленості України у проведенні досліджень щодо зменшення обсягів необґрунтованих госпіталізацій [3,18], нами не було виявлено проведених досліджень щодо ЗПАЛ у нашій країні, що і обумовило актуальність проведеного дослідження.

Мета дослідження – виявлення найбільш актуальних на теперішній час захворювань, що піддаються амбулаторному лікуванню для дорослого населення (старше 18-ти років) України (вичерпний перелік з 8–10 захворювань) та визначення найбільш пріоритетних – маркерних ЗПАЛ, як індикаторів ефективності надання первинної допомоги (2–4 захворювання).

Матеріали та методи

Дослідження проведено відповідно до методологічної основи багатоцентрового дослідження ЗПАЛ в Європейському регіоні [9] з певними модифікаціями та адаптацією до національних умов і нагальних потреб, та з урахуванням ресурсних можливостей щодо проведення дослідження подібного масштабу без відповідної підтримки з боку національних та міжнародних організацій.

Робота проводилася у декілька етапів: 1) визначення за даними літературних джерел попереднього списку ЗПАЛ; 2) аналіз рівня госпіталізації дорослого населення України за переліком попередньо визначених ЗПАЛ; 3) визначення важливості захворювань, що піддаються амбулаторному лікуванню у дорослого населення в Україні (дана публікація присвячена саме цій частині дослідження та висвітлює й попередні етапи) та 4) подальша оцінка обсягів запобіжних госпіталізацій за повним переліком ЗПАЛ, включаючи й визначені пріоритетні патології.

Попередній список ЗПАЛ (1-й етап), як і в інших аналогічних дослідженнях, сформовано на основі напрацювань Bardsley M. et al. [10], в якій були узагальнені матеріали ключових міжнародних досліджень щодо переліку захворювань, визначених як найбільш важливі амбулаторно-чутливі стани.

На 2-му етапі проведено кросекційне дослідження госпіталізації дорослого населення в Україні за 2017 рік по кожному з визначених на першому етапі ЗПАЛ. Для кожного ЗПАЛ розраховувалися: поширеність захворювання в абсолютних і відносних (на 100 тис. загального населення) показниках, абсолютне число госпіталізованих, рівень госпіталізації на 100 тис. загального населення, рівень госпіталізації від ЗПАЛ (% госпіталізованих від зареєстрованих хворих з даною патологією) та їх питома вага від загального числа госпіталізованих. Для аналізу використано статистичні дані Центру медичної статистики МОЗ України (<http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html>), дані центру громадського здоров'я про інфекційну захворюваність населення України (<https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/monitoring-i-ocinka/infekciyna-zakhvoryuvannist-naselennya-ukraini>), реєстр пацієнтів з туберкульозом Центру громадського здоров'я (<https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/roboata-z-reestrom-pacientiv-z-tb>) та дані експертних оцінок щодо рівнів госпіталізації від окремих ЗПАЛ статистична інформація за якими була відсутня або недостатня. У якості експертів виступали по 3 висококваліфікованих фахівця відповідної спеціалізації, погодженість думок яких оцінювалася за допомогою коефіцієнту конкордації (W) та думка вважалася узгодженою при наблизенні показника погодженості думки до одиниці – $W > 0,70$ ($p < 0,05$).

Матеріали для третього та четвертого етапів були отримані шляхом анкетування. Для цього використовувалася модифікована версія інструменту для самооцінки (стандартизованої анкети), запропонованого

у керівництві по оцінці ЗПАЛ та апробованого в різних країнах Європи, включно з російськомовним варіантом у Казахстані [4–9].

У якості ключових інформаторів виступали 104 стейкхолдери (зацікавлені сторони), анкети поширювалися через асоціацію сімейних лікарів Дніпропетровської області.

Статистичний аналіз проводився з використанням стандартних методів описової (параметричної і непараметричної) та аналітичної статистики за допомогою програмних продуктів STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) та MedCalc Statistical Software trial version 19.2.0 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2020). Визначалися та описувалися центральні тенденції кількісних величини в залежності від типу розподілу даних. Для відносних величин розраховувалися 95,0% довірчі інтервали (95%ДІ) за відкоригованим методом Вальда. Оцінку статистичної значущості відмінностей кількісних показників проводили за непараметричним дисперсійним аналізом Краскела-Уолліса (KW-H) з апостеріорними порівняннями за критерієм Дана; відносних показників – за критерієм Хі-квадрат Пірсона (χ^2).

У якості статистики узгодженості думок та оцінок використовувалися статистика Хі-квадрат, коефіцієнт конкордації (W) і зважену квадратичну каппу Коена (κ) із 95% ДІ, значення якої <0,20 вказувало на погану силу узгодженості, 0,21–0,40 – на посередню, 0,41–0,60 – на помірну, 0,61–0,80 – на добру, більше за 0,81 – на відмінну [3].

Критичне значення рівня статистичної значущості приймалося для всіх видів аналізу та статистичних тестів на рівні $p < 0,05$ (5%).

Результати дослідження та їх обговорення

В Україні протягом 2017 року серед дорослих було зареєстровано 59 379 593 випадків захворювань і 6 601 495 хворих, виписаних зі стаціонару. Рівень госпіталізації в Україні за останні 5 років (2014–2018 рр.) залишається практично незмінним і складає 193,8–189,3 на 100 тис. населення. Щодо госпіталізації при амбулаторно-чутливих станах (табл. 1), то визначається, що найбільший рівень госпіталізації на 100 тисяч загального населення спостерігається переважно при найрозповсюджених захворюваннях – стенокардії (770,6 на 100 тис. нас.), гіпертонічній хворобі (486,2 на 100 тис. нас.), цукровому діабеті (432,6 на 100 тис. нас.), пневмоніях (342,9 на 100 тис. нас.), хронічних обструктивних захворюваннях легень – ХОЗЛ (245,6 на 100 тис. нас.).

Загальний рівень госпіталізації при амбулаторно-чутливих станах (у % від числа хворих із ЗПАЛ) за проведеними розрахунками складає 8,1%. При ранжуванні ЗПАЛ з найвищим рівнем госпіталізації визначається що на першому місці знаходяться пневмонії (89,3%), далі у порядку убавання туберкульоз органів дихання (73,8%), проривна виразка шлунку та 12-палої кишки і шлунково-кишкова кровотеча (69,0%), вакцино-контрольовані захворювання (26,6%), бронхіальна астма (25,7%), епілепсія (21,0%), сальпінгіт і оофорит (18,9%), інфекції шкіри та підшкірної клітковини (15,0%), цукровий діабет (11,9%), стенокардія (10,3%).

Рівень госпіталізації перевищує 50% при трьох захворюваннях (пневмонії, туберкульозі органів дихання, проривній виразці шлунку та 12-палої кишки і шлунково-кишкової кровотечі); при трьох захворюваннях він перевищує 20% (вакцино-контрольованих захворюваннях, бронхіальній астмі та епілепсії). Отже отриманий перелік з шести нозологій можна вважати первинним (сирим) результатом щодо найбільш значущих ЗПАЛ.

Таблиця 1. Рівні госпіталізації дорослих хворих (старше 18 років) з амбулаторночутливими станами в Україні

ЗПАЛ (Амбулаторно чутливі стани)	Код за МКХ 10	Зареєстровано хворих		Госпіталізовано пацієнтів			
		абс.	на 100 тис. нас.	абс.	на 100 тис. нас.	% від хворих з даною патологією	% від загального числа госпіталізованих (6 706 250 осіб)
Вакцино-контрольовані інфекційні захворювання**, в т.ч.	A15-16, A19, A35-37, A80, B05, B06, B16.1, B16.9, B18.0, B18.1, B26, G00.0, J10-11, M014	111 734	263,4	29 709	85,4	26,6	0,44
туберкульоз органів дихання	A15-16, A19	32 492	76,6	23 979	68,9	73,8	0,36
грип	J10-11	15 895	37,6	1 590	4,6	10	0,024
Залізодефіцитна анемія	D50	346 936	997,0	10 408	29,9*	3	0,16

Цукровий діабет	E10-14	1 261 391	3 624,8	150 554	432,6	11,9	2,24
Епілепсія	G40-41	28 899	83,0	6069	17,4*	21	0,09
Гіпертонічна хвороба	I10-13	3 704 649	10 645,8	169 198	486,2	4,6	2,52
Стенокардія	I20	2 606 040	7 488,8	268 164	770,6	10,3	4,00
Хронічна серцева недостатність	I50	2 000 000	5 813,5	20 тис. – 30 тис.	71,8*	1–1,5	0,3–0,45
Пневмонії	J12-16, J18	133 621	384,0	119 322	342,9	89,3	1,78
Хронічні обструктивні захворювання легень	J40-42, J44	1235662	2 554,4	85 450	245,6	6,9	1,28
Бронхіальна астма	J45-46	175447	504,2	45 100	129,6	25,7	0,67
Виразка шлунку та 12-палої кишки	K25-27	827 746	2 378,6	56 119	161,3	6,8	0,84
у т.ч. проривна виразка шлунку та 12-палої кишки і шлунково-кишкова кровотеча*	K25.1,2,5,6 K26.1,2,5,6	35013*	100,6	6 145	17,6*	69	0,09
Інфекції шкіри та підшкірної клітковини	L00-08	329 714	947,5	49 457	142,1*	15	0,74
Інфекції нирок	N10-12	588 769	1 691,9	52 782	151,7	9	0,79
Сальпінгіт, оофорит	N70	185115	970,4 (жін. нас.)	35 тис.*	100,6*	18,9*	0,52
Всього за ЗПАЛ		13 535 723		1 102 332		8,1	

Примітки: Джерела інформації – Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України. Статистичні дані (<http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html>).

* – експертні дані.

** – рівні госпіталізації вакцино-контрольованих захворювань (правець, дифтерія, кашлюк, гострий поліомієліт, кір, краснуха, гострий гепатит В, хронічний гепатит В, епідемічний паротит, гемофільна інфекція, бактеріальний менингіт) згідно рекомендацій оцінювалися в цілому без розбивки на окремі нозології, оскільки важливою проблемою зі здоров'ям вважається частота госпіталізацій не менше 10 на 100 тис. нас. (у випадку зазначених захворювань вона суттєво нижча).

При співставленні списків ЗПАЛ за частотою госпіталізації на 100 тис. загального населення та рівнем госпіталізації ЗПАЛ (% від хворих з даною патологією) виявляється погана, статистично незначуща узгодженість ($\kappa=0,027$; 95% ДІ -0,120 – 0,067), що цілком логічно, оскільки розповсюджені амбулаторно-чутливі стани можуть мати низький рівень госпіталізації, тоді як ЗПАЛ, що нечасто зустрічаються можуть мати велику частоту скерованих до стаціонару. У різних країнах Європи при визначенні доказової бази для аналізу проблеми ЗПАЛ використовувалися різні підходи: у Португалії та Німеччині – аналіз абсолютної кількості госпіталізованих з амбулаторно-чутливими станами [4,7]; у Казахстані, Латвії передусім опиралися на рівень госпіталізації ЗПАЛ

[5,6]; у Молдові – на частку ЗПАЛ від загального числа госпіталізованих [8].

Це спонукало нас вибрати найбільш наукометричний підхід – використати для аналізу переважно інтенсивні показники та при опрацюванні статистично-експертних даних провести ранжування ЗПАЛ за рівнем госпіталізації дорослих хворих в Україні після використання коригувальних коефіцієнтів, визначених за показниками частоти госпіталізації в зв'язку з захворювання на 100 тис. населення (ранговим місцем ЗПАЛ у загальному переліку).

Після проведення корегування, список десяти пріоритетних ЗПАЛ в Україні виглядає наступним чином: на перших місцях пневмонія, стенокардія, туберкульоз органів дихання, діабет, гіпертонічна хвороба, вакцино-

контрольовані захворювання, бронхіальна астма, проривна виразка шлунку та 12-палої кишки і шлунково-кишкова кровотеча, інфекції шкіри та підшкірної клітковини, ХОЗЛ; далі у порядку убунання: сальпінгіт і оофорит, хронічна виразка шлунку та 12-палої кишки, інфекції нирок, епілепсія, грип, хронічна/застійна серцева недостатність, залізодефіцитна анемія. Але даний перелік ще не є остаточним, оскільки не враховує рівень значущості ЗПАЛ для України. Саме цей аспект визначався під час опитування ключових інформаторів.

У дослідженні щодо захворювань, які піддаються амбулаторному лікуванню прийняло участь 104 ключових респондентів – експертів в галузі охорони здоров'я та медичних працівників, які є знавцями з організації надання медичної допомоги в Україні, в тому числі і лікарів загальної практики / сімейних лікарів (ЛЗП/СЛ), та

здатними відповідати на запитання щодо ЗПАЛ на підставі власного й узагальненого досвіду. Для перевірки надійності отриманих даних їх порівняльний аналіз проводився у розрізі 4-х виділених груп (табл. 2), серед яких відокремлювалася група експертів – більш досвідчених та обізнаних з даного питання фахівців.

У якості експертів виступали 6 фахівців з організації охорони здоров'я (ООЗ), зі стажем роботи 22,5 (20,0; 25,0) років – Me (25%; 75%), з вищою категорією по організації охорони здоров'я, сфера діяльності яких відноситься, як до практичної охорони здоров'я, так і до науково-аналітичної роботи. Розрахунок необхідної кількості експертів, рівня їх обізнаності, аргументованості та компетентності проводилися за стандартною методикою [1] і був вищим достатнього для виконання даної функції рівня (більше 0,8 балів).

Таблиця 2. Загальна характеристика ключових інформаторів, залучених у дослідження щодо амбулаторно чутливих захворювань в Україні

Показник	Загалом	ЛЗП/СЛ	Вузкі спеціалісти	Фахівці з ООЗ	Експерти	p між групами
Загальна кількість, n (%)	104 (100%)	71 (68,3%)	22 (21,2%)	5 (4,8%)	6 (5,8%)	-
Місце проживання, n (%)						
місто	54 (51,9)	28 (39,4)	17 (77,3)	3 (60,0)	6 (100,0)	0,001
село	50 (48,1)	43 (60,6)	5 (22,7)	2 (40,0)	0 (0)	
Перша та вища категорії, n (%)	84 (80,8)	58 (81,7)	17 (77,3)	3 (60,0)	6 (100,0)	0,166
Стаж роботи Me (25 %; 75%)	9,0 (6,0; 25,0)	9,0 (5,0; 19,0)	11,0 (8,0; 30,0)	8,0 (7,0; 17,0)	22,5 (20,0; 25,0)	0,067*

Примітки: p – розбіжності між групами за критерієм χ^2 Пірсона; p* – розбіжності між групами за непараметричним дисперсійним аналізом Краскела-Уолліса (KW-H).

Розбіжностей між виділеними групами ключових респондентів за стажем та рівнем кваліфікації (категорією) не спостерігалось ($p > 0,05$), однак були наявні статистично значущі розбіжності за місцем їх проживання і роботи ($p = 0,001$), що враховувалося у подальшому аналізі результатів.

Ключові респонденти були ознайомлені з базовою інформацією про ЗПАЛ в Україні (статистичні дані, доповнені експертно, що наведені у таблиці 1).

Їм було запропоновано доповнити цей список додатковими ЗПАЛ, значущими для України. Лише троє ЛЗП/СЛ (2,9% із загальної кількості респондентів) зазначили, що список може бути розширений шляхом додавання до групи вакцино-контрольованих захворювань вітряної віспи та пневмококової інфекції.

Аналіз значущості амбулаторно чутливих захворювань проводився у розрізі трьох підмножин ЗПАЛ та розподілу ключових інформаторів за групами аналізу (табл. 3).

Серед гострих захворювань найвищі пріоритети отримали пневмонія і проривна або кровоточива виразка шлунку та 12-палої кишки. За даними станами, на відміну від запальних захворювань малого таза, розбіжностей у

думках груп опитаних не було виявлено ($p > 0,05$). Щодо інфекції нирок й інфекцій шкіри та підшкірної клітковини, то жоден член експертної групи (і майже всі фахівці з ООЗ) не відзначив їх як значущі для України.

Щодо хронічних захворювань, то однастайність думок спостерігається щодо значущості таких амбулаторно-чутливих станів, як діабет, артеріальна гіпертензія, стенокардія, ХОЗЛ, бронхіальна астма ($p > 0,05$). Визначено розбіжності у думках опитаних щодо значущості таких ЗПАЛ, як епілепсія та ХСН ($p < 0,05$), які не вважалися достатньо важливими експертами та фахівцями з ООЗ.

Не визначається однастайності думок респондентів ($p < 0,05$) і щодо таких захворювань, яких можна запобігти за допомогою імунізації, як туберкульоз органів дихання, який вважають більш значущим ЗПАЛ експерти та сімейні лікарі порівняно з іншими групами ключових інформаторів; грип, який вважають більш значущим станом ЛЗП / СЛ та гемофільна інфекція, важливість якої вбачають переважно експерти. У загальному рейтингу значущих вакцино-контрольованих ЗПАЛ домінують дифтерія, туберкульоз органів дихання, кір та правець, щодо яких не визначено розбіжностей у думках ключових респондентів ($p > 0,05$).

Таблиця 3. ЗПАЛ в Україні, які потребують особливої уваги на думку ключових інформаторів (частка респондентів що визначили захворювання як найбільш важливе, n (%))

ЗПАЛ \ Група	Загалом n=104	ЛЗП/СЛ n=71	Вузькі спеціалісти n=22	Фахівці з ООЗ n=5	Експерти n=6	p між групами
Гострі / загострення захворювання						
Пневмонія	92 (88,5)	63 (88,7)	19 (86,4)	4 (80,0)	6 (100,0)	0,745
Проривна або кровоточива виразка шлунку та 12-палої кишки	78 (75,0)	50 (70,4)	19 (86,4)	3 (60,0)	6 (100,0)	0,179
Інфекції нирок	73 (70,2)	51 (71,8)	16 (72,7)	3 (60,0)	3 (50,0)	0,665
Запальні захворювання малого таза (сальпінгіт, оофорит)	55 (52,9)	41 (57,8)	13 (59,1)	1 (20,0)	0 (0)	0,019
Інфекції шкіри та підшкірної клітковини	45 (43,3)	34 (47,9)	10 (45,5)	1 (20,0)	0 (0)	0,096
Хронічні захворювання						
Залізодефіцитна анемія	77 (71,1)	53 (74,7)	15 (68,2)	3 (60,0)	3 (50,0)	0,388
Діабет	99 (95,2)	69 (97,2)	20 (90,9)	4 (80,0)	6 (100,0)	0,229
Епілепсія	59 (56,7)	45 (63,4)	11 (50)	3 (60,0)	0 (0)	0,023
Гіпертонічна хвороба/АГ	91 (87,5)	61 (85,9)	20 (90,9)	4 (80,0)	6 (100,0)	0,680
Стенокардія	88 (84,6)	60 (84,5)	19 (86,4)	3 (60,0)	6 (100,0)	0,325
Хронічна/застійна серцева недостатність (ХСН)	60 (57,8)	60 (84,5)	19 (86,4)	4 (80,0)	3 (50,0)	0,767
ХОЗЛ	83 (79,8)	57 (80,3)	18 (81,8)	2 (40,0)	6 (100,0)	0,090
Бронхіальна астма	83 (79,8)	61 (85,9)	17 (77,3)	2 (40,0)	6 (100,0)	0,019
Виразка шлунку та 12-палої кишки	77 (74,0)	52 (73,2)	15 (68,2)	4 (80,0)	6 (100,0)	0,455
За захворювання, яким можна запобігти за допомогою імунізації						
Туберкульоз органів дихання	90 (86,5)	68 (95,8)	14 (63,6)	2 (40,0)	6 (100,0)	<0,001
Грип	79 (76,0)	59 (83,1)	15 (68,2)	2 (40,0)	3 (50,0)	0,037
Правець	85 (81,7)	59 (83,1)	17 (77,3)	3 (60,0)	6 (100,0)	0,347
Дифтерія	91 (87,5)	64 (90,1)	17 (77,3)	4 (80,0)	6 (100,0)	0,299
Кашлюк	83 (79,8)	62 (87,3)	15 (68,2)	3 (60,0)	3 (50,0)	0,031
Гострий поліомієліт	82 (78,9)	58 (81,7)	14 (63,6)	4 (80,0)	6 (100,0)	0,171
Кір	90 (86,5)	64 (90,1)	17 (77,3)	3 (60,0)	6 (100,0)	0,095
Краснуха	70 (67,3)	53 (74,7)	12 (54,6)	2 (40,0)	3 (50,0)	0,118
Гострий гепатит В	83 (79,8)	55 (77,5)	18 (81,8)	4 (80,0)	6 (100,0)	0,612
Хронічний гепатит В	67 (64,4)	47 (66,2)	14 (63,6)	3 (60,0)	3 (50,0)	0,875
Епідемічний паротит	74 (71,2)	56 (78,9)	13 (59,1)	2 (40,0)	3 (50,0)	0,063
Гемофільна інфекція	78 (75,0)	57 (80,3)	12 (54,6)	3 (60,0)	6 (100,0)	0,036
Бактеріальний менінгіт	65 (62,5)	49 (69,0)	10 (45,5)	3 (60,0)	3 (50,0)	0,219

Примітка: p – розбіжності між групами за критерієм χ^2 Пірсона.

За зваженою квадратичною каппою Коена визначено відмінну силу узгодженості між загальними оцінками та думками ЛЗП / СЛ ($\kappa=0,910$; 95% ДІ 0,853–0,967); добру – між загальними оцінками та думками експертів ($\kappa=0,604$; 95% ДІ 0,422–0,785) і вузьких спеціалістів ($\kappa=0,722$; 95% ДІ 0,539–0,905) та посередню – в узгодженості організаторів охорони здоров'я та

загальної вибірки ключових інформаторів ($\kappa=0,346$; 95% ДІ 0,122–0,570).

Помірною є узгодженість висновків експертів з іншими групами опитаних: з сімейними лікарями ($\kappa=0,458$; 95% ДІ 0,210 – 0,705), з вузькими спеціалістами ($\kappa=0,540$; 95% ДІ 0,324 – 0,756), організаторами охорони здоров'я ($\kappa=0,497$; 95% ДІ 0,224 – 0,769).

Відсутність достатнього рівня узгодженості між різними групами ключових респондентів та наявність високих рівнів спорідненості між окремими вибірками опитаних (за виключенням фахівців з ООЗ) та загальними оцінками, дозволило нам зробити висновок про доцільність визначення пріоритетних ЗПАЛ саме за загальними оцінками.

З урахуванням зазначеного підходу, у множині гострих захворювань перші три рангових місця за рівнем значущості для України займають наступні ЗПАЛ: пневмонія, інфекції нирок та інфекції шкіри та підшкірної клітковини; серед хронічних захворювань – діабет, гіпертонічна хвороба/артеріальна гіпертензія, стенокардія, ХОЗЛ та бронхіальна астма, серед вакцино-керованих станів – дифтерія, туберкульоз органів дихання та кір.

На думку ключових інформаторів саме цим ЗПАЛ слід приділити особливу увагу в Україні.

Серед причин, чому обрані ЗПАЛ є найбільш значущими в Україні (рис. 1), пріоритетними визначаються висока частота госпіталізацій при захворюванні – 56,7% (95% ДІ 47,2–66,3), значна частка в загальній структурі госпіталізованих – 49,0% (95% ДІ 39,4–58,6) та чинники, пов'язані з потенційними можливостями надання в первинній та вторинній амбулаторній ланці умов для ефективної роботи: відповідного матеріально-технічного забезпечення ПМСД та амбулаторної спеціалізованої допомоги, відповідної підготовки лікарів спеціалістів амбулаторних закладів (поліклінік, консультативно-діагностичних центрів), організаційних перетворень в системі ПМСД.

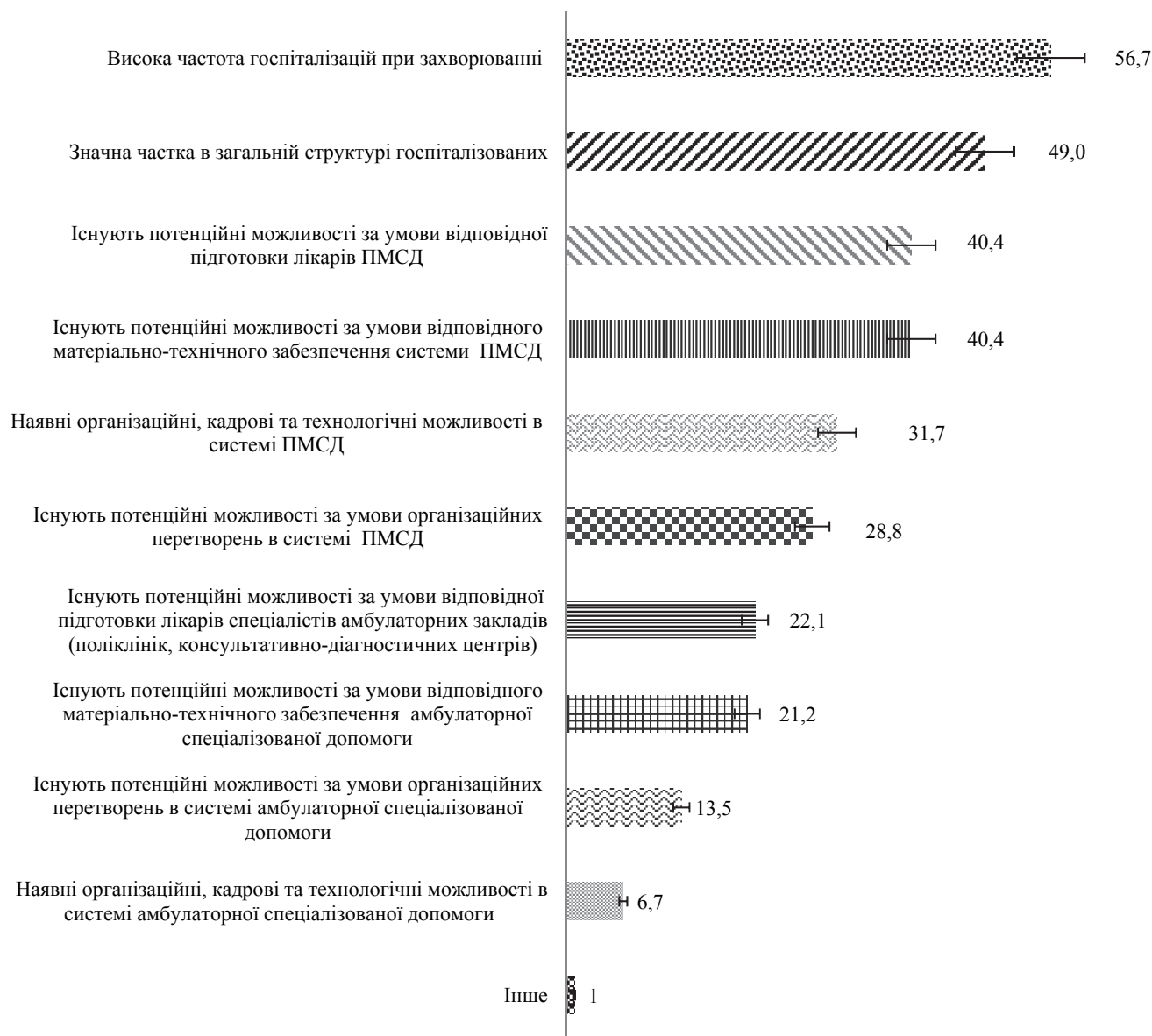


Рис. 1. Причини значущості запропонованих захворювань, що піддаються амбулаторному лікуванню, для дорослого населення України на думку ключових інформаторів (у % до загального числа опитаних та 95% ДІ)

Найменший пріоритет серед комплексу чинників, і відповідно несуттєву роль відіграє наявність організаційних, кадрових та технологічних можливостей в системі амбулаторної спеціалізованої допомоги, що свідчить про вкрай низький рівень забезпеченості щодо ефективної діяльності вторинної ланки медичної допомоги.

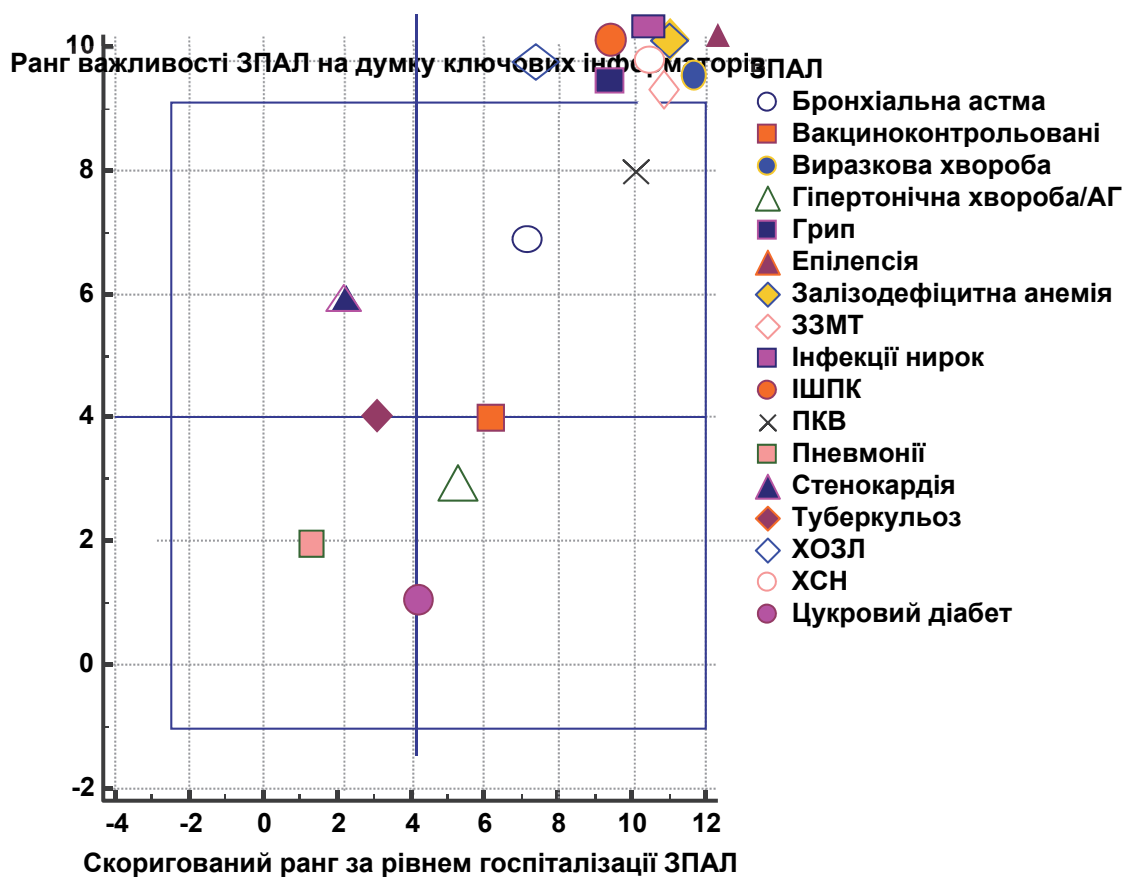
У загальному рейтингу значущості ЗПАЛ для української охорони здоров'я, без прив'язки до типу захворювань та з об'єднанням усіх захворювань, яким можна запобігти за допомогою імунізації в одну групу, окрім туберкульозу органів дихання та грипу (відповідно до статистичного аналізу рівнів госпіталізації ЗПАЛ), перші 10 рангових місць на думку ключових інформаторів, займають такі стани (у порядку убавання рангового місяця): цукровий діабет, пневмонії, гіпертонічна хвороба, туберкульоз та вакцино-контрольовані захворювання в цілому, стенокардія, ХОЗЛ, бронхіальна астма, грип, проривна або кровоточива виразка шлунку та 12-палої кишки. На останніх рангових місцях щодо важливості національних амбулаторно-чутливих станів на думку опитаних ключових інформаторів, розташувалися у порядку убавання до найменш значущого: хронічна виразка шлунку та 12-палої кишки, залізодефіцитна анемія, інфекції нирок, хронічна /

застійна серцева недостатність, епілепсія, запальні захворювання малого таза (сальпінгіт, оофорит), інфекції шкіри та підшкірної клітковини.

Об'єднання результатів щодо оцінок значущості ЗПАЛ для дорослого населення України за даними статистичного аналізу та на думку ключових інформаторів проводилося за допомогою двомірного графічного аналізу (рис. 2), згідно якого до найбільш пріоритетних амбулаторно-чутливих станів відносяться захворювання, що отримали першість в обох частинах оцінювання: пневмонії, гіпертонічна хвороба туберкульоз легень, стенокардія тощо.

Отже, у якості маркерів для подальшої поглибленої оцінки госпіталізацій при ЗПАЛ, як індикаторів ефективності надання ПМСД в Україні, для групи гострих захворювань визначено пневмонії; для хронічних – цукровий діабет, гіпертонічну хворобу / артеріальну гіпертензію, стенокардію, для захворювань, яким можна запобігти за допомогою імунізації – туберкульоз легень.

Рівень узгодженості оцінок за визначеними маркерними ЗПАЛ є наближеним до відмінного за показником зваженої квадратичної каппи Коена ($\kappa=0,771$; 95% ДІ 0,554–0,989).



АГ – артеріальна гіпертензія; ІШПК – інфекції шкіри та підшкірної клітковини; ЗПАЛ – захворювання, що піддаються амбулаторному лікуванню; ЗЗМТ – запальні захворювання малого таза (сальпінгіт, оофорит); ПКВ – проривна або кровоточива виразка шлунку та 12-палої кишки; ХОЗЛ – хронічні обструктивні захворювання легень; ХСН – хронічна / застійна серцева недостатність

Рис. 2. Співвідношення оцінок значущості ЗПАЛ для дорослого населення України за даними статистичного аналізу та на думку ключових інформаторів (ранги від 1 – найбільш важливий стан до 17 – найменш важливий)

Перспективи подальших досліджень полягають у оцінці обсягів запобіжних госпіталізацій, як за повним переліком ЗПАЛ, так і визначеними пріоритетними патологіями.

Висновки

Попри більше ніж 15-річну наявність концепції захворювань, що піддаються амбулаторному лікуванню в європейському науковому медичному просторі, в Україні при великій кількості розробок, присвячених організації медичної допомоги на первинній ланці, досліджень ЗПАЛ за існуючими рекомендаціями ВООЗ до теперішнього часу не проводилося.

За результатами дослідження встановлено, що до переліку найактуальніших для України ЗПАЛ, визначеного на підставі аналізу узагальнених статистичних даних, що враховує передусім такі об'єднані характеристики як частоту госпіталізації на 100 тисяч населення та рівень госпіталізації за окремим ЗПАЛ (% від хворих з даною патологією) є пневмонія, стенокардія, туберкульоз органів дихання, цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, вакцино-контрольовані захворювання, бронхіальна астма, проривна виразка шлунку та 12-палої кишки і шлунково-кишкова кровотеча, інфекції шкіри та підшкірної клітковини, ХОЗЛ.

За результатами опитування 104-х ключових інформаторів, включно з відокремленою групою експертів, визначено, що до ЗПАЛ в Україні, які потребують особливої уваги відносяться пневмонія,

проривна або кровоточива виразка шлунку та 12-палої кишки й інфекції нирок (для гострих захворювань); діабет, гіпертонічна хвороба/артеріальна гіпертензія, стенокардія, ХОЗЛ та бронхіальна астма (для хронічних захворювань); дифтерія, туберкульоз органів дихання та кір (для захворювань, яким можна запобігти за допомогою імунізації).

У якості репрезентативних маркерів для подальшої детальної оцінки частки госпіталізацій при ЗПАЛ, як індикаторів ефективності надання ПМСД, визначено по 1-3 пріоритетних захворювань з кожної групи, зокрема це пневмонія, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, стенокардія та туберкульоз легень.

Серед причин актуальності для України саме даних визначених ЗПАЛ, виступають їх висока частота госпіталізацій, значна частка в загальній структурі госпіталізованих і фактори, що обумовлюють високий потенціал (матеріально-технічний, кадровий та організаційний) надання амбулаторних послуг первинного та вторинного рівнів.

Концепція ЗПАЛ у сучасних умовах не втрачає своєї актуальності через можливість при наявності адекватної політики в охороні здоров'я призводити до підвищення ефективності ПМСД, зміцнення галузі в цілому та оптимізації витрат обмежених ресурсів. Актуальність проблеми посилюється в умовах необхідності збалансувати потреби та заходи оперативного реагування на загрозу COVID-19 із забезпеченням основних послуг охорони здоров'я при зменшенні ризику колапсу системи.

References

1. Grabovec'kyj B. Je. *Metody ekspertnyh ocinok: teorija, metodologija, naprjamky vykorystannja* : monografija. Vinnycja : VNTU, 2010. 171 s. [in Ukrainian].
2. Lekhan V.N., Kriachkova L.V., Zaiarskyi M.I., Borvinko E.V. Ukrainian version of appropriateness evaluation protocol and criteria of inpatient care duration. *World of medicine and biology*. 2019; 3(69): 94-100. [in Ukrainian]. DOI 10.26724/2079-8334-2019-3-69-94-100.
3. Altman D. G. *Practical statistics for medical research*. London : Chapman and Hall, 1991. 611 p.
4. *Ambulatory care sensitive conditions in Germany*. World Health Organization. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, 2015. 43 p.
5. *Ambulatory care sensitive conditions in Kazakhstan*. World Health Organization. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, 2015. 46 p.
6. *Ambulatory care sensitive conditions in Latvia*. World Health Organization. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, 2015. 34 p.
7. *Ambulatory care sensitive conditions in Portugal*. World Health Organization. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, 2016. 38 p.
8. *Ambulatory care sensitive conditions in the Republic of Moldova*. World Health Organization. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, 2015. 30 p.
9. *Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions*. World Health Organization. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, 2016. 43 p.
10. Bardsley M., Blunt I., Davies S., Dixon J. Is secondary preventive care improving? Observational study of 10-year trends in emergency admissions for conditions amenable to ambulatory care. *BMJ Open*. 2013. №3:e002007. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002007.
11. Billings J., Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Aff Proj Hope*. 1990. №9(4). P. 158 – 165. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.9.4.158>.
12. Caminal J., Starfeld B., Sánchez E., Casanova.C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*. 2004. №14(3). P. 246 – 251. <https://doi.org/10.1093/eurpub/14.3.246>.

13. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Maintaining Essential Health Services and Systems. COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak. WHO/2019-nCoV/immunization_services/2020.1. World Health Organization, 2020. 3 p. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331590/WHO-2019-nCoV-immunization_services-2020.1-eng.pdf.

14. Fleetcroft R., Hardcastle A., Steel N., Price G.M., Purdy S., Lipp A., Myint P.K., Howe A. Does practice analysis agree with the ambulatory care sensitive conditions' list of avoidable unplanned admissions?: a cross-sectional study in the East of England. *BMJ Open*. 2018 Apr 28. № 8(4): e020756. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020756.

15. Hodgson K, Deeny SR, Steventon A Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Quality & Safety*. 2019. №28. P. 429-433. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008820>.

16. Purdy S., Griffin T., Salisbury C., Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health* 2009. №123. P. 169–173. DOI: 10.1016/j.puhe.2008.11.001.

17. Vuik S.I., Fontana G., Mayer E, Darzi A. Do hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions reflect low access to primary care? An observational cohort study of primary care usage prior to hospitalisation. *BMJ Open*. 2017 Aug 21. №7(8): e015704. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015704.

18. Zhao F., Doroshenko O., Lekhan V.N., Kriachkova L.V., Goroshko A. Assessment of appropriateness of hospitalisations in Ukraine: analytical framework, method and findings. *BMJ Open*. 2019. №9: e030081. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030081.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.03.2020 р.

Мета дослідження – виявлення найбільш актуальних на теперішній час захворювань, що піддаються амбулаторному лікуванню (ЗПАЛ) для дорослого населення (старше 18-ти років) України (вичерпний перелік з 8–10 захворювань) та визначення найбільш пріоритетних – маркерних ЗПАЛ, як індикаторів ефективності надання первинної допомоги (2–4 захворювання).

Матеріали і методи. Згідно методологічних рекомендацій ВООЗ щодо оцінки ЗПАЛ в Європейському регіоні, проведене багатоступеневе адаптоване до національних реалій дослідження за участю 104 ключових інформаторів – представників зацікавлених сторін: сімейних лікарів, вузьких спеціалістів, організаторів охорони здоров'я та виділеної групи експертів. Опитування проводилося за стандартизованою анкетною для самоаналізу ЗПАЛ після великої підготовчої роботи щодо визначення переліку амбулаторно-чутливих станів та аналізу наявної статистичної інформації щодо їх рівнів госпіталізації.

Результати. До найбільш значущих для України ЗПАЛ які потребують особливої уваги за інтегрованою оцінкою статистичних даних та думок опитаних респондентів відносяться пневмонія, проривна або кровоточива виразка шлунку та 12-палої кишки й інфекції нирок (для гострих захворювань); діабет, гіпертонічна хвороба/артеріальна гіпертензія, стенокардія, ХОЗЛ та бронхіальна астма (для хронічних захворювань); дифтерія, туберкульоз органів дихання та кір (для захворювань, яким можна запобігти за допомогою імунізації).

Висновки. Концепція ЗПАЛ у сучасних умовах не втрачає своєї актуальності через можливість зміцнення систем охорони здоров'я за рахунок первинної ланки та збалансування потреб і заходів оперативного реагування на загрозу COVID-19. Визначено, що у якості репрезентативних маркерів ефективності надання ПМСД в Україні виступають такі ЗПАЛ, пневмонія, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, стенокардія та туберкульоз легень.

Ключові слова: захворювання, що піддаються амбулаторному лікуванню, рівень госпіталізації, опитування ключових інформаторів.

Цель исследования – выявление наиболее актуальных в настоящее время заболеваний, поддающихся амбулаторному лечению (ЗПАЛ) для взрослого населения (старше 18 лет) Украины (исчерпывающий перечень из 8–10 заболеваний) и определение наиболее приоритетных – маркерных ЗПАЛ, в качестве индикаторов эффективности предоставления первичной помощи (2–4 заболевания).

Материалы и методы. В соответствии с методологическими рекомендациями ВОЗ по оценке ЗПАЛ в Европейском регионе, проведенное многоступенчатое адаптированное к национальным реалиям исследование с участием 104 ключевых информаторов – представителей заинтересованных сторон: семейных врачей, узких специалистов, организаторов здравоохранения и выделенной группы экспертов. Опрос проводился по стандартизированной анкете для самоанализа ЗПАЛ после большой подготовительной работы по определению перечня амбулаторно-чувствительных состояний и анализа имеющейся статистической информации по уровню их госпитализации.

Результаты. К наиболее значимым для Украины ЗПАЛ, требующим особого внимания, по данным интегрированной оценки статистических данных и мнений опрошенных респондентов, относятся: пневмония, прободная или кровоточащая язва желудка и 12-перстной кишки, инфекции почек (для острых заболеваний); диабет, гипертоническая болезнь / артериальная гипертензия, стенокардия, хроническая обструктивная болезнь легких и

бронхіальна астма (для хронічних захворювань); дифтерія, туберкульоз органів дихання і корь (для захворювань, які можна уникнути за допомогою імунізації).

Висновки. Концепція ЗПАЛ в сучасних умовах не втрачає своєї актуальності через можливість зміцнення систем охорони здоров'я за рахунок первинного зв'язу і збалансування потреб і м'яких оперативних реакцій в зв'язі з загрозою COVID-19. Визначено, що в якості репрезентативних маркерів ефективності надання ПМСП в Україні виступають такі ЗПАЛ як пневмонія, діабет, артеріальна гіпертензія, стенокардія і туберкульоз легких.

Ключові слова: захворювання, піддаються амбулаторному ліченню, рівень госпіталізації, опрос ключових інформаторів.

The purpose of the study was to identify the most relevant ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) for the adult population (over 18 years old) in Ukraine (an exhaustive list of 8 to 10 diseases) and to identify the highest priority marker ACSCs as indicators of the effectiveness of primary care (2 to 4 diseases).

Materials and methods. In accordance with the WHO methodological recommendations for assessing ACSC in the European Region, a multistage study adapted to national realities involving 104 key informants – representatives of interested parties: general practitioners, specialists, health managers and a dedicated expert group.. The survey was conducted on a standardized questionnaire for self-analysis of ACSC after a lot of preparatory work to determine the list of ambulatory-sensitive conditions and analyze available statistical information on the hospital discharges.

Results. According to the integrated assessment of statistical data and the opinions of the respondents, the most significant ACSC s in Ukraine that require special attention include: pneumonia, perforated/bleeding ulcer, pyelonephritis (for acute diseases); diabetes, hypertension, angina Pectoris, chronic obstructive pulmonary disease, asthma (for chronic diseases); diphtheria, tuberculosis, measles (for Immunization-preventable conditions)

Conclusions. The conception of ACSC in modern conditions does not lose its relevance due to the possibility of strengthening the health systems at the expense of primary care and balancing the needs and measures of prompt response in connection with the threat COVID-19. It has been determined that such ACSCs as pneumonia, diabetes, hypertension, angina pectoris and tuberculosis are the representative markers of the effectiveness of providing PHC in Ukraine.

Key words: ambulatory care sensitive conditions, hospital discharges, survey of key informants.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Відомості про авторів

Лехан Валерія Микитівна (автор для листування) – д.мед.н, професор; Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», завідувач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я; 49044, пр. Д. Яворницького, 24, ДЗ «ДМА МОЗ України», навчальний корпус № 2, м. Дніпро.

+380 (56) 713-51-84, +380 (67) 713-71-18; +380 (99) 986-04-38, v.n.lexan@gmail.com, social.medicine.pg@dma.dp.ua.

Крячкова Лілія Вікторівна – д.мед.н., доцент; ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; професор кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я.

Сердюк Валерій Миколайович – д.мед.н, професор; директор Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації; 49004, пр. Олександра Поля, 2, м. Дніпро.

+380 (56) 742-87-62, guoz@adm.dp.gov.ua.

Пучкова Надія Володимирівна – експерт за напрямом «загальна практика – сімейна медицина» Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації.

Борвінко Ельвіра Вікторівна – к.мед.н., доцент; ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я.

Гриценко Людмила Олександрівна – ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; викладач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я.

Заярський Микола Іванович – к.мед.н., доцент; ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я.

Горох В.В.

Організація високоспеціалізованої гематологічної допомоги на рівні сільськогосподарської області

Сумський державний університет, м. Суми, Україна

sokl_omo@email.ua

Горох В.В.

Организация высокоспециализированной гематологической помощи на уровне сельскохозяйственной области

Сумский государственный университет, г. Сумы, Украина

Horokh V.V.

Organization of highly specialized hematological care at the level of agricultural region

Sumy State University, Sumy, Ukraine

Вступ

Здоров'я населення має стійкі тенденції до погіршення [1]. До класів хвороб які мають найбільш суттєвий вплив на зростання захворюваності населення його інвалідизацію та смертність відносяться і хвороби крові та кровотворних органів [2]. Зростання рівня захворюваності населення на хвороби крові та кровотворних органів в Україні відмічалось після аварії на ЧАЕС [3]. Деякі вчені вказують на високий рівень захворюваності населення на хвороби крові та кровотворних органів на територіях з розвинутою промисловістю, що зумовлено незадовільною якістю навколишнього середовища [4]. Зростання рівнів захворюваності потребує оптимізації медичної допомоги населенню [5].

Мета роботи – дослідити та провести аналізу стан організації високоспеціалізованої гематологічної допомоги на рівні Сумської області та встановити рівень задоволеності нею пацієнтів.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували дані галузевої статистичної звітності в Сумській області за період 2014-2018 роки та результати соціологічного дослідження серед 183 пацієнтів гематологічного відділення Сумської обласної клінічної лікарні. Під час дослідження використано медико-статистичний, соціологічний методи та метод структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

В ході дослідження було встановлено, що високоспеціалізована гематологічна допомога дорослому населенню Сумської області надається на базі обласної

клінічної лікарні. Для цього на базі лікарні створено гематологічне стаціонарне відділення та на базі консультативної обласної поліклініки – консультативний спеціалізований гематологічний кабінет.

В штатному розписі обласної клінічної лікарні введено 5 посад лікарів-гематологів. Штатні посади укомплектовані 4 фізичними особами лікарів-гематологів, із яких 3 (75,0%) є атестованими, а 1 (25,0%) є молодим спеціалістом. Із загального числа лікарів-гематологів 2 (50,0%) є пенсіонерами, в 1 (25,0%) особою перед пенсійного віку.

Лікарі-гематологи обласної клінічної лікарні здійснюють консультаційну та діагностичну допомогу направленим хворим, стаціонарне лікування, причому направлення на госпіталізацію в обласну лікарню здійснюють лікарі консультативного прийому та вони проводять в межах системи охорони здоров'я області організаційно-методичну роботу, а також здійснюють консультативну допомогу в закладах охорони здоров'я тяжкохворих на виїзді.

В табл. 1 представлено дані про організацію консультативної допомоги лікарями-гематологами обласної лікарні за період 2014-2018 рр.

Аналіз наведених в табл.1 даних вказує на те, що в цілому за період дослідження кількість консультованих хворих протягом років дослідження статистично не змінилася, але найвищий рівень показник мав в 2015 році (8012 осіб). В 2018 році було консультовано 3185 (48,0%) хворих з яких проживають в містах, 1250 (26,9%) пацієнтів які проживають в сільській місцевості та 2195 (33,1%) хворих, які проходили лікування в ЗОЗ області.

Далі було вивчено рівень підготовки хворих до консультації направлених до обласної клінічної лікарні: визначення мети консультації та рівня обстеження, що впливає на якість та терміни проведення консультації. Отримані результати наведено в табл. 2.

Таблиця 1. Консультативна допомога лікарями-гематологами обласної клінічної лікарні, 2014–2018 рр. (абсолютні дані)

Показник	2014	2015	2016	2017	2018
Дано консультацій міським мешканцям	3375	4246	3619	3255	3185
Дано консультацій сільським мешканцям	1136	1208	1090	1051	1250
Консультовано в стаціонарах області	2104	2558	2124	2005	2195

Таблиця 2. Показник рівня підготовки до консультації

Показник	Абсолютні дані	%
Скеровані лікарями-гематологами штатними	14524	100,0
Повністю	13348	91,9
Частково	1176	8,1
Не підготовлено	-	-
Скеровані лікарями-гематологами позаштатними	8360	100,0
Повністю	-	-
Частково	5334	63,8
Не підготовлено	3026	36,2
Скеровані лікарями-спеціалістами	1023	100,0
Повністю	-	-
Частково	406	39,7
Не підготовлено	617	60,3

Аналіз отриманих та наведених в табл. 2 даних вказує на те, що рівень підготовки пацієнтів до проведення консультації залежить від спеціальності лікарів, які скерували пацієнтів. Аналіз показав, що повністю підготовленими до проведення консультації були 91,9% пацієнтів, які були скеровані лікарями-гематологами штатними і повністю були не підготовленими 36,2% тих, що були направлені лікарями-гематологами позаштатними і 60,3% – направлені лікарями-спеціалістами.

Для надання високоспеціалізованої гематологічної допомоги в складі обласної клінічної лікарні функціонує спеціалізоване гематологічне відділення на 33 ліжка. Рівень забезпеченості дорослого населення гематологічними ліжками становить 0,35 на 10 тис. дорослого населення (Україна – 0,3). Матеріально-технічна база обласної клінічної лікарні дозволяє забезпечити надання та організацію медичної допомоги

хворим на хвороби крові та кровотворних органів у відповідності до галузевих медичних стандартів. Далі, в табл. 3 наведено дані про використання стаціонарних спеціалізованих гематологічних ліжок.

Наведені в табл. 3 дані вказують на тенденцію до збільшення кількості пролікованих хворих та високий рівень використання спеціалізованих госпітальних ліжок (354,6 днів в рік), при тенденції до зменшення показників середнього перебування хворих на ліжку (12,6 дня) (Україна – 1098 дня) та госпітальної летальності пацієнтів (0,32%) (Україна – 1,77%).

Далі, відповідно до програми дослідження, було опитано 183 пацієнтів стаціонарного відділення обласної клінічної лікарні щодо вивчення оцінки ними доступності та якості високоспеціалізованої гематологічної стаціонарної медичної допомоги. Отримані результати наведено в табл. 4.

Таблиця 3. Показники роботи спеціалізованих гематологічних ліжок Сумської обласної клінічної лікарні, 2016-2018 рр.

Адміністративна територія	2016	2017	2018
Кількість ліжок	33	33	33
Кількість госпіталізованих	907	913	922
Робота ліжка, днів на рік	352,8	348,0	354,5
Середнє перебування на гематологічному ліжку, днів	12,8	12,6	12,6
Летальність на гематологічному ліжку, %	0,66	1,10	0,32

Таблиця 4. Оцінка доступності та якості
стаціонарної високоспеціалізованої
гематологічної медичної допомоги, %

Показник	%
Фізична доступність	
Доступна	50,3±2,5
Скоріше доступна ніж недоступна	33,9±2,4
Скоріше недоступна ніж доступна	15,8±1,8
Недоступна	-
Економічна доступність	
Доступна	34,4±2,4
Скоріше доступна ніж недоступна	51,4±2,5
Скоріше недоступна ніж доступна	11,5±1,6
Недоступна	2,7±0,8
Якість медичної допомоги	
Якісна	55,4±2,5
Скоріше якісна ніж неякісна	33,9±2,4
Скоріше неякісна ніж якісна	9,3±1,5
Не якісна	1,4±0,6

Фізично доступною стаціонарну високо-спеціалізовану гематологічну допомогу оцінило 50,3±2,5% опитаних, а скоріше недоступною ніж доступною – 15,8±1,8%. Це були жителі віддалених сіл області. Економічно доступною її оцінило 34,4±2,4% респондентів, а недоступною – 2,7±0,8%.

Стаціонарну високоспеціалізовану медичну допомогу якісною оцінило 55,4±2,5% респондентів при цьому неякісною стаціонарну медичну допомогу оцінило 1,4±0,6% – високоспеціалізованої медичної допомоги.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням оптимальних шляхів організації медичної допомоги населенню сільськогосподарської області з хворобами крові та кровотворних органів в умовах реформування галузі охорони здоров'я.

Висновки

В статті наведено дані про стан організації високоспеціалізованої гематологічної допомоги на рівні Сумської області та рівень задоволеності нею пацієнтів стаціонарного гематологічного відділення обласної клінічної лікарні. Дані дослідження мають бути враховані в процесі оптимізації гематологічної служби в області в процесі реформування галузі охорони здоров'я.

Література

1. Медведовська Н. В., Дячук Д. Д. Стан здоров'я населення України, діяльність та ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я в регіональному аспекті. Україна. Здоров'я нації. 2012. №1 (21). С. 30–39.
2. Лібанова Е.М. Смертність населення України у трудоактивному віці. Монографія. Е.М. Лібанова, Н.М. Левчук, Н.О. Рингач та ін. К., 2007, 211 с.
3. Педан Л.Р., Пілінська М.А. Оцінка стабільності хромосом лімфоцитів периферичної крові осіб, постраждалих від дії факторів Чорнобильської аварії, за допомогою тестуючого мутагенного навантаження *in vitro* // Доп. НАН України. – 2004. – № 12. – С. 175–179.
4. Батманова І.Ю., Слабкий Г.О. Динаміка захворюваності дорослого населення Донецької області на хвороби крові та кровотворних органів // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – №3. – С. 29–34.
5. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.

References

1. Medvedovskaya N.V., Dyachuk D.D. Stan zdorovia naseleння Ukrainy, diialnist ta resursne zabezpechennia zakladiv okhorony zdorovia v rehionalnomu aspekti [State of health of the population of Ukraine, activities and resources of healthcare institutions in the regional aspect]. Ukraine. The nation's health. 2012; 1(21): 30–39.
2. Libanova E.M., Levchuk N.M., Ringach N.O. et al. Smertnist naseleння Ukrainy u trudoaktyvnomu vitsi. Monohrafiia. [Mortality of the population of Ukraine in working age. Monograph]. K., 2007, 211 p.
3. Pedan L.R., Pilinska M.A. Otsinka stabilnosti khromosom limfotsytiv peryferychnoi krovi osib, postrazhdalykh vid dii faktoriv Chornobylyl'skoi avarii rii, za dopomohoiu testuiuchoho mutahennoho navantazhennia *in vitro* [Estimation of peripheral blood lymphocyte chromosome stability in Chernobyl accident victims using *in vitro* mutagenic load testing]. Add. NAS of Ukraine. 2004; 12: 175–179.
4. Batmanova I.Yu., Weak G.O. Dynamika zakhvoriuvanosti dorosloho naseleння Donetskoi oblasti na khvoroby krovi ta krovotvornykh orhaniv [Dynamics of incidence of adult population of Donetsk region for blood diseases and hematopoietic organs]. Bulletin of social hygiene and health care organization of Ukraine. 2006; №3: 29–34.
5. Lekhan V.M., Slabkiy G.O., Shevchenko M.V. Stratehiia rozvytku systemy okhorony zdorovia: ukrainskyi vymir [Strategy of development of health care system: Ukrainian dimension]. Ukraine. The nation's health. 2010; 1 (13): 5–23.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.12.2019 р.

Мета роботи: дослідити та провести аналіз стану організації високоспеціалізованої гематологічної допомоги на рівні Сумської області та встановити рівень задоволеності нею пацієнтів.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження слугували дані галузевої статистичної звітності в Сумській області за період 2014-2018 років та результати соціологічного дослідження серед 183 пацієнтів гематологічного відділення Сумської обласної клінічної лікарні. Під час дослідження використано медико-статистичний, соціологічний методи та метод структурно-логічного аналізу.

Результати. Високоспеціалізована гематологічна допомога дорослому населенню Сумської області надається на базі обласної клінічної лікарні в штатному розписі якої введено 5 посад лікарів-гематологів. В 2018 році було консультовано 3185 (48,0%) пацієнтів, які проживають в містах та 1250 (26,9%) в сільській місцевості та 2195 (33,1%) пацієнтів, які отримували лікування в ЗОЗ області. Повністю підготовленими до консультації були 91,9% пацієнтів, які скеровані лікарями-гематологами штатними та повністю не підготовленими 36,2% із тих, що скерованими лікарями-гематологами позаштатними і 60,3% – скеровані лікарями-спеціалістами. Встановлено тенденцію до збільшення кількості стаціонарно пролікованих хворих та високий рівень використання госпітальних ліжок (354,6 днів на рік), при тенденції до зменшення показників середнього перебування пацієнтів на ліжку (12,6 дня) та госпітальної летальності (0,32%). В статті наведено дані соціологічного дослідження щодо їх оцінки доступності та якості високоспеціалізованої гематологічної допомоги.

Висновки. В статті наведено дані про стан організації високоспеціалізованої гематологічної допомоги на рівні Сумської області та рівень задоволеності нею пацієнтів стаціонарного гематологічного відділення обласної клінічної лікарні. Дані дослідження мають бути враховані в процесі оптимізації гематологічної служби в області в процесі реформування галузі охорони здоров'я.

Ключові слова: Сумська область, високоспеціалізована гематологічна допомога, організація, доступність, якість, оцінка.

Цель работы: изучить и провести анализ состояния организации высокоспециализированной гематологической помощи на уровне Сумской области и установить уровень удовлетворенности ею пациентов.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили данные отраслевой статистической отчетности в Сумской области за период 2014-2018 годов и результаты социологического исследования среди 183 пациентов гематологического отделения Сумской областной клинической больницы. Во время исследования использованы медико-статистический, социологический методы и метод структурно-логического анализа.

Результаты. Высокоспециализированная гематологическая помощь взрослому населению Сумской области оказывается на базе областной клинической больницы, в штатное расписание которой введено 5 должностей врачей-гематологов. В 2018 году было проконсультировано 3185 (48,0%) пациентов, проживающих в городах, 1250 (26,9%) проживающих в сельской местности, и 2195 (33,1%) пациентов, находящихся на лечении в лечебных заведениях области. Полностью подготовленными к консультации были 91,9% пациентов, направленных штатными врачами-гематологами, полностью не подготовленными 36,2% из тех, кого направили внештатные врачи-гематологи, и 60,3% пациентов, направленных врачами-специалистами. Установлена тенденция к увеличению количества стационарно пролеченных больных и высокий уровень использования госпитальных коек (354,6 дней за год), при тенденции к снижению показателей среднего пребывания пациентов на койке (12,6 дня) и госпитальной летальности (0,32%). В статье приведены данные социологического исследования относительно оценки доступности и качества высокоспециализированной гематологической помощи.

Выводы. В статье приведены данные о состоянии организации высокоспециализированной гематологической помощи на уровне Сумской области и уровень удовлетворенностью ею пациентов стационарного гематологического отделения областной клинической больницы. Данные исследования должны быть учтены в процессе оптимизации гематологической службы в области в процессе реформирования отрасли здравоохранения.

Ключевые слова: Сумская область, высокоспециализированная гематологическая помощь, организация, доступность, качество, оценка.

Goal of research: to study and analyze the state of organizing highly specialized hematological care at the level of Sumy region and to establish the level of patients being satisfied with it.

Materials and methods. The data of sectoral statistical reporting in Sumy region for the period 2014-2018 and the results of sociological research among 183 patients of Hematology Department of Sumy Regional Clinical Hospital were used as the materials for research. Medico-statistical, sociological methods and method of structural-and-logical analysis were applied in the course of study.

Results. Highly specialized hematological care is provided to the adult population of Sumy region on the base of Regional Clinical Hospital in the staff of which 5 positions of doctors-hematologists are included. In 2018, 3185 (48.0%) patients residing in cities, 1250 (26.9%) residing in rural areas and 2195 (33.1%) patients treated in health care institutions of the region were consulted. 91.9% of patients who had been guided by staff hematologists were fully prepared for consultation, 36.2% of those who had been guided by freelance doctors and 60.3% of those who had been guided by doctors-specialists were completely unprepared for the consultation. The tendency to the increase of the number of in-patient treated patients and the high level of

hospital beds usage (354.6 days per year), with the tendency to decrease the average stay of patients on the bed (12.6 days) and hospital mortality (0.32%) is defined. The article provides the data of sociological research as for assessment of availability and quality of highly specialized hematological care.

Conclusions. The article provides data on the state of highly specialized hematological care organization at the level of Sumy region and the level of satisfaction of patients of the Hematology Department of the Regional Clinical Hospital being satisfied with care. These investigations should be taken into account in the process of optimizing the Hematological service in the region in healthcare reform.

Key words: Sumy region, highly specialized hematological care, organization, availability, quality, assessment.

Відомості про автора

Горох Володимир Васильович – головний лікар Сумської обласної клінічної лікарні; 40022, Україна, м. Суми, вул. Троїцька, 48.
+380 (50) 713-33-17, sokl_omo@email.ua.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201620

УДК

Рогач І.М., Данко Д.В.

Результати соціологічного дослідження серед пацієнтів закладів охорони здоров'я гірської зони щодо їх оцінки доступності та якості спеціалізованої медичної допомоги

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

ivan.rogach@uzhnu.edu.ua, dankodana01@gmail.com

Рогач І.М., Данко Д.В.

Результаты социологического исследования среди пациентов учреждений здравоохранения горной зоны относительно их оценки доступности и качества специализированной медицинской помощи
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина

Rohach I.M., Danko D.V.

Results of sociological research among patients of health care institutions in the mountain area regarding their assessment of the availability and quality of specialized medical care
SU «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

Вступ

В умовах реформування системи охорони здоров'я країни [1] та початку його другого етапу з впровадження програми медичних гарантій [2,3], у відповідності до Конституції України [4] та вимог ВООЗ до ефективної діяльності систем охорони здоров'я [5] передбачено, що пацієнтам потрібно забезпечити доступність до високоякісної медичної допомоги при тому, що постачальники послуг при їх наданні спираються на найсучасніші та надійні дані в медичній практиці, а також використовують доказові технології та забезпечують ефективність і безпеку втручань. При цьому механізми фінансування медичної галузі повинні забезпечувати можливість розподілу ресурсів з метою оптимального надання медичних послуг, а загальний характер розподілу фінансових ресурсів повинен забезпечувати задоволення поточних та прогнозованих потреб охорони здоров'я населення.

Для задоволення потреб населення необхідно з'ясувати рівень їх задоволеності отриманою медичною допомогою та її доступність для населення.

Мета роботи – дослідити рівень оцінки доступності та якості спеціалізованої медичної допомоги пацієнтами закладів охорони здоров'я гірської зони Закарпаття.

Матеріали та методи

Матеріалами стали результати проведеного соціологічного дослідження серед пацієнтів стаціонарних відділень закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги гірської зони Закарпатської області. За спеціально розробленою анкетною було опитано 474 пацієнти. Дані про опитаних пацієнтів наведено в табл. 1.

Під час проведення дослідження було збережено конфіденційність інформації про персоніфіковані дані респондентів. Анкети були повністю анонімними, участь в дослідженні – добровільною. Усього було роздано 500 анкет. Активність респондентів склала 94,8%. Анкетування пацієнтів проводилося в 2019 році студентами медичного факультету №1 Ужгородського національного університету, які проходили вказаних закладах охорони здоров'я виробничу практику, під нашим методичним керівництвом. Медичні працівники закладів охорони здоров'я до заповнених анкет доступу не мали.

При проведенні дослідження було використано соціологічний та статистичний методи.

Таблиця 1. Дані про респондентів – учасників соціологічного дослідження

Характеристика респондентів	Абс.	%
Місце проживання		
Сільська місцевість	267	56,3
Міста	207	43,7
Профіль відділення		
Терапевтичний	266	56,1
Хірургічний	152	32,1
Гінекологічний	56	11,8
Вікова характеристика		
До 20 років	5	1,1
20-30 років	29	6,1
31-40 років	55	11,6
41-50 років	62	13,1
51-60 років	119	25,1
Старші 60 років	204	43,0

Характеристика респондентів	Абс.	%
Рівень освіти		
Неповна середня	191	40,3
Середня	163	34,4
Середня спеціальна	74	15,6
Незакінчена вища	17	3,6
Вища	29	6,1
Соціальний статус		
Навчається	7	1,5
Держслужбовець	11	2,3
Приватний підприємець	31	6,5
Має постійну роботу	33	6,9
Має тимчасові підробки	37	7,8
Трудовий мігрант	23	4,8
Домогосподарка	5	1,1
Інвалід	83	17,5
Пенсіонер	198	41,8
Тимчасово не працює	42	8,9
Інше	4	0,1
Економічний статус		
Достатньо коштів для забезпечення потреб сім'ї	97	20,5
Достатньо коштів для забезпечення мінімальних потреб	228	48,1
Недостатньо коштів для забезпечення мінімальних потреб	149	31,4
Сімейний стан		
Проживає в сім'ї	335	70,7
Проживає один	139	29,3
Наявність телефонного зв'язу		
Наявність мобільного телефону в респондента	307	64,8
Наявність мобільного телефону у членів сім'ї	321	67,7
Наявність стаціонарного телефону у домі	205	43,2
Наближеність місця проживання до районного центру		
Наближено	114	24,1
Віддалено	153	32,2
Проживає в районному центрі	201	43,7

Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження було вивчено питання частоти звернень респондентів за спеціалізованою лікарською медичною допомогою (табл. 2).

У ході дослідження було встановлено, що респонденти, які були пацієнтами стаціонарних відділень закладів охорони здоров'я гірської географічної зони, достатньо часто звертаються за різними видами спеціалізованої медичної допомоги. Так, не кожного року за амбулаторно-поліклінічною спеціалізованою медичною

допомогою звертається 22,8±2,1%, за стаціонарною спеціалізованою медичною допомогою – 28,7±2,3%, за екстреною медичною допомогою – 37,6±2,4% респондентів. Значна частка респондентів за всіма видами спеціалізованої медичної допомоги звертається щорічно багаторазово.

Далі вивчалось питання оцінки респондентами доступності та якості спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги (табл. 3).

Таблиця 2. Частота звернення за спеціалізованою лікарською медичною допомогою, %

Показник	%
Звернення до лікарів-спеціалістів поліклініки	
Щорічно	37,8±2,4
Не кожного року	22,8±2,1
До 5 разів на рік	28,8±2,3
Більше 5 разів на рік	10,6±1,5
За стаціонарною допомогою	
Щорічно	51,3±2,5
Не кожного року	28,7±2,3
Декілька разів на рік	20,0±2,0
За екстреною медичною допомогою	
Щорічно	32,9±2,3
Не кожного року	37,6±2,4
Декілька разів на рік	25,5±2,2
Щомісяця	4,0±1,0

Таблиця 3. Оцінка доступності та якості спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги, %

Показник	%
Фізична доступність	
Доступна	37,8±2,4
Скоріше доступна, ніж недоступна	34,1±2,4
Скоріше недоступна, ніж доступна	17,5±1,9
Недоступна	10,6±1,6
Економічна доступність	
Доступна	32,5±2,4
Скоріше доступна, ніж недоступна	56,7±2,5
Скоріше недоступна, ніж доступна	16,0±1,8
Недоступна	8,2±1,4
Якість медичної допомоги	
Якісна	34,4±2,4
Скоріше якісна, ніж неякісна	33,5±2,4
Скоріше неякісна, ніж якісна	25,3±2,2
Неякісна	6,8±1,3

Важливим у плані організації амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої медичної допомоги є те, що 28,1±2,3% респондентів вказало на її фізичну недоступність, 24,2±2,2% – на її економічну недоступність

та 32,1±2,3% – на її неякісність. На низький рівень фізичної доступності вказали жителі віддалених сіл, на економічну недоступність – пенсіонери та інваліди, а на низьку якість вказали респонденти з вищою освітою та державні службовці.

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня оцінки респондентами доступності та якості спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги (табл. 4).

Таблиця 4. Оцінка доступності та якості спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги, %

Показник	%
Фізична доступність	
Доступна	43,7±2,5
Скоріше доступна, ніж недоступна	38,2±2,4
Скоріше недоступна, ніж доступна	15,4±1,8
Недоступна	2,7±0,8
Економічна доступність	
Доступна	20,5±2,0
Скоріше доступна, ніж недоступна	36,9±2,4
Скоріше недоступна, ніж доступна	36,5±2,4
Недоступна	6,1±1,2
Якість медичної допомоги	
Якісна	17,1±1,9
Скоріше якісна, ніж неякісна	55,7±2,5
Скоріше неякісна, ніж якісна	20,0±2,0
Неякісна	7,2±1,3

Наведені в табл. 4 дані вказують на те, що фізично доступною спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу оцінило 81,9±1,9% респондентів. Недоступною фізично її оцінили одинокі респонденти старших вікових груп, які проживають у віддалених від районного центру населених пунктах. Економічно доступною її оцінила менша частка респондентів (57,4±2,5%), що пов'язано із соціально-економічним статусом респондентів. Якісною спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу оцінило 72,8±2,2% респондентів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням детермінант, які формують рівень задоволеності пацієнтів закладів охорони здоров'я отриманою медичною допомогою.

Висновки

У ході соціологічного дослідження серед пацієнтів стаціонарних відділень закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги гірської географічної зони Закарпатської області встановлено недостатній рівень фізичної та економічної доступності різних видів спеціалізованої медичної допомоги та її якості, що не відповідає законодавству України та вимогам ВООЗ із забезпечення населення медичною допомогою у відповідності до його потреб.

Література

1. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років / Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні., 2015. – 41 с.- [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://healthsag.org.ua/strategiya>. – Назва з екрану.
2. Закон України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html. – Назва з екрану.
3. Постанова КМУ "Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік" від 27 листопада 2019 р. № 1124 [Електронний ресурс]. – Назва з екрану.
4. Конституція України. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>. – Назва з екрану.
5. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2008 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf. – Название с экрана.

References

1. Natsional'na stratehiya reformuvannya systemy okhorony zdorov'ya zrostala v Ukraini protyahom periodu 2015-2020 rokiv / Stratehichna hrupa doradcha z pytannamy reformuvannya system okhorony zdorov'ya v Ukraini. 2015. – 41 s. [Elektronnyy resurs]. Rezhym dostupu: <http://healthsag.org.ua/strategiya>. – Nazva z ekranu.
2. Zakon Ukrainy "Provesty derzhavni harantiyi medychnoho obsluhovuvannya" 19 zhovtnya 2017 roku № 2168-VIII. [Elektronnyy resurs]. Rezhym dostupu: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html. – Nazva z ekranu.

3. Postanova KМУ "Prodovzhuyut' robotu v derzhavnykh harantiyakh medychnykh sluzhzb, pryznachenykh dlya prohramy medychnykh harantiy dlya pervynnoyi medychnoyi dopomohy na 2020 rik" vid 27 lystopada 2019 r. № 1124 [Elektronnyy resurs] – Nazva z ekranu.

4. Konstytutsiya Ukrainy. [Elektronnyy resurs]. Rezhym dostupu: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>. – Nazva z ekranu.

5. Tallins'ka khartiya: – Systemy zdorovoho vkraplennya dlya zdorov'ya ta blahopoluchchya. – Kopenhagen: ERB VOZ, 2008 [Elektronnyy resurs]. – Rezhym dostupu: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf. – Nazva z ekranu.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.01.2020 р.

Мета роботи: дослідити рівень оцінки доступності та якості спеціалізованої медичної допомоги пацієнтами закладів охорони здоров'я гірської зони Закарпаття .

Матеріали та методи. Матеріалами стали результати проведеного соціологічного дослідження серед пацієнтів стаціонарних відділень закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги гірської зони Закарпатської області. За спеціально розробленою анкетною було опитано 474 пацієнти. При проведенні дослідження було використано соціологічний та статистичний методи.

Результати. У ході соціологічного дослідження серед пацієнтів стаціонарних відділень закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги гірської географічної зони Закарпатської області встановлено недостатній рівень фізичної (амбулаторної 28,1±2,3% і стаціонарної 18,1±1,9%) та економічної доступності (амбулаторної 24,2±2,2% і стаціонарної 42,6±2,5%) та її якості (амбулаторної 32,1±2,3% і стаціонарної 27,2±2,2%), що не відповідає законодавству України та вимогам ВООЗ по забезпеченню населення медичною допомогою у відповідності до його потреб.

Висновки. Отримані дані стануть підставою для прийняття управлінських рішень з реформування системи охорони здоров'я в регіоні.

Ключові слова: Закарпатська область, гірська зона, пацієнти, спеціалізована допомога, доступність, якість, оцінка.

Цель работы: изучить уровень оценки доступности и качества специализированной медицинской помощи пациентами учреждений здравоохранения горной зоны Закарпаття.

Материалы и методы. Материалами для изучения стали результаты проведенного социологического исследования среди пациентов стационарных отделений учреждений здравоохранения специализированной медицинской помощи горной зоны Закарпатской области. При помощи специально разработанной анкеты было опрошено 474 пациента. При проведении исследования использованы социологический и статистический методы.

Результаты. В ходе социологического исследования среди пациентов стационарных отделений учреждений здравоохранения специализированной медицинской помощи горной географической зоны Закарпатской области установлен недостаточный уровень физической (амбулаторной 28,1±2,3% и стационарной 18,1±1,9%) и экономической доступности (амбулаторной 24,2±2,2% и стационарной 42,6±2,5%) и ее качества (амбулаторной 32,1±2,3% и стационарной 27,2±2,2%), что не соответствует законодательству Украины и требованиям ВООЗ по обеспечению населения медицинской помощью в соответствии с его потребностями.

Выводы. Полученные данные становятся основанием для принятия управленческих решений по реформированию системы здравоохранения в регионе.

Ключевые слова: Закарпатская область, горная зона, пациенты, специализированная помощь, доступность, качество, оценка.

Goal of research: to study the level of availability and quality of specialized medical care assessment by the patients of health care establishments of mountain area of Transcarpathian region.

Materials and methods. The results of the sociological research among patients of stationary departments of health care establishments of specialized medical care of Transcarpathian region mountain area were used as the materials for study. 474 patients were interviewed according to specially developed questionnaire. Sociological and statistical methods were applied in the course of study.

Results. The insufficient level of physical (outpatient 28.1±2.3% and stationary 18.1±1.9%) and economic availability (outpatient 24.2±2.2% and stationary 42.6±2.5%) and its quality (outpatient 32.1±2.3% and stationary 27.2±2.2%) are established among the patients of stationary departments of specialized medical care of health care institutions in the mountain geographical zone of Transcarpathian region, which does not comply with the legislation of Ukraine and WHO requirements to provide the population with medical care in accordance with its needs.

Conclusions. The data obtained become the basis for making managerial decisions on reforming the health care system in the region.

Key words: Transcarpathian region, mountain area, patients, specialized medical care, availability, quality, assessment.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Відомості про авторів

Рогач Іван Михайлович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.
+380 (95) 403-87-56, ivan.rogach@uzhnu.edu.ua.

Данко Дана Валеріївна – к.пед.н., доцент, доцент кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.
+380 (50) 537-89-50, dankodana01@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.202357
УДК 614.2:616-082

Глебова Є.Є.

Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри

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

doc.e.glebova@gmail.com

Глебова Е.Е.

Усовершенствованная модель организации медицинской помощи пациентам с патологическими и возрастными изменениями кожи
Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Glebova E.E.

An improved model for organizing medical care for patients with pathological and age-related skin changes
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Вступ

Поступове, але неухильне зростання поширеності хвороб шкіри серед населення України, контингент хворих чисельністю більше 2-х млн осіб, зокрема, з хронічними дерматозами, псоріазом, новоутвореннями, інфекціями статевих органів, вимагають подальшого ефективного функціонування системи дерматовенерологічної допомоги з метою задоволення потреб населення у здоровій шкірі та її придатках [6].

Поглиблюють проблеми шкіри чинники ризику її патологічних змін та передчасного старіння (нерациональне харчування, низька фізична активність населення, високий рівень споживання алкоголю, тютюнопаління, хронічні соматичні хвороби, патологія зубо-щелепного апарату, ортопедичні хвороби), широко розповсюджені серед української популяції [3,7,10,11].

Дані твердження засновані на науково обґрунтованих фундаментальних знаннях про багатофункціональність шкіри як органу та її тісний анатомо-фізіологічний зв'язок з нервовою, ендокринною, імунною, кістково-м'язовою системами, станом зубів [1].

Необхідність перегляду підходів до організації діяльності існуючої системи медичної допомоги пацієнтам з патологічними і віковими змінами шкіри значно посилюється активним розвитком ринку косметологічних послуг, потреби населення в яких постійно підвищуються внаслідок зростання значимості зовнішності як маркеру успішності та особистої культури людини, негативного впливу вікових змін шкіри на психоемоційний стан особи та якість життя [2,4,5,8,9].

Доцільність удосконалення існуючої системи медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри обумовлюються й рекомендаціями експертів ВООЗ щодо переорієнтації надання медичних послуг від роздробленості до більшої інтеграції у рамках підходу, орієнтованого на людей, що є невідкладним у зв'язку з

зростанням темпів хронічних захворювань та старіння населення Європейського регіону [12].

Мета – розробити удосконалену модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри.

Завдання, матеріали та методи дослідження

Обґрунтувати удосконалену модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри, візуалізувати дану модель і визначити можливості її використання в практиці охорони здоров'я. Матеріалами слугували результати наукового дослідження автора, проведеного як фрагменту науково-дослідної роботи на тему «Обґрунтування моделей управління підсистемами охорони здоров'я та зміцнення здоров'я населення України відповідно до європейських стратегій» кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (науковий керівник – академік НАМН України професор Ю.В. Вороненко; № держреєстрації 0120U101680; термін виконання 2015–2019 рр.). Методи дослідження: системного підходу, системного аналізу, синтезу, моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати проведеного автором дослідження дозволили визначити ряд суттєвих обмежень для поступового розвитку існуючої системи надання медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри. Таким обмеженнями, на думку автора, слід вважати:

1) недосконалість вітчизняної нормативно-правової бази з питань організації медичної допомоги, зокрема, спеціалізованої (у т. ч. дерматовенерологічної та її складової – косметологічної) в частині забезпечення безперервного ланцюга медичних послуг, наступності

різних видів і етапів медичної допомоги, оскільки в реальності залишається дієвою застаріла система направлень пацієнта до інших спеціалістів;

2) вузькоспеціалізований підхід до лікування хвороб шкіри та коригування вікових змін з боку провайдерів дерматологічних, зокрема, косметологічних, послуг, який полягає у застосуванні локальних втручань, підміні комплексного міждисциплінарного підходу до медичної допомоги призначенням комплексної терапії;

3) потребує удосконалення організація приватної медичної практики з надання дерматовенерологічних послуг, зокрема, косметологічної допомоги;

4) низький освітній рівень споживачів дерматологічних, зокрема, косметологічних, послуг з питань впливу та наслідків дії чинників ризику на загальний стан здоров'я, стан шкіри та зовнішній вигляд особи;

5) обмежене використання в дерматологічній, зокрема, косметологічній практиці, доказових технологій (міжнародних клінічних протоколів та систематичних оглядів);

6) обмежене використання наявних потужностей багатопрофільних закладів охорони здоров'я, де надається дерматологічна, зокрема, косметологічна допомога, в частині забезпечення пацієнт-орієнтованої комплексної медичної допомоги.

Виявлені недоліки спонукали автора до розробки удосконаленої міждисциплінарної моделі організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними і віковими змінами шкіри (рис.).

Центральну роль в удосконаленій моделі відіграє пацієнт з патологічними і віковими змінами шкіри, оскільки основне призначення моделі – задовольнити потреби такого пацієнта в медичній допомозі. Крім пацієнта, зацікавленими сторонами в удосконаленій моделі є держава, суспільство, органи місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я, медичні працівники, лікарські асоціації та інші інституції й особи.

Модель структурована за принципами системного підходу у класичний спосіб: з виокремленням суб'єкту управління, об'єкту управління, блоку наукової інформації.

В якості суб'єктів управління представлені МОЗ України, керівники департаментів охорони здоров'я, закладів охорони здоров'я первинної, вторинної, третинної медичної допомоги усіх форм власності, закладів вищої медичної, у т. ч. післядипломної, освіти. Суб'єкти управління визначають політику функціонування галузі на відповідному рівні управління за напрямком «дерматовенерологічна допомога», яка спрямована на досягнення соціально значущої мети, а саме, покращення стану здоров'я населення України на основі комплексного підходу до надання медичної допомоги пацієнтам з патологічними і віковими змінами шкіри та пов'язаних з ними хронічними неінфекційними захворюваннями; профілактику передчасного старіння шкіри; покращення якості життя пацієнтів з патологічними та віковими змінами шкіри.

Цільовими завданнями для реалізації політики слід зазначити: організацію комплексної медичної допомоги пацієнтам з патологічними і віковими змінами шкіри та пов'язаних з ними неінфекційними захворюваннями (НІЗ); підвищити поінформованість населення з питань догляду за шкірою, профілактики шкірних хвороб та передчасного старіння; забезпечити безпеку і якість дерматологічної (зокрема, косметологічної) допомоги; підвищити рівень задоволеності медичною допомогою пацієнтів з патологічними та віковими змінами шкіри.

Стратегії реалізації завдань мають бути спрямовані на розвиток міждисциплінарних комунікацій і координацію діяльності: між фахівцями в межах закладу вторинної медичної допомоги; між фахівцями закладів первинної, вторинної, третинної, реабілітаційної медичної допомоги; удосконалення підходів до безперервного професійного розвитку (БПР) лікарів-дерматовенерологів, зокрема, з косметологічної допомоги; розширення спектру доказових технологій для надання медичної допомоги пацієнтам з патологічними і віковими змінами шкіри; використання безпечних косметологічних засобів і продуктів.

Управлінська діяльність суб'єктів управління спрямовується на об'єкти управління: заклади охорони здоров'я, лікарів-дерматовенерологів, лікарів інших спеціальностей, сестер медичних, у т. ч. з косметичних процедур, медичне обладнання; медичні технології, у т. ч. з надання косметологічної допомоги; інформаційні та комунікаційні технології; косметологічні засоби і продукти шляхом виконання класичних управлінських функцій: зі стратегічного та оперативного-тактичного планування, організації, комунікації, координації, мотивації персоналу, моніторингу, оцінки, аналізу результатів діяльності. Однак наповнення цих функцій має свої відмінності в удосконаленій моделі.

Так, функція стратегічного та оперативного-тактичного планування полягає у:

1) розробці типових та, на їх основі, індивідуальних програм комплексної медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри, а також пов'язаними з ними хронічними неінфекційними захворюваннями: хворобами органів травлення, ендокринної, сечостатевої, нервової, кістково-м'язової системи, щелепно-лицевої ділянки та зубів;

2) організації розробки: нових клінічних протоколів (НКП) надання дерматологічної, у т. ч. косметологічної, допомоги, адаптованих до закладу охорони здоров'я; клінічних маршрутів пацієнта (КМП) з патологічними і віковими змінами шкіри та пов'язаними з ними хронічними неінфекційними захворюваннями в межах закладу вторинної медичної допомоги; «наскрізних клінічних маршрутів пацієнта (КМП)» для інших закладів охорони здоров'я – учасників виконання типових/індивідуальних програм;

3) планування ресурсного забезпечення типових програм, зокрема, кадрового, для формування міждисциплінарних команд фахівців, та електронних засобів зв'язку;

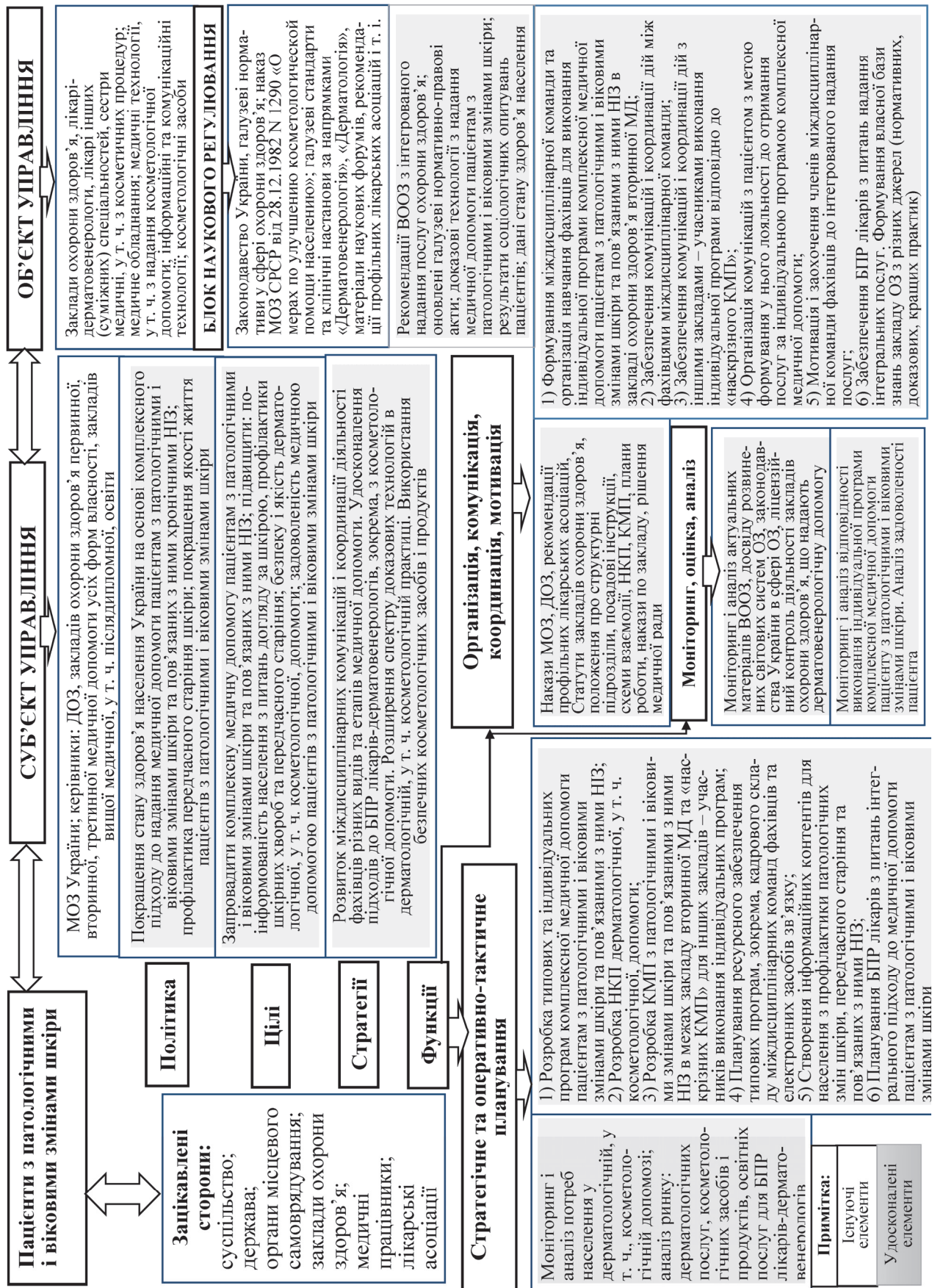


Рис. Удосконалена модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри

4) створення інформаційних контентів з профілактики патологічних і вікових змін шкіри, передчасного старіння та пов'язаних з ними хронічних неінфекційних захворювань для населення; використання цифрових технологій з метою поширення освітньо-інформаційних матеріалів;

5) планування безперервного професійного розвитку лікарів-дерматовенерологів та лікарів інших спеціальностей з питань інтегрального підходу до медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри.

В основу планування покладається аналіз стану здоров'я населення території обслуговування або визначеного за іншими критеріями контингенту, який користується послугами даного закладу охорони здоров'я; результати моніторингу з визначенням потреб у дерматологічній, у т. ч. косметологічній допомозі; аналіз ринку: дерматологічних послуг, косметологічних засобів і продуктів, освітніх послуг для забезпечення безперервного професійного розвитку лікарів.

Функція організації діяльності використовується при формуванні міждисциплінарної команди фахівців для виконання індивідуальної програми комплексної медичної допомоги пацієнту з патологічними і віковими змінами шкіри при зверненні пацієнта. Індивідуальна програма розробляється на основі типової програми з урахуванням загального стану здоров'я пацієнта. Як свідчать результати дослідження, патологічні та вікові зміни шкіри сполучаються в більшості випадків з патологією різних органів і систем, найчастіше, – ендокринної, сечостатевої, кістково-м'язової, шлунково-кишкового тракту, зубів, а також з психоемоційними порушеннями, які підтримують та/або поглиблюють патологічні та вікові зміни шкіри.

Формування міждисциплінарної команди здійснюється шляхом підбору спеціалістів в залежності від потреб пацієнта на основі попередньо узгодженого складу фахівців для типової програми з визначенням меж відповідальності кожного спеціаліста. Координатором команди призначається лікар-дерматовенеролог. Під час обстеження і лікування пацієнта може бути зміна координатора команди в залежності від проблеми здоров'я пацієнта, яка переважає. Проводиться оперативне навчання призначених членів команди з питань організації виконання індивідуальної програми комплексної медичної допомоги.

Під час роботи команди координатор в межах своїх повноважень забезпечує інформування членів команди про результати виконання програми на проміжних етапах та узгодження будь-яких питань, які можуть вплинути на результати медичної допомоги.

В разі, якщо в даному закладі охорони здоров'я відсутні спеціалісти необхідного профілю, керівник закладу забезпечує в оперативному режимі комунікації з іншими закладами охорони здоров'я на підставі попередніх угод з метою залучення їх фахівців до складу міждисциплінарної команди та координацію дій між членами команди відповідно до «наскрізного клінічного маршруту пацієнта» з використанням електронних засобів зв'язку та безпосереднього спілкування спеціалістів, за потреби.

Надання послуг за індивідуальною програмою комплексної медичної допомоги здійснюється за поінформованою згодою пацієнта. Мотивація пацієнта до отримання комплексних послуг може бути забезпечена шляхом освітньо-інформаційних заходів, коли пацієнту роз'яснюється доцільність і корисність міждисциплінарного підходу до лікування, комплексного оздоровлення організму, що вплине позитивно, зокрема, на стан шкіри та її додатків. Використання матеріального компоненту мотивації, коли отримання послуг в комплексі має меншу вартість, ніж окремі види послуг в сумі, також сприяє прийняттю пацієнтом рішення на користь комплексної медичної допомоги.

Економічна складова мотивації використовується для заохочення членів міждисциплінарної команди, що відбувається в разі отримання позитивного кінцевого результату лікування пацієнта. Таким чином кожен член команди налаштовується на отримання позитивного результату за рахунок спільних зусиль та на власний професійний розвиток, без якого такий результат неможливий.

Класичні функції «зворотнього зв'язку» в удосконаленій моделі полягають у моніторингу і аналізі актуальних матеріалів ВООЗ, досвіду розвинених світових систем охорони здоров'я, законодавства України в сфері охорони здоров'я з метою своєчасного внесення змін та подальшого розвитку удосконаленої системи відповідно до зовнішніх впливів. З боку МОЗ України до таких функцій належить плановий ліцензійний контроль діяльності закладів охорони здоров'я, що надають дерматологічну допомогу.

В закладі охорони здоров'я здійснюється постійний моніторинг і аналіз відповідності виконання індивідуальної програми комплексної медичної допомоги пацієнту з патологічними і віковими змінами шкіри вимогам клінічних протоколів і клінічних маршрутів пацієнта координатором та членами міждисциплінарної команди. Кінцевий результат оцінюється пацієнтом як показник задоволеності та керівником закладу.

В існуючій системі надання медичної допомоги пацієнтам з патологічними і віковими змінами шкіри блок наукового регулювання містить законодавство України, галузеві нормативи в сфері охорони здоров'я в частині організації дерматовенерологічної допомоги. Зокрема, діючим залишається наказ МОЗ СРСР від 28.12.1982 N 1290 «О мерах по улучшению косметологической помощи населению», який є застарілим, російськомовним та невідповідним сучасному стану розвитку системи охорони здоров'я в Україні, зокрема, дерматовенерологічної допомоги. Доповнюють наукове регулювання галузеві стандарти та клінічні настанови за напрямками «Дерматовенерологія», «Дерматологія», яких обмаль, та матеріали наукових форумів. Доказові технології за напрямком «Косметологічна допомога» взагалі не використовуються, незважаючи на їх наявність у міжнародних джерелах.

В удосконаленій моделі системи пропонується до блоку наукового регулювання додати рекомендації

експертів ВООЗ з інтегрованого надання послуг охорони здоров'я; оновлені галузеві нормативно-правові акти з організації дерматовенерологічної допомоги, відміна наказу МОЗ СРСР від 28.12.1982 N 1290; нові клінічні протоколи з надання медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри; результати соціологічних опитувань пацієнтів; дані стану здоров'я населення та аналіз демографічної ситуації.

Обґрунтована і розроблена удосконалена модель медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри може бути впроваджена в практичну діяльність багатопрофільних закладів охорони здоров'я будь-якої форми власності. В оцінці ефективності моделі за результатами впровадження полягають **перспективи подальших досліджень.**

Висновки

Таким чином, на основі авторського дослідження обґрунтовано і розроблено удосконалену модель медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри, ключовими інноваційними елементами якої слід вважати:

- комплексний підхід до надання медичної допомоги пацієнтам з патологією та віковими змінами шкіри;
- удосконалені технології освітньо-профілактичної роботи з населенням щодо обізнаності з питань чинників ризику патології шкіри та передчасного старіння;
- типові та, розроблені на їх основі, індивідуальні програми комплексної медичної допомоги пацієнту з патологічними та віковими змінами шкіри;
- міждисциплінарні команди фахівців різних спеціальностей, в залежності від стану здоров'я пацієнта, які виконуватимуть індивідуальні програми. Функції координатора програми покладаються на лікаря-спеціаліста в залежності від домінуючої проблеми у здоров'ї пацієнта;
- безперервний професійний розвиток лікарів-дерматовенерологів в напрямку оволодіння доказовими медичними технологіями з надання дерматологічної, зокрема, косметологічної, допомоги;
- мотиваційна складова моделі, яка передбачає урахування інтересів усіх зацікавлених сторін: пацієнта (отримання комплексу ефективних послуг в одному місці їх надання, за лояльною ціною), лікаря (матеріальна мотивація до праці та до безперервного професійного розвитку) та закладу охорони здоров'я (отримання прибутку, конкурентноспроможність).

Література

1. Анатомія людини. Курс лекцій. Навч. пос. / Ю. Костиленко, І. Старченко, О. Прилуцький, В. Гринь. – Полтава, 2015. – С. 42.
2. Білявська, М. В. Кореляція якості життя та психопатологічних порушень у пацієнтів, які страждають на псоріаз / М. В. Білявська, О. П. Романів // Економіка і право охорони здоров'я. – № 2 (8). – 2018. – С. 92 – 94.
3. Вороненко, Ю. В. Стоматологічна допомога в Україні: основні показники діяльності за 2008 – 2018 роки: довід. вид. / Ю. В. Вороненко, О. В. Павленко, І. В. Мазур. – Кропивницький, 2018. – 211 с.
4. Гірник, Г. Є. Вплив atopічного дерматиту на психологічний стан та соціальну адаптацію пацієнтів / Г. Є. Гірник // Галицький лікарський вісник. – 2015. – № 2. – С. 22 – 24.
5. Котуранова, Т. В. Проблеми та перспективи розвитку косметологічних послуг в Україні / Т. В. Котуранова, О. О. Семенова // Економічний простір. Зб. наук. пр. – № 119. – Дніпропетровськ: ПДАБА, 2017. – С. 77 – 85.
6. Кутасевич, Я. Ф. Стан ресурсів і діяльність дерматовенерологічної служби за 1998-2018 рр. в Україні. Нагальні задачі / Я. Ф. Кутасевич, В. М. Волкославська // Дерматологія та венерологія. – 2019. – № 2 (84). – С. 46-48.
7. Мурзіна, Е. О. Шкірні прояви ендокринних порушень / Е. О. Мурзіна // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2012, спец. вип. – № 1. – С. 79-84.
8. Ошивалова, О. О. Оцінка якості життя хворих з передонкологічною та онкологічною патологією шкіри / Ошивалова О. О., Зюков О. Л., Калюжна Л. Д. // Вісн. проблем біології і медицини. – 2017. – Вип. 2 (136). – С. 328–332.
9. Хімейчук, Л. О. Сучасна косметологія як галузь медицини / Л. О. Хімейчук, Н. Ю. Сенишин, І. О. Буянова // Галицький лікарський вісник. – 2014. – № 1. – С. 73 – 75.
10. Черникова, Л. И. Дерматологические проявления патологии эндокринной системы / Л. И. Черникова, И. Н. Гончарова // Актуальні проблеми дерматології, венерології та ВІЛ/СНІД-інфекції : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяченої 155-річчю професору М. В. Тіпцева, Харків, 18 листопада 2015 р. / Харків : С.А.М., 2015. – С. 115-122.
11. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік. / МОЗ України. ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВС «Медінформ», 2018. – С. 107-119.
12. Strengthening people-centred health services delivery in the WHO European Region: concept note. – World Health Organization, 2014. – 19 p.

References

1. Anatomiiia liudyny [Human anatomy]. Kurs leksii. Navch. pos. / Yu. Kostylenko, I. Starchenko, O. Prylutskiy, V. Hryn. – Poltava, 2015. – S. 42 [Ua].
2. Biliavska, M. V. Koreliatsiia yakosti zhyttia ta psykhopatolohichnykh porushen u patsientiv, yaki strazhdaiut na psoriaz [Bilyavska, MV. Correlation of quality of life and psychopathological disorders in patients with psoriasis] / M. V. Biliavska, O. P. Romaniv // *Ekonomika i pravo okhorony zdorovia*. - № 2 (8). – 2018. – S. 92 – 94 [Ua].
3. Voronenko, Yu. V. Stomatolohichna dopomoha v Ukraini: osnovni pokaznyky diialnosti za 2008 – 2018 roky: dovid. vyd. [Voronenko, Yu. V. Dental care in Ukraine: main indicators of activity for 2008 - 2018] / Yu. V. Voronenko, O. V. Pavlenko, I. V. Mazur. – Kropyvnytskyi, 2018. – 211 s [Ua].
4. Hirnyk, H. Ye. Vplyv atopichnoho dermatytu na psykhologichnyi stan ta sotsialnu adaptatsiiu patsientiv [Girnyk, GE. Effect of atopic dermatitis on the psychological state and social adaptation of patients] / H. Ye. Hirnyk // *Halytskyi likarskyi visnyk*. – 2015. – № 2. – S. 22 – 24 [Ua].
5. Koturanova, T. V. Problemy ta perspektyvy rozvytku kosmetolohichnykh posluh v Ukraini [Koturanova, TV. Problems and prospects of development of cosmetology services in Ukraine] / T. V. Koturanova, O. O. Semenova // *Ekonomichnyi prostir. Zb. nauk. pr.* – № 119. – Dnipropetrovsk: PDABA, 2017. – S. 77 – 85 [Ua].
6. Kutasevych, Ya. F. Stan resursiv i diialnist dermatovenerolohichnoi sluzhby za 1998-2018 rr. v Ukraini. Nahalni zadachi [Kutasevich, YF. The state of resources and activity of the dermatovenerological service for 1998-2018 in Ukraine. Urgent tasks] / Ya. F. Kutasevych, V. M. Volkoslavskaya // *Dermatolohiia ta venerolohiia*. – 2019. – № 2 (84). – S. 46-48 [Ua].
7. Murzina, E. O. Shkirmi proiavy endokrynnykh porushen [Murzina, EO. Skin manifestations of endocrine disorders] / E. O. Murzina // *Klinichna imunolohiia. Alerholohiia. Infektolohiia*. – 2012, spets. vyp. – № 1. – S. 79-84 [Ua].
8. Oshyvalova, O. O. Otsinka yakosti zhyttia khvorykh z peredonkolohichnoiu ta onkolohichnoiu patolohiieiu shkiry [Oshyvalova, OO. Assessment of quality of patients life with precancerous and oncological skin pathology] / Oshyvalova O. O., Ziukov O. L., Kaliuzhna L. D. // *Visnyk problem biolohii i medytsyny*. – 2017. – Vyp. 2 (136). – S. 328–332 [Ua].
9. Khimeichuk, L. O. Suchasna kosmetolohiia yak haluz medytsyny [Khimeychuk, LO. Modern cosmetology as a branch of medicine] / L. O. Khimeichuk, N. Yu. Senyshyn, I. O. Buianova // *Halytskyi likarskyi visnyk*. – 2014. – № 1. – S. 73–75 [Ua].
10. Chernikova, L. I. Dermatologicheskie proyavleniya patologii endokrinnoy sistemy [Chernikova, LI. Dermatological manifestations of the endocrine system pathology] / L. I. Chernikova, I. N. Goncharova // *Aktualni problemy dermatolohii, venerolohii ta VIL/SNID-infektsii : materialy nauk.-prakt. konf. z mizhnar. uchastiu, prysviachenoї 155-richchiu profesoru M. V. Tiptseva, Kharkiv, 18 lystopada 2015 r.* / Kharkiv : S.A.M., 2015. – S. 115-122 [Ru].
11. Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naseleння, sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2017 rik [Annual report on the state of population health, the sanitary-epidemic situation and the results of health care system activity of Ukraine. 2017] / MOZ Ukrainy. DU «UISD MOZ Ukrainy». – Kyiv : MVS «Medinform», 2018. – S. 107-119 [Ua].
12. Strengthening people-centred health services delivery in the WHO European Region: concept note. – World Health Organization, 2014. – 19 p. [En].

Дата надходження рукопису до редакції: 05.02.2020 р.

Мета: обґрунтувати та розробити удосконалену модель організації медичної допомоги пацієнтам з патологічними та віковими змінами шкіри.

Матеріали та методи: дані результатів власного дослідження автора як фрагменту науково-дослідної роботи кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П.Л. Шупика. Методи системного підходу і аналізу, синтезу, моделювання.

Результати: доцільність розробки удосконаленої моделі обумовлена: недосконалістю нормативно-правового регулювання організації дерматовенерологічної допомоги; вузькоспеціалізованим підходом до лікування хвороб шкіри та коригування вікових змін, відсутністю обґрунтованих механізмів взаємодії надавачів медичних послуг; низьким освітнім рівнем пацієнтів з питань збереження здоров'я шкіри; обмеженим використанням в косметологічній практиці доказових технологій. Ключовими елементами удосконаленої моделі запропоновані: типова програма комплексної медичної допомоги пацієнту з патологічними та віковими змінами шкіри; удосконалені технології освітньо-профілактичної роботи з населенням; міждисциплінарні команди фахівців; доказові технології косметологічної допомоги; мотиваційні ресурси.

Висновки: запропонована удосконалена модель може бути впроваджена в діяльність багатопрофільних закладів охорони здоров'я будь-якої форми власності.

Ключові слова: модель, комплексна медична допомога, патологічні та вікові зміни шкіри.

Цель исследования: обосновать и разработать усовершенствованную модель организации медицинской помощи пациентам с патологическими и возрастными изменениями кожи.

Матеріали і методи: дані результати власного дослідження автора як фрагменту науково-дослідницької роботи кафедри управління здоров'ям НМАПО імені П.Л. Шупика. Використані методи системного підходу і системного аналізу, синтезу, моделювання.

Результати: доцільність розробки удосконаленої моделі обумовлена: недосконалістю нормативно-правового регулювання організації дерматовенерологічної допомоги; узкоспеціалізованим підходом до лікування захворювань шкіри і корекції вікових змін, відсутністю обґрунтованих механізмів взаємодії постачальників медичних послуг; низьким освітнім рівнем пацієнтів по питаннях збереження здоров'я шкіри; обмеженням використання в косметологічній практиці доказальних технологій. Ключовими елементами удосконаленої моделі запропоновано: типову програму комплексної медичної допомоги пацієнту з патологічними і віковими змінами шкіри; удосконалені технології освітньо-профілактичної роботи з населенням; міждисциплінарні команди спеціалістів; доказальні технології косметологічної допомоги; мотиваційні ресурси.

Висновки: удосконалена модель може бути впроваджена в діяльність багатопрофільних закладів охорони здоров'я будь-якої форми власності.

Ключові слова: модель, комплексна медична допомога, патологічні і вікові зміни шкіри.

The aim of the study was to justify and develop an improved model for organizing medical care for patients with pathological and age-related skin changes.

Materials and methods: the results of the author's research as a fragment of the scientific research work of Health Management Department. The methods of a systematic approach, analysis, synthesis, modeling were used.

Results: the imperfection of the legal regulation of dermatovenereological care, a narrow specialized approach to the treatment of skin diseases and correction of aging, the lack of mechanisms for interaction between healthcare providers, the low patients educational level on skin health, the lack of evidence-based technologies were the reason for the development of the model. The key elements of the improved model are: a typical program of integrated medical care; advanced preventive technologies for the population; multidisciplinary teams of specialists; evidence-based technologies for cosmetology care; motivational resources.

Conclusions: an improved model can be implemented in the activities of multidisciplinary healthcare institutions.

Key words: model, integrated medical care, pathological and age-related skin changes.

Відомості про автора

Глебова Євгенія Євгенівна – аспірант кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика; м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, офіс 46.
+380 (44) 205-49-90, doc.e.glebova@gmail.com.

Контактна особа для листування (науковий керівник)

Горачук Вікторія Валентинівна – доктор медичних наук, професор, професор кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика; м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, офіс 55-а.
+380 (44) 205-49-93, +380 (73) 504-04-50, gorachuk@ukr.net.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.202358

УДК

Щербінська О.С.

Відношення вагітних жінок до можливості отримання акушерської допомоги у сімейних лікарів

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

director@professional-event.com

Щербинская О.С.

Отношение беременных женщин к возможности получения акушерской помощи у семейных врачей
 Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Shcherbinska O.S.

The attitude of pregnant women to the possibility of receiving obstetric care from family physicians
 National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupik, Kyiv, Ukraine

Вступ

В Україні іде підготовка до другого етапу реформи охорони здоров'я, коли в системі надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги впроваджується програма медичних гарантій [1,2]. Для цього Національною службою здоров'я підготовлено пакети медичних послуг в тому числі з надання акушерсько-гінекологічної допомоги [3]. Дане відбувається на фоні сформованої системи первинної медичної допомоги, коли первинне звернення населення має відбуватися до сімейного лікаря [4,5].

Мета роботи – дослідити рівень готовності вагітних жінок отримувати акушерську допомогу у сімейних лікарів.

Матеріали та методи

Матеріалами стали результати проведеного соціологічного дослідження серед вагітних жінок. За спеціально розробленою анкетною формою було опитано 439 жінок в центральному, південному та західному регіонах України. Дані про опитаних жінок наведено в табл. 1.

При проведенні дослідження було збережено конфіденційність інформації про персоніфіковані дані респондентів. Анкетування вагітних жінок проводилося під час семінарів, які проводилися для них з питань відповідального батьківства.

При проведенні дослідження було використано соціологічний та статистичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі було встановлено наявність у вагітних жінок сімейного лікаря. Отримані результати наведено в табл. 2.

Таблиця 1. Дані про жінок, які прийняли участь в соціологічному дослідженні

Характеристика респондентів	Абс.	%
Місце проживання		
Сільська місцевість	170	38,7
Міста	269	61,3
Кількість вагітностей		
Першовагітна	201	45,8
Друга і більше вагітностей	238	54,2
Вікова характеристика		
До 20 років	54	12,3
20-25 років	182	41,5
26-30 років	141	32,1
Старше 30 років	62	14,1
Рівень освіти		
Середня	185	42,1
Середня-спеціальна	107	24,4
Незакінчена вища	94	21,4
Вища	53	12,1
Соціальний статус		
Навчається	21	4,8
Держслужбовць	27	6,2
Приватний підприємець	52	11,8
Працівник соціальної сфери	43	9,8
Працівник промислової сфери	79	18,0
Працівник сфери обслуговування	122	27,8
Домогосподарка	38	8,7
Тимчасово не працює	42	9,6
Інше	15	3,4
Регіон проживання		
Центральний	138	31,4
Західний	127	28,9
Південний	174	39,7

Отримані результати вказують на те, що 69,5% жінок, що проживають в містах та 85,9% сільських жінок вибрали сімейного лікаря і прикріпилися до нього. Із загальної кількості першовагітних прикріпилися до сімейного лікаря 85,6%, а із числа тих, що мають не першу вагітність прикріпленими до сімейного лікаря є 67,6% опитаних жінок.

Далі вивчалось питання звернення жінок до сімейних лікарів з причин, які не пов'язані з вагітністю (табл. 3).

За результатами соціологічного дослідження видно, що опитані жінки звертаються до сімейних лікарів з причин не пов'язаних з вагітністю. При цьому більш часто звертаються до них жінки, які проживають в сільській місцевості. Так, за останній рік не зверталось до сімейних лікарів 18,8% сільських жінок та 36,4% жінок, які проживають в містах, а більше п'яти разів за рік зверталось до сімейних лікарів 5,3% сільських жінок та 4,4% жінок, які проживають в містах.

Наступним кроком дослідження було вивчення питання щодо оцінка вагітними жінками рівня кваліфікації сімейних лікарів (табл. 4).

В ході дослідження було встановлено, що 11,2% опитаних сільських жінок та 16,7% жінок, що проживають в містах оцінюють сімейних лікарів кваліфікованими, 55,3% та 60,4% відповідно оцінюють їх скоріше кваліфікованими ніж не кваліфікованими.

Із загальної кількості опитаних сільських жінок 13,5% оцінили сімейних лікарів як некваліфікованими, а серед міських жінок таких було 18,2%.

Далі вивчалось питання звернення жінок до сімейних лікарів з причин, які пов'язані з вагітністю (табл. 5).

На те, що з причин, які пов'язані з вагітністю зверталися до сімейних лікарів вказали 40,6% опитаних сільських вагітних жінок та 12,6% вагітних жінок, які проживають в містах, що вказує на більш високий рівень доступності для останніх лікарської акушерсько-гінекологічної допомоги.

Далі нами вивчався рівень готовності вагітних жінок отримувати акушерську допомогу у сімейних лікарів (табл. 6).

Таблиця 2. Прикріплення вагітних жінок до сімейних лікарів

Категорія жінок	Прикріплені до СЛ		Не прикріплені до СЛ	
	абс.	%	абс.	%
За місцем проживання				
Міста	187	69,5	82	30,5
Сільська місцевість	146	85,9	24	14,1
За кількістю вагітностей				
Першовагітна	172	85,6	29	14,4
Друга і більше вагітностей	161	67,6	77	32,4

Таблиця 3. Звертальність жінок за останній рік до сімейних лікарів з причин, що не пов'язані з вагітністю

Частота звернень	Сільські жінки		Міські жінки	
	абс.	%	абс.	%
Не зверталися	32	18,8	98	36,4
1–2 рази	87	51,2	90	33,5
3–5 разів	42	24,7	69	25,7
Більше 5 разів	9	5,3	12	4,4

Таблиця 4. Оцінка вагітними жінками рівня кваліфікації сімейних лікарів

Частота звернень	Сільські жінки		Міські жінки	
	абс.	%	абс.	%
Кваліфіковані	19	11,2	45	16,7
Скоріше кваліфіковані ніж не кваліфіковані	94	55,3	102	60,4
Скоріше не кваліфіковані ніж кваліфіковані	34	20,0	73	27,1
Не кваліфіковані	23	13,5	49	18,2

Таблиця 5. Звертальність жінок до сімейних лікарів з причин, що пов'язані з вагітністю

Частота звернень	Сільські жінки		Міські жінки	
	абс.	%	абс.	%
Зверталися	69	40,6	34	12,6
Не зверталися	101	59,4	235	87,4

Таблиця 6. Рівень готовності вагітних жінок отримувати акушерську допомогу у сімейних лікарів

Частота звернень	Сільські жінки		Міські жінки	
	абс.	%	абс.	%
Першовагітні				
Готові	12	16,4	16	12,5
Скоріше готові ніж не готові	29	39,7	35	27,3
Скоріше не готові ніж готові	23	31,5	53	41,4
Не готові	9	12,3	24	18,8
Жінки другою і більше вагітностей				
Готові	17	17,5	18	12,8
Скоріше готові ніж не готові	46	46,4	70	49,6
Скоріше не готові ніж готові	25	25,8	34	24,1
Не готові	10	10,3	19	13,5

Серед першовагітних сільських жінок готовими та скоріше готовими ніж не готовими отримувати акушерську допомогу у сімейних лікарів були 56,5% опитаних, а серед міських жінок 39,8% відповідно.

Із числа опитаних жінок, які мають не першу вагітність висловили готовність отримувати акушерську допомогу у сімейних лікарів: 63,9% сільських жінок та 62,4% жінок, які проживають в містах.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою мотиваційних механізмів для жінок отримувати при фізіологічній вагітності акушерську допомогу у сімейних лікарів.

Висновки

За результатами проведеного соціологічного дослідження вставлено достатньо високий рівень прихильності вагітних жінок до отримання акушерської допомоги у сімейних лікарів. При цьому він є вищим у жінок, які проживають у сільській місцевості ніж у містах. Так, серед першовагітних сільських жінок таких було 56,5%, а серед сільських жінок, які мають не першу вагітність – 63,9%. Серед міських жителів таких жінок відповідно було 39,8% та 62,4%.

Література

1. Закон України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html. – Назва з екрану.
2. Постанова КМУ „Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік” від 27 листопада 2019 р. № 1124 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1124-2019-%D0%BF>. – Назва з екрану.
3. Пакети медичних послуг. Зміст та підхід до контракування закладів охорони здоров'я. Національна служба здоров'я України. – Київ, 2020. – 59 с.
4. Постанова КМУ „Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік” від 25.04.2018 р. № 407 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/458646>. – Назва з екрану.
5. Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях / Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда та ін. – К. : МОЗ України; НМАПО ім. П. Л. Шупика, УІСД, Дніпропетровська ДМА, Запорізька МАПО, Чернівецьке УОЗ, 2011. – 43 с.

References

1. Zakon Ukrayiny „Provedennya derzhavnykh harantiy medychnoho obsluhovuvannya” 19 zhovtnya 2017 roku № 2168-VIII. [Elektronnyy resurs]. Rezhym dostupu: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html. – Nazva z ekranu.
2. Postanova KМУ „Prodovzhennya podiyi utrymuvanykh derzhavnykh harantiy medychnykh sluzhb, pryznachenikh dlya prohramy medychnykh harantiy dlya pervynnoyi medychnoyi dopomohy na 2020 rik” vid 27 lystopada 2019 r. № 1124 [Elektronnyy resurs]. Rezhym dostupu: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1124-2019-%D0%BF>. – Nazva z ekranu.
3. Pakety medychnykh posluh. Zminyty ta pidnesty do kontraktuvannya zakladeni vsi zdorov'ya. Natsional'na sluzhba zdorov'ya Ukrayiny. – Kyiv, 2020. – 59 s.
4. Postanova KМУ „Prodovzhennya posadkovoyi sluzhby derzhavnykh harantiy medychnykh sluzhb, pryznachenikh dlya prohramy medychnykh harantiy dlya pervynnoyi medychnoyi dopomohy na 2018 rik” vid 25.04.2018 r. № 407 [Elektronnyy resurs]. Rezhym dostupu: <https://www.apteka.ua/article/458646>. – Nazva z ekranu.

5. Poryadok orhanizatsiyi, yakyyu medychno dopomahaye ta vidkryvaye marshruty, vykorystovuye zahal'nu spravu – simeynym likarem za riznymy statystychnymy stanamy ta dit'my / L. F. Matyukha, V. M. Lekhan, N. H. Hoyda ta in. – K. : MOZ Ukrainy; NMAPO im. P. L. Shupyka, UISD, Dnipropetrovs'ka DMA, Zaporiz'ka MAPO, Chernivets'ke UOZ, 2011. – 43 s.

Дата надходження рукопису до редакції: 27.02.2020 р.

Мета роботи – дослідити рівень готовності вагітних жінок отримувати акушерську допомогу у сімейних лікарів.

Матеріали та методи. Матеріалами стали результати соціологічного дослідження серед 439 жінок вагітних жінок центрального, південного та західного регіонів України. При проведенні дослідження було використано соціологічний та статистичний методи.

Результати. За результатами проведеного соціологічного дослідження вставлено достатньо високий рівень прихильності вагітних жінок до отримання акушерської допомоги у сімейних лікарів. При цьому він є вищим у жінок, які проживають у сільській місцевості ніж у містах. Так, серед першовагітних сільських жінок таких було 56,5%, а серед сільських жінок, які мають не першу вагітність – 63,9%. Серед міських жителів таких жінок відповідно було 39,8% та 62,4%. Із загальної кількості опитаних сільських жінок 85,9% прикріпилися до сімейних лікарів та 81,2% звертаються до сімейних лікарів щорічно з причин, які не пов'язані з вагітністю. Із загальної кількості опитаних міських жінок 69,5% прикріпилися до сімейних лікарів та 63,6% звертаються до сімейних лікарів щорічно з причин, які не пов'язані з вагітністю.

Висновки. Результати дослідження вказують на необхідність проведення роботи з підняття престижу сімейних лікарів серед вагітних жінок.

Ключові слова: вагітні жінки, сімейні лікарі, медична допомога, готовність.

Цель работы – изучить уровень готовности беременных женщин получать акушерскую помощь у семейных врачей.

Материалы и методы. Материалами стали результаты социологического исследования среди 439 беременных женщин центрального, южного и западного регионов Украины. При проведении исследования использованы социологический и статистический методы.

Результаты. По результатам проведенного социологического исследования установлено достаточно высокий уровень склонности беременных женщин к получению акушерской помощи у семейных врачей. При этом он выше у женщин, проживающих в сельской местности, чем в городах. Так, среди сельских женщин с первой беременностью таких было 56,5%, а среди сельских женщин, имеющих не первую беременность, - 63,9%. Среди городских жителей таких женщин было соответственно 39,8% и 62,4%. Из общего количества опрошенных сельских женщин 85,9% прикрепились к семейным врачам и 81,2% обращаются к семейным врачам ежегодно по причинам, не связанным с беременностью. Из общего количества опрошенных городских женщин 69,5% прикрепились к семейным врачам и 63,6% обращаются к семейным врачам ежегодно по причинам, не связанным с беременностью.

Выводы. Результаты исследования указывают на необходимость проведения работы по повышению престижа семейных врачей среди беременных женщин.

Ключевые слова: беременные женщины, семейные врачи, медицинская помощь, готовность.

Goal of research – to study the level of pregnant women readiness to receive obstetric care from family doctors.

Materials and methods. The results of sociological research among 439 pregnant women in central, southern and western regions of Ukraine were used as the materials for research. Sociological and statistical methods were applied in the course of study.

Results. According to the results of sociological survey, a sufficiently high level of commitment of pregnant women to receiving obstetric care from family doctors is established. At the same time, this level is higher among women living in rural areas than in cities. Thus, the ratio of women with the first pregnancy in rural areas amounted to 56.5% and of women with the next pregnancies – to 63.9%. Among urban residents the ratio of such women composed 39.8% and 62.4% respectively. Of the total number of surveyed rural women, 85.9% had been registered at family doctors and 81.2% contacted their family doctors annually for reasons that are not related to pregnancy. Of the total number of surveyed urban women, 69.5% had been registered at family doctors and 63.6% contacted family doctors annually for reasons that are not related to pregnancy.

Conclusions. The results of the study indicate the necessity of measures to raise the prestige of family doctors among pregnant women.

Key words: pregnant women, family physicians, medical care, readiness.

Відомості про автора

Щербінська Олена Станіславівна – к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; 04112 м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
+380 (67) 507-27-27, director@professional-event.com.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.202481

УДК

Gorbenko O.¹, Williams M.²

Looking for optimal standards, criteria and KPIs of patient centricity across the biopharma industry: an overview of existing frameworks and conceptual models (Part 1)

¹ViiV Healthcare, United Kingdom²Executive Insight, Switzerland

algostand@gmail.com, m.williams@executiveinsight.ch

Горбенко О., Вільямс М.

У пошуку оптимальних стандартів, критеріїв та ключових індикаторів виконання завдань з пацієнт-орієнтованості у сфері біофармацевтичної індустрії: огляд рамкових платформ та концептуальних моделей (частина 1)

ViiV Healthcare, Executive Insight

Горбенко А., Вильямс М.

В поиске оптимальных стандартов, критериев и ключевых индикаторов выполнения заданий по пациент-ориентированности в сфере биофармацевтической индустрии: обзор существующих рамочных платформ и концептуальных моделей (часть 1)

ViiV Healthcare, Executive Insight

Introduction

For a long period of time, the biopharmaceutical industry has struggled with establishing the right business model and focus on the right customers. While product-focused business models have delivered incredible innovation, they have traditionally been misaligned with the people living with medical conditions, hence failing to meet their areas of unmet need and deliver true value to them. Alongside a product-focused model, a strong priority has been on collaboration with healthcare providers (HCPs), considering them as key biopharma customers, instead of working with patients, the real end-users, who live their medical conditions day-in and day out. This has led to severe reputational, financial, legal, strategic and other consequences, which significantly affected the business of many companies [18;29]. Although, there have been the above-mentioned circumstances which could prompt to revise such strategies and re-prioritise their targets, in many cases it has not yet been done and many companies are still on the path to patient centricity, in which a key challenge is to establish new ways of working, key performance indicators and operational models [60].

Patient centricity is not an innovative paradigm for the industry: almost seventy years ago George W. Merck clearly articulated the mind-set changing vision “We try never to forget that medicine is for the people. It is not for the profits. The profits follow, and if we have remembered that, they have never failed to appear. The better we have remembered it, the larger they have been.” [3]. Over the following decades, large pharmaceutical companies have highlighted their patient-centric mission and vision expressing some intentions to address patient’s interests as much as possible, however, neither consolidated strategies, nor tangible operational models have been deployed as a follow-up.

The cost and time to develop new drugs has increased over the last 40 years; the cost per FDA approved drug in the 1970’s was approximately \$179 million and took 11 years to develop, however now the cost of a new FDA approved drug has been estimated at approximately \$2.4 billion and takes 15 years [11]. The cost in bringing potential new medicines through discovery, pre-clinical, clinical and regulatory approval is now far greater than before, while further challenges exist in the form of HTA/value assessment upon approval in many countries, growing public scrutiny and social responsibility/expectations, possible legal risks and other macro-environmental changes. Given these costs and challenges, the biopharmaceutical industry must focus on bringing products forward that meet remaining unmet needs and patient preferences not addressed by the existing standard of care of medical conditions. The industry can ill afford to advance potential new medicines if they do not demonstrate real value to patients, given the potentially high cost of development, as they will be unlikely to satisfy patients and also to recoup the prior investment. Holistic, timely and compliant collaboration with patients, caregivers and community representatives throughout the medicine development continuum (MDC) is becoming a critical success factor for the industry, moving from a traditional focus on HCPs as interim users, to patients as end-users of medicinal products and technologies [6;13;22;29].

Reflecting on the factors mentioned above, over the last decade the business model of the biopharmaceutical industry has been switching from product-centric to patient-centric, in which unmet patient needs and expectations may be considered as the main drivers of innovation and investment in R&D [13;35;39]. This trend varies from company to company and should be considered from a whole healthcare perspective. This is because patient centricity is not a shifting paradigm for

only the biopharmaceutical industry, but for the whole of healthcare, as there are many other influential stakeholders and objective factors within healthcare ecosystems that should directly or indirectly deliver value to patients [10;12;19]. Public-private partnerships thus offer a strong solution for both patients and the biopharmaceutical industry to ensure that new medicines meet the remaining unmet needs and preferences of patients, whilst defining the value of new medicines early on through discussion with patients (as the product end user) and also other stakeholders (e.g. payers, HCPs, academia, regulators/HTA bodies and others) [49;53;57].

More practically the establishment of a value-delivery paradigm within healthcare and in particular industry is playing an important role, meaning that medicines are assessed not solely through their product characteristics/attributes, but include the value provided to patients and other stakeholders. This has been shown by many recent examples and trends: transformation of value-based pricing (VBP) to value-based assessment (VBA) concept across regulatory and HTA systems; substantiation of Target Value Profiles (TVP) replacing Target Product Profiles (TPP) within corporate strategic and operational systems; development of value-driven frameworks and conceptual models on patient centricity; exploration of the implementation science methodology and innovation diffusion/healthcare utilization frameworks [1;2;16;23;36;38;46]. Additional evidence of communicating the value of health technologies/standards of care directly to patients comes from the newly established practice that many international clinical guidelines include educational tools and recommendations specially developed for patients, their relatives and caregivers [4;26;61]; initiatives to publish lay language summaries (LLSs) on the public domain and disseminate them among study participants as well as the inclusion of plain language summaries (PLSs) to scientific publications of study results [28;58].

Although the value-delivering paradigm has relatively strong theoretical pillars and supportive practical cases, in fact it has been explored disproportionately and inconsistently throughout the MDC and existing care continuums, where many involvement/engagement gaps can still be identified. A well-established approach explores the opportunities and analyses the different types of collaborations with patients throughout three principal stages of the MDC: discovery and pre-clinical; clinical development; authorisation and maturity. While the clinical development, authorisation and maturity stages have been well explored, the discovery and pre-clinical stage remains an almost unexplored area of collaboration between patients and the industry with a strong potential to bring value for both stakeholders. Such partnerships allow companies and patients to share their expertise together to help prioritise drug discovery projects of greatest interest and benefit in meeting unmet patient needs, jointly substantiate a TVP, suggest the most relevant patient-centred outcomes (PCOs) and “translate” the symptoms and other manifestations patients suffered most into real targets and pathways [22;45]. “As earlier as possible” would appear to be a basic engagement rule to avoid systematic errors, reputational losses and further disinvestments [14;19;27]. The most well explored area is clinical development in which the input from patients can be

invaluable to improve study design, protocols and informed consent forms, PCO questionnaires to make them practical and understandable to patients and to increase participant recruitment and retention in clinical trials [26]. Collaboration with patients in clinical development provides mutual benefit to both stakeholders, as patient-focussed trials are better suited to patients and their needs and determine the value of a new medicine from their perspective, while for industry reducing costly and time-consuming protocol amendments given that clinical trial costs have increased significantly in recent years [17;27]. Within the late development and authorisation/HTA phase, patient engagement allows companies to best define the value messages that should be used with payers, to underline the key areas where a new drug can make a difference to patients by improving their health-related quality of life and treatment experience [11;47]. From the other side, patient engagement can also form a part of some HTA agencies processes to provide patients with the opportunity to share their perspectives on new technologies and to include their patient perspective in the assessment, examples of such agencies with patient engagement initiatives are: the Federal Joint Committee (G-BA), the National Institute for Health and Care Excellence (NICE), the French National Authority for Health (HAS), the National Institute for Health Research, Health Information and Quality Authority (HIQA), the Scottish Medicines Consortium (SMC), the Spanish Network of HTA Agencies, the Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) and The European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) [21;33;38;48;51;52;54].

A small study was recently carried out aiming to understand the perceived value of patient engagement across the MDC based on the distribution of time spent in patient engagement across each phase at 2017 and a prediction for 2022. The phases of the MDC were defined as: ‘Discovery & Research’, ‘Clinical development’, ‘Approval & HTA’ and ‘Commercialisation’. The study was conducted with both biopharmaceutical industry and patient association stakeholders to understand both perspectives. The results highlighted that although still not sufficient, the current distribution of patient engagement amongst both stakeholders is highest in the ‘Clinical development’ and ‘Commercialisation’ phases, where patient engagement can be seen as currently best integrated and where the value is most tangible. Both stakeholders predicted that in 2022 the distribution of patient engagement would increase in ‘Clinical development’, providing a strong indication of further value from engagements in this stage. The current distribution of patient engagement was currently lowest in the ‘Discovery & Research’ phase, although this was predicted to strongly increase in the future according to both stakeholder groups, highlighting the potential value of patient engagement in this unexplored phase, such as identifying patient unmet needs and prioritising relevant research investments with patients. The distribution of patient engagement in the ‘Commercialisation’ phase was highest according to both stakeholders in 2017, although both predicted that this would fall in 2022. This decrease in the time spent in patient engagement in the ‘Commercialisation’ phase might represent a deprioritisation, compared to the other phases, due to the emergence of

potentially greater value from patient engagement in the other phases. The current and predicted future distribution of patient engagements in the 'Approval & HTA' phase showed little change from the patient perspective and only a slight increase in 2022 from industry [56;57].

In 2018 PFMD (Patient Focused Medicine Development) conducted a multi-stakeholder survey to identify/define priority patient engagement activities within each stage of the MDC: 94 unique activities were identified; the working group follow-up consultations are continuing (2019-2020) to support them by real case studies and develop respective recommendations [49].

Another recent approach explores delivering value to patients throughout the disease care continuum/individual experience living with a medical condition, which goes far beyond the medicine lifecycle and includes supportive services, materials, tools/resources, communication streams, public health and environmental/societal settings [24;25;31]. This has disproportionately been addressed by some types of patient support programmes (PSPs) or services (PSSs) at the post-authorisation stage, whilst such activities have not been classified and analysed in terms of functional accountability/responsibility, governance, compliance, format and other parameters.

Due to its operational specifics and well-established asset/product-oriented strategies, biopharmaceutical business has broadly been adopting the traditional approach, whilst there have been successfully implemented initiatives to address unmet patient needs throughout the care continuums [6;53]. It becomes obvious, that matrix-like combination of the two above mentioned approaches are considered as optimal by many biopharmaceutical companies and other healthcare stakeholders [18]. However, the published information regarding the patient-centric models/strategies that companies deploy is limited and mostly presented by separate case studies and real-life examples [35;53].

Although many conceptual frameworks and other guiding materials on patient centricity and engagement have been developed over the last decade, the main challenge remains that a solid/robust regulatory/legal framework to comprehensively model the collaboration between the industry and patients still does not exist. Nothing has been consolidated, agreed, validated, approved and therefore accepted as a healthcare-wide standard yet. National and above-national industry associations (ABPI, EFPIA, IFPMA) support industry efforts to work better with patients, community-based organisations and patient advocacy groups, but they do not provide clear engagement instructions, tangible criteria of success and KPIs [7;20;59]. Some important initiatives are underway now with the aim to provide more detailed recommendations for the industry; the NHC in close collaboration with the US FDA is developing the guidelines set on patient-focused drug development (PFDD) under the PDUVA VI Initiative [14;16;44], and the ongoing PFMD project has been mentioned above [49].

Taking the above presented factors, there is a need to review the existing patient engagement frameworks and conceptual models by evaluating the proposed elements (**part 1**) and their implementation potential/opportunity to be

adopted by the biopharmaceutical industry (**part 2**) in close collaboration with patient organisations and patients.

Objectives

- To conduct a literature search and broader resource analysis to identify and select frameworks, conceptual models or any relevant initiatives across the biopharmaceutical industry and/or healthcare systems which focus on performance management and success evaluation of patient centeredness;
- To comprehensively assess the selected conceptual models and frameworks proposed throughout the period of 2010-2019 against several criteria and conduct content-analysis of the proposed key elements: standards, attributes, criteria, KPIs and other impact indicators.

Methods

A literature search and content analysis of the existing frameworks, think-tanks and conceptual models was conducted in 2016-2018 as a part of the PFMD initiative with the focus on patient engagement, patient and community involvement in research, value and benefits for patients [9]. A broader search was conducted in several sources published or available since 2010 (PubMed, British Medical Journal, Social Media resources – LinkedIn and Facebook, corporate online resources, events and reports from the events, published materials and offline resources – research reports, white papers and public statements) to identify any frameworks or initiatives across the biopharmaceutical industry and/or healthcare systems that focus on performance management and success evaluation within patient centeredness. The keywords were patient centricity, patient centeredness, focus on the patient, measuring patient centricity, impact measurement, patient-centric approach, patient-centric indicators, patient-centric standards, patient-centric attributes and patient-centric criteria.

The selected conceptual models and frameworks were analysed against the following parameters: key characteristics, authorship (which stakeholders developed and proposed it, whether patient representatives were involved or not), targeted stakeholders, targeted medicine lifecycle stage or industry/healthcare operations, proposed criteria, standards, KPIs or other indicators. The outputs of this content analysis were consolidated in table 2 to ensure granularity for further assessments. Additionally, across the frameworks and conceptual models, content of proposed criteria, standards, KPIs or other indicators were analysed in terms of wording simplicity, elements' similarity and/or repetitiveness.

Results

Overall 192 results were found through the literature search using PubMed and BMJ Open, of which 16 were relevant or somewhat relevant to the subject (11 through PubMed and 5 through BMJ Open). 13 relevant and somewhat relevant resources were also identified through a broader search using online search engines (3), social media (1), known websites or cross-references (4), events (1), offline materials and other available resources (4). In total, 29 search results were

considered as a relevant or somewhat relevant to performance management and success evaluation within patient centeredness. All of them were checked with a particular focus on the available online resources using search engines and social media, and for 15 results such resources were found.

The 12 frameworks and conceptual models were selected as a result of holistic resources/results analysis. There have been a limited number of peer-reviewed publications on

patient-centeredness across healthcare and the pharmaceutical industry, which could reflect the implementation of the selected frameworks and conceptual models over the last 10 years (2010-2019), therefore the alternative resources were analysed, which yielded data about 8 frameworks or conceptual models. The basic characteristics of the analysed patient centricity frameworks and conceptual models are summarised in the [Tab. 1].

Table 1. Basic characteristics of the selected frameworks and conceptual models of patient centricity

Framework or conceptual model	Key characteristics	Targeted stakeholders	Targeted medicine lifecycle stage, industry/healthcare operation, if applicable	Proposed criteria, standards, KPIs or other indicators
PatientView (hereafter PatientView) [5]	Self-evaluation toolkit based on expectations from the industry expressed by patient organisations worldwide. The first edition of the toolkit was published in November 2017. 9 attributes contain key elements/questions to be assessed/answered. PatientView Consultancy uses the same attributes as criteria for the annual Corporate Reputation of the Pharmaceutical Industry survey	Biopharma industry	n/a	<ol style="list-style-type: none"> 1. Authenticity 2. Support and services 3. Transparency 4. Involvement in R&D 5. Quality product information 6. Patient Group relations 7. Patient safety 8. Equitable access 9. Valued products
PFMD (Patient Focused Medicine Development) meta-framework (hereafter PFMD) [9]	Meta-framework with unified quality criteria for evaluation of any patient engagement initiative driven by any stakeholder/stakeholders within medicine development and the value delivery continuums. 7 Quality criteria were substantiated with patient experts & advocates and broadly presented in the PE Quality Guidance (2018), then the best practice examples were illustrated in the Book of Good PE Practice (2018) [53]	Any stakeholder/ multi-stakeholder	<ul style="list-style-type: none"> • Discovery • Pre-clinical • Clinical development (phases I-III) • Approval • Post-approval surveillance and phase IV • Evidence communication 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shared purpose 2. Respect and accessibility 3. Representativeness of stakeholders 4. Roles and responsibilities 5. Capacity and capabilities for engagement 6. Transparency of communication and documentation 7. Continuity and sustainability
CTTI (Clinical Trial Transformation Initiative, hereafter CTTI) [8]	Set of recommendations to improve participation of patient organisations in the work of clinical trial sponsors (both the industry and academia),	Multi-stakeholder	<ul style="list-style-type: none"> • Discovery • Pre-clinical • Clinical development (phases I-III) 	The initiative recommends creation of a set of standard metrics to assess effectiveness of partnerships, however,

	which includes meaningful engagement of patients throughout all stages of the Medicine Development Continuum		<ul style="list-style-type: none"> • Approval • Post-approval surveillance and phase IV • Evidence communication 	the standards themselves aren't defined. The key recommendations are: <ul style="list-style-type: none"> • Early involvement • Comprehensiveness • Mutual transparency and confidentiality • Diversity and representativeness
NexGen/OxyGen (hereafter NextGen/OxyGen) patient centricity frameworks (Eyeforphrama 2017) [37]	In 2017 Eyeforpharma published the Practitioner's Guide on patient centricity frameworks. The ways to create an efficient patient centricity framework in a biopharma company as well as essential elements of patient centricity and their measurements were discussed. NexGen and OxyGen independent assessment systems were presented [37]	Biopharma industry	n/a	Key elements of the NexGen assessment industry-standard framework on patient centricity: <ol style="list-style-type: none"> 1. Innovation 2. Vision 3. Governance 4. Insights 5. Activities 6. Sharing 7. Evaluation OxyGen is a checklist to evaluate patient-centred care by pharma.
National Health Council (NHC) Framework (hereafter NHC) [32]	Recommendations of the multi-stakeholder working group including patients to reach a consensus on what it entails to meaningfully engage patients and identify key gaps and barriers in patient engagement across drug research, development and approval	Multi-stakeholder with action plans for: <ol style="list-style-type: none"> 1. Patients/Community 2. Industry 3. Academia 4. Regulators 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinical development (phases I-III) • Approval • Post-approval surveillance and phase IV • Evidence communication 	<ul style="list-style-type: none"> • Focus on meaningfulness and the related criteria/questions to assess engagement (What? Who? When? How? Expected impact? Actual Impact?) • Criteria of best practice examples of patient engagement
PFDD Conceptual Framework or M-CERSI (University of Maryland Centre of Excellence in Regulatory Science and Innovation; hereafter PFDD-M-CERSI) [55]	The Think Tank with participation of patient organisations , regulators (FDA), biopharmaceutical industry, payer and other stakeholders to analyse views, challenges, activities and aspirations for PFDD (Patient Focused Drug Development), as well as future direction and opportunity for collaboration. The Framework Supports FDA PFDD concept (PDUFA VI and 21st Century Cures Act)	Multi-stakeholder	<ul style="list-style-type: none"> • Discovery • Pre-clinical • Clinical development (phases I-III) • Approval • Post-approval surveillance and phase IV • Evidence communication 	Engagement level can be evaluated by the gradual criteria: <ul style="list-style-type: none"> • Patient role • Continuity • Meaningfulness • Representativeness • Temporality

<p>KINAPSE conceptual model for managing performance in patient centricity by pharma (hereafter KINAPSE) [30]</p>	<p>In 2015 Kinapse (Syneos Health now) developed the sets of external and internal patient value KPIs categories for pharma based on fundamental measurement approaches used to monitor patient benefit within healthcare, such as outcomes, patient experience, patient activation, process and volume. Kinapse highlights the key success factors to meet the requirements: understanding and stratification of the patient population; effective prioritisation and resource allocation; robust and compliant means of engagement; transparency and tailoring unmet patient needs</p>	<p>Biopharma industry</p>	<p>n/a</p>	<p>External KPI categories include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient outcomes (including patient activation) • Patient experience • Access and adherence (external process) <p>Internal KPI categories include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strategy • Capability • Process (internal)
<p>Patient Centred Outcomes Research Institute (PCORI) engagement rubric (hereafter PCORI) [40,41]</p>	<p>PCORI engagement principles are developed to illustrate and provide guidance around how input from patients and other stakeholders can be incorporated throughout the entire research process with the particular focus on study planning, conduct and dissemination</p>	<p>Multi-stakeholder</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-clinical • Clinical development (phases I-III) • Evidence communication 	<ul style="list-style-type: none"> • Reciprocal relationships • Co-learning • Transparency, honesty and trust • Partnerships throughout study planning, conduct and dissemination • Supported by real-world examples
<p>National Institute for Health Research (UK NIHR) INVOLVE (hereafter INVOLVE) [34]</p>	<p>INVOLVE – the UK-based community advisory group focused on public involvement in research. The group includes patient experts & advocates. There is the set of recommendations agreed by independent experts bringing together expertise, insights and experience to advance public involvement as an essential part of the process by which research is identified, prioritised, designed, conducted and disseminated. The six national standards for</p>	<p>Multi-stakeholder with the focus on the joint working between researches (vary), HCPs and public sector</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-clinical • Clinical development (phases I-III) • Approval • Post-approval surveillance and phase IV • Evidence communication 	<p>Key elements of co-producing a research project:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sharing of power • Reciprocity • Respecting and valuing the knowledge of all those working together on the research • Including all perspectives and skills • Building and maintaining relationships <p>Respectively, the standards are:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inclusive opportunities 2. Working together

	public involvement in research (2017) [ref standards] and the guidance on co-producing research project (2018) [ref guidance] were developed and based on the INVOLVE principles			<ol style="list-style-type: none"> 3. Support and learning 4. Communications 5. Impact 6. Governance
Perfetto et al, Framework (hereafter Perfetto) [43]	The value-driven framework examines the factors that may affect the pace of evidence adoption and application into routine clinical practice. Aday& Andersen and Rogers' framework/model of innovation diffusion and healthcare utilization were used as baselines [2;46]	Multi-stakeholder, segmented by sectors: <ul style="list-style-type: none"> •Public •Private •Academic 	<ul style="list-style-type: none"> • Post-approval surveillance and phase IV • Evidence communication 	<ul style="list-style-type: none"> • Validity, reliability and maturity of the science • Communication of the science • Applicability • Economic drivers • Integration into guidelines
FastCures Value Framework (hereafter FastCures) [15]	This value-based framework was developed by the think-tank to determine gaps in assessing value of treatment options and based on the 4 earlier established frameworks/ approaches within oncology (ASCO, ICER, MSK Drug Abacus and NCCN)	Multi-stakeholder	<ul style="list-style-type: none"> • Clinical development (phases I-III) • Post-approval surveillance and phase IV • Evidence communication 	5 domains of patient value and technical criteria: <ul style="list-style-type: none"> • Patient preferences • Patient-centred outcomes • Patient and Family costs • Quality and applicability of evidence • Usability and transparency
National Voices, UK (hereafter National Voices) [42;50]	This conceptual model has been adapted by the patient advocates from the Reputation Institute's Global Pharma RepTrak Domains summarising the key attributes of corporate reputation within the industry	Biopharma industry	n/a	<ul style="list-style-type: none"> • Products/services • Innovation (in partnership with patients) • Workplace • Citizenship (responsibility, ethics, transparency) • Leadership • Performance (perform well for all stakeholders)

The initial analysis of the selected frameworks and conceptual models demonstrated their significant diversity, heterogeneity and inconsistency in terms of the presented format, key characteristics, targeted stakeholders, targeted medicine lifecycle stage or industry/healthcare operations, proposed criteria, standards, KPIs or other key elements. Although, some frameworks or conceptual models have prototypes and development history based on key elements of other frameworks/models (PFMD and INVOLVE; FastCures and its predecessors: ASCO, ICER, MSK Drug Abacus and NCCN; Perfetto framework and Aday&Andersen and Rogers'

framework/model of innovation diffusion and healthcare utilization), they are not aligned and agreed between each other. This makes the task of consolidation, harmonisation and unification even more complex. On the other hand, further content-analysis of the proposed criteria, standards, KPIs or other indicators showed a certain similarity and repetitiveness of some elements in several frameworks and conceptual models, highlighting their comparable subject focuses and priorities [Tab. 2].

The biopharmaceutical industry has not solely developed any of the selected frameworks or conceptual

models, whilst industry representatives took part in the cross-sector think tanks and working groups under the multi-stakeholder, pre-competitive taskforces driven by external consultancies or independent consultants. Such input does not reflect the strategic and operational specifics of the industry with some exceptions for the R&D-focused frameworks (PFMD, PFDD-M-CERSI, CTTI and INVOLVE), where the industry is traditionally considered as a main sponsor alongside academic research institutions. 4 of the selected frameworks or conceptual models are targeted entirely to the biopharmaceutical industry (PatientView, NextGen/OxyGen, KINAPSE and National Voices), the other 8 are multi-stakeholder and open for collaboration with patients, patient organisations, HCPs, biopharmaceutical industry, academic research institutions, regulators, HTA agencies and other stakeholders. There is quite common segmentation by government, non-government (public) and private sectors within the selected frameworks and models. One value-based framework (Perfetto) includes the academic sector alongside public and private sectors.

The 8 of 12 analysed frameworks and conceptual models tend to consider specific phases of the medicine development continuum (MDC) or R&D operations with more or less detailed segmentation: discovery, pre-clinical development, clinical development (phases I-III), approval/authorisation, post-approval/surveillance and phase IV,

evidence communication. There is a common R&D-driven approach to define types and format of patient engagement activities, which has been enhanced by PFMD (Global) and PFDD (US) initiatives over the last years. Nevertheless, the 2 value-driven frameworks from this group (Perfetto and FastCures) operate with stages of “innovation’s diffusion and healthcare utilisation”, value delivery and care continuums for certain diseases. In comparison with a more traditional R&D-driven approach, there are less definitive and less unified approaches, which could be more applicable for dedicated diseases or therapeutic areas. The industry-oriented frameworks or conceptual models do not specify any product lifecycle phase, commercialisation stage or functional accountability, whilst the key elements of the 3 (PatientView, KINAPSE and Next Gen/OxyGen) are reflecting traditional corporate paradigms, strategic foundations and processes, such as, capabilities development, insights, vision, governance, activities, operations etc. PatientView framework consolidates the key groups of community expectations from the industry which require broader involvement of several corporate functions to ensure patient centredness, however, the functions are not specified and therefore tasked. The National Voices conceptual model introduces the original approach of patient centricity evolution from the stage of passive involvement to the stage of co-creation/co-development.

Table 2. Key elements cross-referenced and referenced within the selected frameworks and conceptual models

Key element	Variations/similar elements	Number of references	Frameworks or conceptual models
ATTRIBUTABLE ELEMENTS			
Transparency	Transparency of communication and documentation; Mutual transparency and confidentiality; Transparency, honesty and trust; citizenship (including transparency); communication of the science; communication; usability and transparency	8 of 12	PatientView, PFMD, CTTI, PCORI, National Voices, Perfetto, INVOLVE, FastCures
Reciprocity	Reciprocal relationships; shared purpose; sharing; performance (perform well for all stakeholders)	5 of 12	INVOLVE, PCORI, PFMD, NexGen/OxyGen, National Voices
Diversity and representativeness	Representativeness of stakeholders; inclusive opportunities	4 of 12	PFMD, CTTI, PFDD-M-CERSI, INVOLVE
Capacity and capabilities for engagement	Capability; including all perspectives and skills; co-learning	4 of 12	PFMD, KINAPSE, INVOLVE, PCORI
Meaningfulness	Impact	3 of 12	PFDD-M-CERSI, NHC, INVOLVE
Roles and responsibilities	Patient role; citizenship (including responsibility)	3 of 12	PFMD, PFDD-M-CERSI, National Voices
Continuity and sustainability	Continuity	2 of 12	PFMD, PFDD-M-CERSI
Comprehensiveness	Partnership throughout study planning, conduct and dissemination	2 of 12	CTTI, PCORI
Co-leadership	Sharing of power; co-working, cooperation, co-creation	2 of 12	National Voices, INVOLVE
Authenticity	Citizenship (including ethics)	2 of 12	PatientView, National Voices

Respect and accessibility	Respecting and valuing the knowledge of all those working together on the research	2 of 12	PFMD, INVOLVE
INFRASTRUCTURAL AND PROCEDURAL ELEMENTS			
Valued products and quality product information	Quality and applicability of evidence; validity, reliability and maturity of the science; applicability and integration into guidelines	3 of 12	PatientView, FastCures, Perfetto
Governance	The same element	2 of 12	INVOLVE, NextGen/OxyGen
Innovation	Innovation (in partnership with patients)	2 of 12	NexGen/OxyGen, National Voices
Patient-Centred Outcomes	Patient outcomes (including patient activation)	2 of 12	KINAPSE, FastCures
Equitable Access	Access and adherence (external process)	2 of 12	PatientView, KINAPSE
Support and services	Support and learning	2 of 12	PatientView, INVOLVE
Working together	Patient Group Relations; Building and maintaining relationships	2 of 12	INVOLVE, PatientView
Involvement in R&D	Early involvement	2 of 12	PatientView, CTTI
Best practice examples	Real world examples	2 of 12	NHC, PCORI
Economic drivers	Patient and family costs	2 of 12	Perfetto, FastCures
Patient safety	No similar elements	1 of 12	PatientView
Vision	No similar elements	1 of 12	NexGen/OxyGen
Insights	No similar elements	1 of 12	NexGen/OxyGen
Activities	No similar elements	1 of 12	NexGen/OxyGen
Evaluation	No similar elements	1 of 12	NexGen/OxyGen
Strategy	No similar elements	1 of 12	KINAPSE
Patient experience	No similar elements	1 of 12	KINAPSE
Process (internal)	No similar elements	1 of 12	KINAPSE
Patient preferences	No similar elements	1 of 12	FastCures

The deeper content analysis of the selected frameworks and conceptual models allowed the authors to categorise the key proposed elements by two groups: the group of attributable elements, which refers to desirable/expected attributes of good patient engagement and group of infrastructural/procedural elements, which includes elements regarding “ways of working”. The 30 key elements were categorised, in total: 11 – within the group of attributable elements where the similar elements were identified from other frameworks or conceptual models, and 19 – within the group of infrastructural/procedural elements, in which 9 elements were not identified in other frameworks or conceptual models (10 elements were identified in the frameworks/conceptual models). Some elements were not categorised due to unclear meaning, absent definition or other reasons: temporality (PFDD-M-CERSI); citizenship (National Voices) – because of the proposed sub-elements of “Citizenship” are relevant to 3 other key elements; products/services and workplace – due to unclear connotation (National Voices). The proposed categorisation by groups could be useful for further reviews, prioritisation, summarisation and substantiation of patient-centricity standards within the biopharmaceutical industry.

In the group of attributable elements, the element of transparency (with some variations and connotations) had the highest number of references in several frameworks or conceptual models. Other five elements – reciprocity, diversity

and representativeness, capacity and capabilities for engagement, meaningfulness, roles and responsibilities – have more than two references across the selected frameworks and conceptual models. The five attributable elements (continuity and sustainability, comprehensiveness, co-leadership, authenticity, respect and accessibility) had two references, which can also demonstrate some similarity between the frameworks.

In the group of infrastructural/procedural elements, only both elements of the PatientView framework – valued products and quality product information have the highest number of references and similar connotations across several frameworks and conceptual models (3 references). Some similarity between the frameworks has also been demonstrated for the other 9 elements – governance, innovation, patient-centred outcomes, equitable access, support and services, working together, involvement in R&D, best practice examples and economic drivers (at least 2 references). Whilst for other elements, such as patient safety, vision, insights, activities, evaluation, strategy, patient experience, process (internal) and patient preferences – similar elements or relevant references were not identified within the selected frameworks and conceptual models. Notably, those infrastructural/procedural elements were presented by value-based (FastCures) or the industry-targeted frameworks (PatientView, KINAPSE, NextGen/OxyGen), which reflects their more specialised focus.

Discussion

Conclusions

Although the conducted content analysis has demonstrated some level of similarity of all attributable and a number of the infrastructural/procedural key elements, each conceptual model/framework considers certain aspects of patient engagement across healthcare and the biopharmaceutical industry, which differs from others. There is no consistent, unified methodology to evaluate the success of patient engagement and measure patient centrality within a given organisation. The proposed key elements, such as standards, KPIs, attributes and other indicators cannot be compared to or assessed against the widely accepted standards or generic indicators, because of their absence, no benchmarking precedence or consolidation efforts in the past and high level of heterogeneity. Some frameworks and conceptual models have proposed the highest number of key elements with cross-referencing (the top-7 with 3 or more references are: transparency, reciprocity, diversity and representativeness, capacity and capabilities for engagement, meaningfulness, roles and responsibilities, valued products and quality product information): PFMD, INVOLVE, PatientView and PFDD-M-CERSI. Other frameworks and conceptual models, predominantly industry-oriented, proposed more infrastructural/procedural elements (patient safety, vision, insights, activities, evaluation, strategy, patient experience, process, patient preferences) with lower level of cross-referencing and higher heterogeneity, but they also should be taken into consideration.

Although the authors understand the limitations of this research (limited data available, absence of a robust methodology to evaluate patient centrality across the industry, underrepresented patient perspective in the analysed/existing frameworks and conceptual models, absence of widely accepted prototypes to compare the proposed key elements, inconsistency and heterogeneity of the considered attributable and infrastructural/procedural key elements, which have not been validated and piloted), this is a first attempt to categorise and analyse the frameworks and conceptual models of patient centrality developed over the last decade.

Overall, the selected and analysed frameworks/conceptual models can be considered as valuable pillars for co-development of industry-wide patient-centric standards and KPIs together with patient communities. The separate key elements have much higher cross-referencing within the analysed frameworks/conceptual models, such as diversity and representativeness, reciprocity, transparency, capacity and capabilities for engagement, meaningfulness, roles and responsibilities (attributable elements), valued products and quality product information (infrastructural/procedural element) they should be taken as basic standards of patient centrality for industry functions, business units and local affiliates. Other elements, even with lower cross-referencing should also be taken into consideration, especially the infrastructural/procedural elements that are more specific for the industry.

These findings and interim milestones should be the subject for further research and publications, in particular with the focus on piloting, validation and broader adoption of certain patient-centric standards, impact indicators and/or KPIs across the several organisations of biopharmaceutical industry.

References

1. Abelson J (Editorial). Patient engagement in health technology assessment: what constitutes 'meaningful' and how we might get there. *Journal of Health Services Research & Policy*; 2018; 0(0) 1–3.
2. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*; 1974 Fall; 9(3): 208–220.
3. Address to the Medical College of Virginia, Richmond (1 Dec 1950). Quoted in James C. Colling and Jerry I. Porras, *Built to Last* (1994, 1997), 48.
4. AIDS info: offering information on HIV/AIDS treatment, prevention and research; Access mode: <https://aidsinfo.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets>
5. Being Patient-Centric: An evidence-based self-evaluation toolkit for pharma...as recommended by patient groups. PatientView; November 2017.
6. Boutin M, Dewulf L, Hoos A, et al. Culture and process change as a priority for patient engagement in medicines development. *Ther Innov Regul Sci* 2017; 51:29–38.
7. Code of practice 2019. IFPMA; Access mode: https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2018/09/IFPMA_Code_of_Practice_2019.pdf.
8. CTTI Clinical Trial Transformation Initiative. CTTI recommendations: effective engagement with patient groups around clinical trials, October 2015. Access mode: <https://www.ctti-clinicaltrials.org/files/pgctrecs.pdf>.
9. Deane K, Delbecq L, Gorbenko O, et al. Co-creation of patient engagement quality guidance for medicines development: an international multi-stakeholder initiative. *BMJ Innovation* 2019; 0:1–13.
10. Dewulf L. Patient Engagement by Pharma – Why and How? A Framework for Compliant Patient Engagement. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*. 2015; 49 (1):9–16.

11. Di Masi JA, Grabowski, Hansen RW. Innovation in the pharmaceutical industry: New estimates of R&D costs; *J Health Econ.* 2016 May; 47:20-33.
12. Du Plessis D, Sake J-K, Halling K, et al. Patient Centricity and Pharmaceutical Companies: Is It Feasible? *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*, 2017:1-8.
13. Enhancing productivity in biopharmaceutical R&D. Kinapse White Paper, 2018. Access mode: <https://kinapse.com/wp-content/uploads/2018/06/Kinapse-Enhancing-productivity-in-RD.pdf?aliId=eyJpIjoiaMFETHNjTVhWUtUb1dxMSIsInQiOiJaMIBoMW1QN0dxTFYwM0Uwcng5QkJRPT0ifQ%253D%253D>
14. FastCures, Enhancing Integration of Patient Perspective Data in the Drug Development Process, Proposal for PDUFA VI [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.nationalhealthcouncil.org/sites/default/files/FasterCures-PDUFA-Comment-Letter-FDA.pdf>.
15. FasterCures Value Framework: Integrating the Patient Perspective into the Development of Value Frameworks, March 2016. Access mode: <http://www.fastercures.org/reports/view/56>.
16. FDA Patient-Focused Drug Development Guidance Series for Enhancing the Incorporation of the Patient's Voice in Medical Product Development and Regulatory Decision Making; Access mode: <https://www.fda.gov/drugs/development-approval-process-drugs/fda-patient-focused-drug-development-guidance-series-enhancing-incorporation-patients-voice-medical> Assessed June 2019.
17. Gemeinsamer Bundesausschuss. The patient participation and the leading organizations, 2019 (<https://patientenvertretung.g-ba.de/en/>).
18. Gorbenko OV. Beyond the rhetoric and traditional advocacy: Walking the patient-centric talk to deliver meaningful change. Oral presentation at the Patient Summit Europe 2018, 16 October, London; <https://eyeforpharma.com/conference-material/patient2018.php>.
19. Gorbenko OV. The role of patients and community representatives in value-based assessment of health technologies and respective decision-making processes within healthcare. *Economy and legislation of health care* 2(4) 2016; 10-23.
20. Health Collaboration Guide 2017. EFPIA; Access mode: https://www.efpia.eu/media/288506/efpia-health-collaboration-guide_2017_v13.pdf.
21. Health Information and Quality Authority. Guidelines for Stakeholder Engagement in Health Technology Assessment in Ireland, 2014 (<https://www.hiqa.ie/system/files/HTA-Guidelines-Stakeholder-Engagement.pdf>).
22. Hoos A, Anderson J, Boutin M, et al. Partnering With Patients in the Development and Lifecycle of Medicines: A Call for Action. *Ther Innov Regul Sci.* 2015 Nov;49(6):929-939.
23. Houses of Parliament. The Parliamentary Office of Science and Technology, POST note #487 January 2015 Value Based Assessment of Drugs [Electronic resource]. – Access mode: www.parliament.uk/post.
24. International Advisory Panel on HIV Care Continuum Optimization. IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care* 2015; 14(Supplement 1) S3–S34.
25. Lasarus JV, Saffreed-Harmon K, Barton SE, et al. Beyond viral suppression of HIV – the new quality of life frontier. *BMC Med.* 2016 Jun 22;14(1):94.
26. Leading Strategies for Effective Patient Recruitment and Retention. Principles, Priorities, and Plans for Life Science Organisations. Kinapse White paper 2018; Access mode: <https://info.kinapse.com/effective-patient-retention.html>.
27. Levitan B, Getz K, Eisenstein E, et al. Assessing the Financial Value of Patient Engagement: A Quantitative Approach from CTTI's Patient Groups and Clinical Trials Project. *Ther Innov Regul Sci.* 2018 Mar;52(2):220-229.
28. Lobban D, Arnstein L, Wadsworth AC, et al. Plain language summaries of publications: Addressing the HOW via a stakeholder survey and workshop. Poster presentation at the 15th Annual Meeting of ISMPP; April 15-17, 2019; National Harbor, MD, USA.
29. Lowe MM, Blaser DA, Cone L et al. Increasing Patient Involvement in Drug Development; *Value in Health*, 2016, V.19; 6: 869-878.
30. Managing Performance in Patient Centricity. Making the link between value for patients and value for the pharmaceutical industry. A Kinapse white paper; 2015: <https://info.kinapse.com/patient-centricity.html>.
31. Marcotullio S, Osorio D, Martini M, et al. Challenges in understanding the health-related quality of life of people living with HIV: a 4th 90 measure in Italy. *Journal of HIV and Ageing*; 2018;V.3 (3):57-61.
32. National Health Council (NHC) Framework Dialogue / Advancing Meaningful Patient Engagement in Research, Development, and Review of Drugs, September 22, 2015. Access mode: <http://www.nationalhealthcouncil.org/sites/default/files/PatientEngagement-WhitePaper.pdf>.
33. National Institute for Health and Care Excellence. Guide to the methods of technology appraisal, 2013 (<https://www.nice.org.uk/process/pmg9/resources/guide-to-the-methods-of-technologyappraisal-2013-pdf-2007975843781>)
34. National Standards for Public Involvement in Research. Multi-stakeholder group: INVOLVE, National Institute for Health Research, 2017; Access mode: <https://sites.google.com/nih.ac.uk/pi-standards/home>.
35. Opportunities for efficiency in R&D; KPMG public document; 2017 (<https://home.kpmg/uk/en/home/insights/2017/09/opportunities-for-efficiency-in-r-and-d.html> accessed 12 Feb 2019).

36. Opposites attract: pairing R&D and Commercial teams. Executive Insight public doc; May 05, 2015: <https://www.executiveinsight.ch/en/insights/opposites-attract-pairing-rd-and-commercial-teams>.
37. Patient Centricity Frameworks. A practitioner's guide; Eyeforpharma, December 2017.
38. Patient Input in Relative Effectiveness Assessments, The European Network for Health Technology Assessment, June 14th 2019, (https://www.eunetha.eu/wp-content/uploads/2019/06/Final_290519_Patient-Input-in-REAs.pdf).
39. Patient-centric pharma: Advancing the new business model; A First Word Expert Views Dossier Report; October 2016.
40. PCORI Funded Projects: Sample Engagement Plans From Methods Portfolio, August 6, 2014. Access mode: <http://www.pcori.org/sites/default/files/PCORI-Sample-Methods-Engagement-Plans.pdf>.
41. PCORI Patient Engagement Rubric Engagement Rubric for Applicants, Feb 4, 2014 (updated June 6, 2016). Access mode: <http://www.pcori.org/sites/default/files/Engagement-Rubric.pdf>.
42. People and Communities Board. Six principles for engaging people and communities: Definitions, evaluation and measurement. Published by the People and Communities Board, with support from National Voices, UK; June 2016; Access mode: https://www.nationalvoices.org.uk/sites/default/files/public/publications/six_principles_-_definitions_evaluation_and_measurement_-_web_high_res_0_1.pdf.
43. Peretto et al. Framework: When is evidence sufficient for decision-making? A framework for understanding the pace of evidence adoption, in Journal of Comparative Effectiveness Research, July 2013, Vol. 2, No. 4, Pages 383-391. Access mode: <http://www.futuremedicine.com/doi/pdfplus/10.2217/ce.13.39>.
44. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Health* (2011) 38:65–76.
45. Pushparajah DS. Making Patient Engagement a Reality. *The Patient – Patient-Centered Outcomes Research*, 2017, 11(1), 1–8. doi:10.1007/s40271-017-0264-6.
46. Rogers, E. Diffusion of Innovations. (4th ed.); 1995. New York, NY: The Free Press.
47. Scott AM, Wale JL; HTAi Patient and Citizen Involvement in HTA Interest Group, Patient Involvement and Education Working Group. Patient advocate perspectives on involvement in HTA: an international snapshot. *Res Involv Engagem*. 2017;3:2. Published 2017 Jan 10. doi:10.1186/s40900-016-0052-9.
48. Scottish Medicines Consortium. Making a submission, 2017 (<https://www.scottishmedicines.org.uk/media/2792/patient-group-partner-guide.pdf>).
49. Skovlund SE, Gorbenko OV, Richards DP, et al. What are the priority patient engagement activities in medicines development? Results of a global multi-stakeholder consultation. PNS249 Research Poster J12, ISPOR, New Orleans, Louisiana, US; 19-22 May 2019.
50. Taylor J. Oral presentation at the Patient Summit Europe 2018, session “Discover the organisational blueprint for scaling patient centricity” / Being Patient-Centric: A National Voices Perspective; 16 October, London; [https://s3.amazonaws.com/efpharma/patient2018/slides/D2-26+\(b\)+Jeremy.pdf](https://s3.amazonaws.com/efpharma/patient2018/slides/D2-26+(b)+Jeremy.pdf).
51. The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Providing Input to CADTH, 2019 (<https://www.cadth.ca/provide-input>).
52. The French National Authority for Health. Develop quality in the health, social and medico-social field, 2019 (https://www.has-sante.fr/jcms/c_2891593/fr/conseil-pour-l-engagement-des-usagers; https://www.has-sante.fr/jcms/c_415958/en/mission-and-budget).
53. The PFMD Book of Good Practices. May 2018; Patient Focused Medicines Development www.PatientFocusedMedicine.org.
54. Toledo-Chávarri A, Perestelo-Pérez L, Álvarez-Pérez Y, Abt-Sacks A, Santoro Domingo P, Villalón D, et al. Participación de los pacientes en la Evaluación de Tecnologías Sanitarias: manual metodológico. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud, 2016.
55. University of Maryland M-CERSI Framework. Assessing meaningful patient engagement in drug development: a definition, framework, and rubric, March 2015. Access mode: <http://www.pharmacy.umaryland.edu/media/SOP/wwwpharmacyumarylandedu/centers/cersievents/pfdd/mcersi-pfdd-framework-rubric.pdf>.
56. Williams M. An analysis of the impact and barriers to patient engagement from the perspective of patient associations and pharma companies; Poster presentation at the 9th European Conference on Rare Diseases & Orphan Products, 10th-12th May 2018, Vienna; Access mode: (http://download2.eurordis.org.s3.amazonaws.com/ecrd/ECRD_2018/Poster%20PDFs/theme%208/P211.pdf).
57. Williams M. Working together towards a collaborative future: Patient engagement from pharma and patient associations perspectives; Oral presentation at the 27th EURORDIS Round Table of Companies Workshop; 16th October 2018, Barcelona; Access mode: (<https://www.eurordis.org/publication/27th-eurordis-round-table-companies-workshop>).
58. Woolley K, et al. Elevate Magazine. MAPS 2018; Access mode: <https://maps.instantmagazine.com/publications/elevate-magazine/patient-involvement-in-publications> . Accessed April 16, 2019.
59. Working with patients and patient organisations. A sourcebook for industry. Version 1 – June 2019. The Association of the British Pharmaceutical Industry, 2019.

60. Yeoman G, Furlong P, Seres M, et al. Defining patient centricity with patients for patients and caregivers: a collaborative endeavour. *BMJ Innovation* (published online ahead of print March 24, 2017). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjinnov-2016-000157>.

61. Zangi HA, Ndosu M, Adams J, et al. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Diseases* 2015; 74:954–962.

Дата надходження рукопису до редакції: 08.08.2019 р.

The biopharmaceutical industry is still on the path to patient centricity, in which a key challenge is to establish new ways of working, key performance indicators and operational models. There is currently no unified approach to measuring the success of patient engagement and patient centricity across the industry.

Methods. A literature search and broader resource analysis was conducted to identify and select frameworks, conceptual models and other relevant initiatives across the biopharmaceutical industry and healthcare systems focused on performance management and success evaluation within patient centeredness, over the period of 2010-2019. The selected resources were initially assessed against their key characteristics, targeted stakeholders, medicine lifecycle stage and proposed key elements (standards, attributes, criteria, KPIs and other indicators). Following, a deep content-analysis of the key elements was conducted, in which the key elements were categorised based on being attributable or infrastructural/procedural.

Results. 192 results were found through the literature search and 13 from the broader resource analysis. 12 frameworks and conceptual models were identified and selected as relevant; 4 targeted to the industry and 8 targeted to several stakeholders, including industry. Analysis of the selected frameworks/conceptual models demonstrated their significant diversity, heterogeneity and inconsistency in terms of their presented format, purpose, key objectives, targeted medicine lifecycle stage or industry/healthcare operations and proposed key elements. Categorisation of the 30 key elements led to 11 as attributable elements and 19 as infrastructural/procedural elements. Certain key elements featured higher cross-referencing within the analysed frameworks/conceptual models: diversity and representativeness, reciprocity, transparency, capacity and capabilities for engagement, meaningfulness, roles and responsibilities (attributable elements), valued products and quality product information (infrastructural/procedural element).

Conclusions. There is a first attempt to categorise and analyse the frameworks and conceptual models of patient centricity developed over the last decade. These findings should be the subject for further research and publications, in particular with the focus on piloting, validation and broader adoption of certain patient-centric standards, impact indicators and/or KPIs across the several organisations of biopharmaceutical industry.

Біофармацевтична індустрія наразі знаходиться на шляху до пацієнт-орієнтованості, де в якості основних перешкод залишаються запровадження шляхів роботи, ключових індикаторів виконання завдань і операційних моделей. На сьогоднішній день не існує будь-яких уніфікованих галузевих підходів до визначення успіху взаємодії представників галузі з пацієнтами і пацієнт-орієнтованості в цілому.

Методи. Був проведений літературний пошук і всебічний аналіз ресурсної бази за період 2010-2019 років для визначення і селекції рамкових платформ, концептуальних моделей та інших дотичних ініціатив у біофармацевтичній галузі та системах охорони здоров'я, що були спрямовані на визначення ефективності та оцінку критеріїв успіху пацієнт-орієнтованості. Вибрані ресурси були в першу чергу характеризовані на предмет цільових груп, цільових стадій розвитку/еволюційний фаз продукту та запропонованих основних елементів (стандартів, атрибутів, критеріїв, ключових індикаторів виконання завдань та інших показників). Після цього був проведений глибинний контент-аналіз цих елементів, на основі якого вони були категоризовані як атрибутивні або інфраструктурні/процедурні.

Результати. 192 результати було знайдено в результаті літературного пошуку і 13 результатів було знайдено в результаті ширшого аналізу наявних ресурсів. 12 рамкових платформ та концептуальних моделей було ідентифіковано та обрано як дотичні до тематики дослідження; 4 – з виключним фокусом на біофармацевтичну галузь і 8 – з фокусом на різних операторів охорони здоров'я, включаючи біофармацевтичну галузь. Проведений аналіз рамкових платформ і концептуальних моделей показав їх істотну відмінність між собою, неоднорідність і невідповідність з огляду на формат, цілі, основні завдання, цільові фази розвитку/еволюції продукту або операційного менеджменту, а також запропоновані основні елементи. Категоризація 30 основних елементів дозволила виділити 11 як атрибутивні та 19 як інфраструктурні/процедурні елементи. Певні елементи характеризувались більшою повторюваністю у платформах і моделях, як от: відмінність і репрезентативність, обопільність, прозорість, можливості та ресурсність для роботи з пацієнтами, значимість, ролі і відповідальність (атрибутивні елементи), цінність продукту і якісна інформація щодо продукту (інфраструктурний/процедурний елемент).

Висновки. Наразі це перша спроба категоризації та аналізу рамкових платформ та концептуальних моделей пацієнт-орієнтованості, що були розроблені протягом останніх 10 років. Ці результати мають бути суб'єктом подальших досліджень і публікацій, зокрема у частині пілотування, валідації та ширшого впровадження певних стандартів, індикаторів впливу та/або ключових індикаторів виконання завдань щодо пацієнт-орієнтованості з боку різних організацій біофармацевтичної галузі.

В данное время биофармацевтическая индустрия находится на пути к пациент-ориентированности, где в качестве основных преград остаются внедрение путей работы, ключевых индикаторов выполнения заданий и операционных моделей. На сегодня не существует каких-либо унифицированных отраслевых подходов к определению успеха взаимодействия представителей отрасли с пациентами и пациент-ориентированности в целом.

Методы. Был проведен литературный поиск и всесторонний анализ ресурсной базы за период 2010-2019 годов для определения и селекции рамочных платформ, концептуальных моделей и других релевантных инициатив в биофармацевтической отрасли и системах здравоохранения, которые были направлены на определение эффективности и оценку критериев успеха пациент-ориентированности. Выбранные ресурсы были в первую очередь охарактеризованы на предмет целевых групп, целевых стадий развития/эволюционных фаз продукта и предложенных основных элементов (стандартов, атрибутов, критериев, ключевых индикаторов выполнения заданий и прочих показателей). После этого был проведен глубинный контент-анализ данных элементов, на основании чего они были категоризированы на атрибутивные и инфраструктурные/процедурные.

Результаты. 192 результата было найдено в ходе литературного поиска и 13 результатов было найдено в ходе более расширенного анализа существующих ресурсов. 12 рамочных платформ и концептуальных моделей были идентифицированы и выбраны как относящиеся к тематике исследования; 4 – с исключительным фокусом на биофармацевтическую отрасль и 8 – с фокусом на различных операторов здравоохранения, включая биофармацевтическую отрасль. Проведенный анализ рамочных платформ и концептуальных моделей показал их существенное различие между собой, неоднородность и несоответствие с точки зрения формата, цели, основных заданий, целевых фаз развития/эволюции продукта и операционного менеджмента, а также предложенных основных элементов. Категоризация 30 основных элементов позволила выделить 11 в качестве атрибутивных и 19 в качестве инфраструктурных/процедурных. Определенные элементы характеризовались большей степенью повторяемости в платформах и моделях, а именно: разнородность и репрезентативность, обоюдность, прозрачность, возможности и ресурсность для работы с пациентами, значимость, роли и ответственность (атрибутивные элементы), ценность продукта и качественная информация в отношении продукта (инфраструктурный/процедурный элемент).

Выводы. На данный момент это первая попытка категоризации и анализа рамочных платформ и концептуальных моделей пациент-ориентированности, которые были разработаны на протяжении последних 10 лет. Эти результаты должны стать субъектом дальнейших исследований и публикаций, особенно в аспекте пилотирования, валидации и более широкого внедрения определенных стандартов, индикаторов влияния и/или основных индикаторов выполнения заданий в отношении пациент-ориентированности со стороны разных организаций биофармацевтической отрасли.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Відомості про авторів

Gorbenko Oleksandr – MD, PhD, Global Director, Patient Affairs, ViiV Healthcare, TW8 9GS, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex, United Kingdom.
algostand@gmail.com.

Williams Merlin – MSc, Senior Consultant, Executive Insight Healthcare Consultants AG, Baar, Switzerland.
m.williams@executiveinsight.ch.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201457
УДК 613.955(477.87)

Рогач І.М., Микита Х.І., Палко А.І., Пішковці А.-М.М.

Структура захворюваності підлітків (15–17 років) м. Ужгорода та Закарпатської області в динаміці упродовж 2014–2018 років

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

ivan.rogach@uzhnu.edu.ua, mikitachristina@gmail.com, palko.alice@gmail.com, anna-mariia.pishkovtsi@uzhnu.edu.ua

Рогач І.М., Микита Х.І., Палко А.І., Пішковці А.-М.М.
Структура захворюваності підлітків (15-17 років)
г. Ужгорода та Закарпатської області
в динаміці за 2014-2018 роки
ГБУЗ «Ужгородський національний університет»,
г. Ужгород, Україна

Rohach I.M., Mykyta Ch.I., Palko A.I., Pishkovtsi A.-M.M.
Structure of the incidence of adolescents (15-17 years)
of Uzhhorod and Transcarpathian region
in dynamics during 2014-2018
SHEI “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Вступ

Серед найважливіших цінностей всіх народів особливе місце відводиться здоров'ю людей. Здоров'я нації визначається станом здоров'я її дітей. Численні дослідження показують, що порушення рівня здоров'я дорослих потрібно шукати в їхньому дитинстві. Здоров'я дітей є інтегральним показником загального благополуччя суспільства [1–11].

В останні десятиліття спостерігається підвищення рівня захворюваності окремих органів і систем у всіх вікових категоріях дітей. Цьому сприяє зростання інтенсивного впливу на здоров'я дітей і підлітків екологічних та медико-соціальних факторів ризику, погіршення харчування, зниження ефективності профілактичних заходів, високий темп і ритм життя, модернізація навчального процесу, інформаційне перевантаження, збільшення гострої респіраторної захворюваності та відповідно пропусків занять, незадовільні санітарно-гігієнічні умови навчання, нерациональне навчальне навантаження, недосконалість медичного спостереження за дітьми, практичну відсутність системи психолого-педагогічної підтримки школярів при наявності значної кількості стресових ситуацій, значний дефіцит ефективних освітніх програм, спрямованих на формування у дітей культури здоров'я тощо [1,2,7,9–11].

Спостерігається зростання серед дітей та підлітків гострих і хронічних захворювань, синдрому дезадаптації, вроджених вад розвитку, морфофункціональних відхилень, розлади психіки та поведінки, зростає число інвалідів і зменшується кількість здорових дітей. Серед підлітків шкільного віку зростає поширеність усіх захворювань, але перші місця займають хвороби системи дихання, травлення, кістково-м'язової та сечостатевої системи, а також хвороби ока та придаткового апарату і нервово-психічні розлади. Особливо збільшується кількість захворювань у дітей, які навчаються у гімназіях, ліцеях, коледжах, що пов'язано з

ускладненням навчальної програми, внаслідок чого діти перебувають у стресових умовах, у стані постійного напруження та навіть перенапруження, що є вже преморбідним станом [2,5,6,8,10].

Мета роботи – вивчити стан здоров'я підлітків м. Ужгорода та Закарпатської області в динаміці упродовж 2014-2018 років.

Матеріали та методи

Проаналізований статистичний матеріал Інформаційно-аналітичного центру Закарпатської області щодо захворюваності підлітків м. Ужгорода та Закарпатської області в динаміці упродовж 2014-2018 років. Отримані матеріали оброблені статистичним методом за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel.

Результати дослідження та їх обговорення

На основі аналізу статистичного матеріалу щодо захворюваності підлітків м. Ужгорода в динаміці 2014-2018 років встановлено, що найвища захворюваність спостерігається у 2017 році і складає 116,7%; по області – 1448,9%; найнижча – у 2014 році (83,2%); по області – 1357,3% (таблиця).

У структурі захворюваності серед підлітків м. Ужгорода в динаміці упродовж 2014-2018 років основне місце займають хвороби шкіри та підшкірної клітковини (25,32%; 23,58%, 25,86%, 39,71% і 41,01% відповідно), у той же час як по області ці захворювання упродовж досліджуваних років займають значно нижчий відсоток – 4,11%; 4,89%; 4,95%; 5,94% і 6,07% відповідно (рис. 1). Серед цих захворювань найбільший відсоток складають у м. Ужгород упродовж досліджуваних років контактні дерматити (25,54%; 11,31%; 7,07%; 7,93% і 16,64% відповідно); по області – інфекції шкіри та підшкірної

клітковини (28,77%; 27,98%; 24,45%; 21,24% і 24,22% відповідно).

Новоутворення серед підлітків м. Ужгорода упродовж досліджуваних 2014-2018 років посідають друге місце в структурі захворюваності, збільшуючись від

12,94% у 2014 році до 31,08% у 2017 році, і знижуються більше, ніж у 4 рази у 2018 році (7,69%). По області новоутворення серед підлітків за досліджувані роки займають незначний відсоток (1,10%; 1,15%; 1,44%; 1,50% і 1,01% відповідно) (рис. 2).

Таблиця. Захворюваність підлітків (15–17 років) м. Ужгорода та Закарпатської області в динаміці упродовж 2014–2018 рр. (%)

Адміністративна одиниця	Рік				
	2014	2015	2016	2017	2018
м. Ужгород	83,21	101,14	97,94	116,73	112,05
Область	1357,29	1389,43	1419,53	1448,99	1466,02

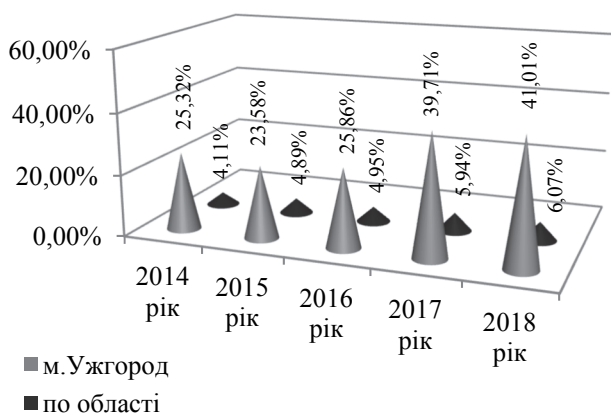


Рис. 1. Питова вага хвороб шкіри та підшкірної клітковини серед підлітків м. Ужгорода упродовж 2014-2018 рр. (%)

Хвороби ока та придаткового апарату посідають значний відсоток у структурі захворюваності серед підлітків м. Ужгорода упродовж досліджуваних років, займаючи найбільший відсоток у 2014 році (12,65%), незначно знижуються у динаміці наступних трьох років, і дещо підвищуються у 2018 році до 11,88%. По області вище приведені захворювання упродовж перших трьох досліджуваних років майже не змінюються, займаючи 7,85%; 7,89% і 7,69% відповідно, потім дещо підвищуються упродовж наступних 2017-2018 років до 8,09% і 8,15% відповідно (рис. 3). У самій групі цих захворювань найбільший відсоток у м. Ужгород займають міопія, а саме, короткозорість упродовж досліджуваних років (72,93%; 76,88%; 80,46%; 75,89% і 75,68% відповідно), і найчастіше ними хворіли дівчатка у 2014-2018 роках (60,73%; 57,02%; 54,05%; 53,88% і 53,39% відповідно); по області ці захворювання в динаміці досліджуваних років займають значно нижчий відсоток (33,01%; 32,83%; 34,31%; 31,40% і 33,89% відповідно), і найчастіше ними хворіли також дівчатка (55,79%; 54,83%; 56,06%; 54,19% і 54,26% відповідно).

Уроджені аномалії займають значну питому вагу в структурі захворюваності серед підлітків м. Ужгорода упродовж 2014-2018 років, знижуючись в динаміці від 12,40% у 2014 році до 7,21% у 2017 році і знову підвищуються до 10,16% у 2018 році; по області ці

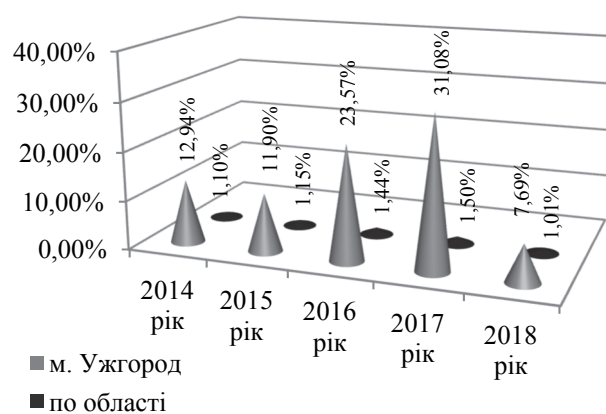


Рис. 2. Питова вага новоутворень серед підлітків м. Ужгорода упродовж 2014-2018 рр. (%)

захворювання майже не змінюються в динаміці, складаючи незначний відсоток (1,33%; 1,33%; 1,46%; 1,43% і 1,49% відповідно) – рис. 4.

На високому рівні серед підлітків м. Ужгорода знаходяться хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин, які мають тенденцію до збільшення з 11,95% у 2014 році до 17,94% у 2015 році, а потім знижуються до 12,64% у 2018 році. По області ці захворювання знаходяться на досить високому рівні і незначно змінюються в динаміці досліджуваних років (13,17%; 14,15%; 13,51%; 13,83% і 14,19% відповідно) – рис. 5. Найбільш поширеними серед цих захворювань є дифузний зоб I ступеня як у м. Ужгород (12,27%; 71,93%; 51,87%; 58,81% і 53,37% відповідно), так і по області упродовж 2014-2018 років (57,05%; 61,30%; 56,86%; 56,77% і 54,06% відповідно) та ожиріння (20,52%; 16,67%; 22,57%; 21,55% і 24,47% відповідно у м. Ужгород та по області 14,49%; 14,02%; 14,36%; 14,88% і 15,57% відповідно).

На досить високому рівні упродовж 2014-2016 років знаходяться і хвороби системи кровообігу серед підлітків м. Ужгорода (10,58%; 9,93% і 10,21% відповідно), а потім різко знижуються у 2017-2018 роках до 3,40% і 3,56% відповідно. По області ці захворювання займають значно нижчий відсоток упродовж 2014-2018 років (3,41%; 3,42%; 3,26%; 2,89% і 2,79% відповідно) – рис. 6.

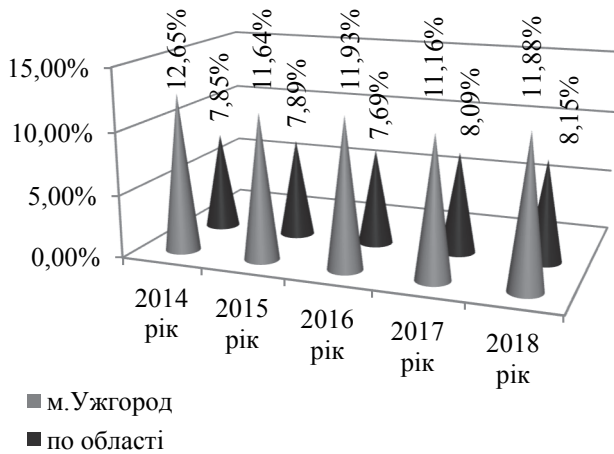


Рис. 3. Питома вага хвороб ока та придаткового апарату серед підлітків м. Ужгорода упродовж 2014-2018 рр. (%)

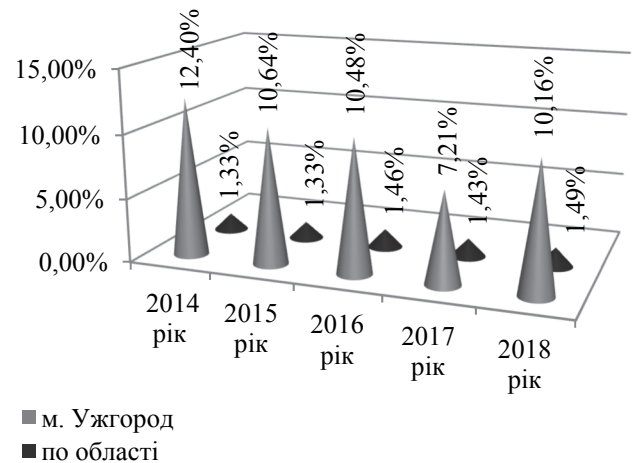


Рис. 4. Питома вага уроджених аномалій серед підлітків м. Ужгорода упродовж 2014-2018 рр. (%)

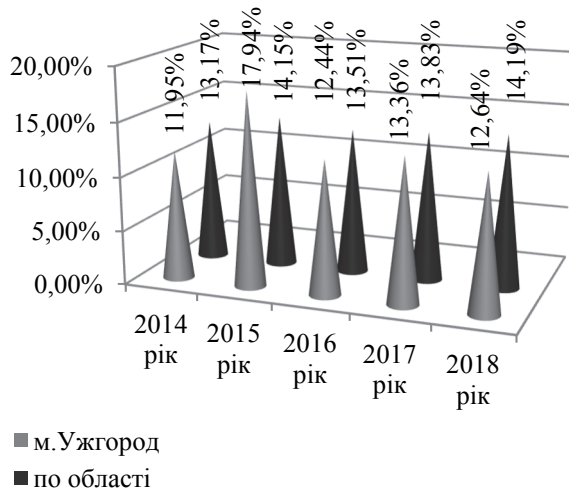


Рис. 5. Питома вага хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну серед підлітків м. Ужгорода упродовж 2014-2018 рр. (%)

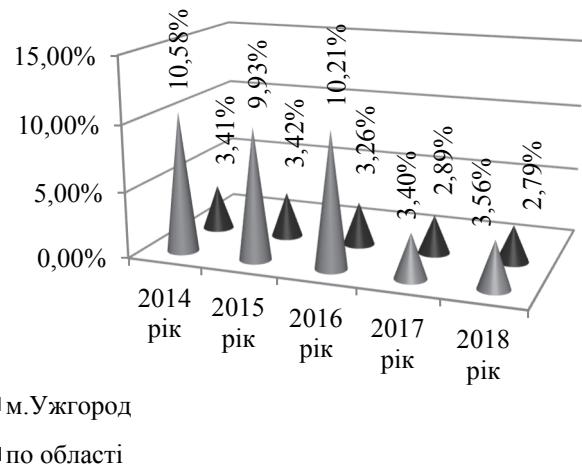


Рис. 6. Питома вага хвороб системи кровообігу серед підлітків м. Ужгорода упродовж 2014-2018 рр. (%)

Наступне місце у структурі захворюваності серед підлітків м. Ужгорода упродовж 2014-2018 років займають розлади психіки і поведінки, які знижуються від 9,51% у 2014 році до 7,87% у 2016 році, а потім знову підвищуються до 10,39% у 2018 році; по області ці захворювання займають незначний відсоток упродовж досліджуваних років (2,53%; 2,44%; 2,46%; 2,03% і 1,80% відповідно) – рис. 7.

Значний відсоток у структурі захворюваності серед підлітків м. Ужгорода посідають хвороби органів травлення, які в динаміці досліджуваних років знижуються від 8,69% у 2014 році до 7,24% у 2015 році, а потім з 2016 року підвищуються від 8,59% до 9,74% у 2018 році. По області хвороби органів травлення займають дещо вищий відсоток у 2014 році (8,91%), а потім незначно знижуються упродовж наступних 2015-2018 років (8,23%; 8,37%; 8,56 і 8,66% відповідно) – рис. 8.

Найбільший відсоток цієї групи у м. Ужгород за досліджуваній період складають холецистит і холангіт та гастрит і дуоденіт (10,71%; 9,45%; 8,39%; 13,50% і 12,73% відповідно та 9,80%; 3,80%; 5,76%; 6,43% і 6,61% відповідно) і незначний відсоток упродовж 2014-2018 років займають виразкова хвороба шлунку та 12-и палії кишки і хронічні гепатити. По області холецистит і холангіт упродовж 2014-2018 років займає значно нижчий відсоток (7,33%; 6,27%; 5,98%; 5,16% і 5,11% відповідно), а гастрит і дуоденіт, навпаки, в 3-4 рази перевищує показник м. Ужгорода (26,18%; 26,65%; 24,45%; 23,14% і 25,75% відповідно).

Хвороби нервової системи, інфекційні та паразитарні захворювання посідають наступне місце в структурі захворювань серед підлітків м. Ужгорода упродовж 2014-2018 років. У динаміці досліджуваних років хвороби нервової системи дещо знижуються від

7,23% у 2014 році до 6,36% у 2018 році, у той же час як інфекційні та паразитарні захворювання в динаміці мають тенденцію до збільшення від 7,65% у 2014 році до 10,34% у 2018 році. По області хвороби нервової системи,

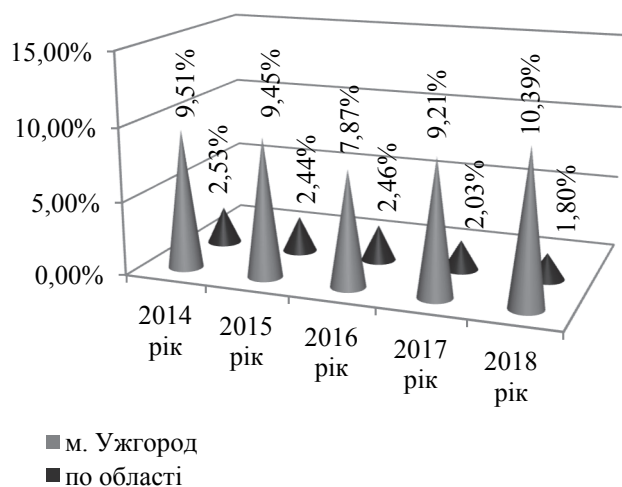


Рис. 7. Питова вага розладів психіки і поведінки серед підлітків м. Ужгорода упродовж 2014-2018 рр. (%)

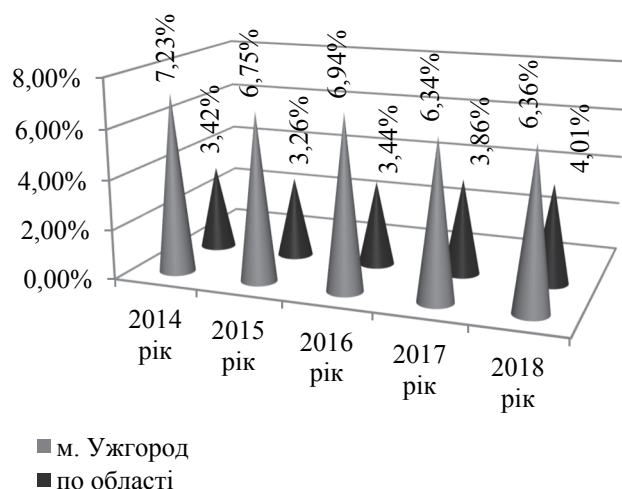


Рис. 9. Питова вага хвороб нервової системи серед підлітків м. Ужгорода упродовж 2014-2018 рр. (%)

Досить високу питому вагу у структурі захворюваності серед підлітків упродовж досліджуваних років складають хвороби кістково-м'язової та сполучної тканини і сечостатевої системи. Хвороби кістково-м'язової системи серед підлітків м. Ужгорода дещо знижуються від 6,86% у 2014 році до 5,78% у 2016 році, незначно підвищуються у 2017 році до 6,38%, а потім знижуються до 6,03%; по області ці захворювання майже не змінюються упродовж досліджуваних років (6,34%; 6,38%; 6,18%; 6,14% і 6,35% відповідно) – рис. 11.

Навпаки, хвороби сечостатевої системи серед підлітків м. Ужгорода дещо підвищуються у динаміці досліджуваних років від 6,81% у 2014 році до 7,94% у

інфекційні та паразитарні захворювання займають значно нижчий відсоток у структурі захворюваності серед підлітків упродовж досліджуваних років, особливо інфекційні та паразитарні захворювання (рис. 9, 10).

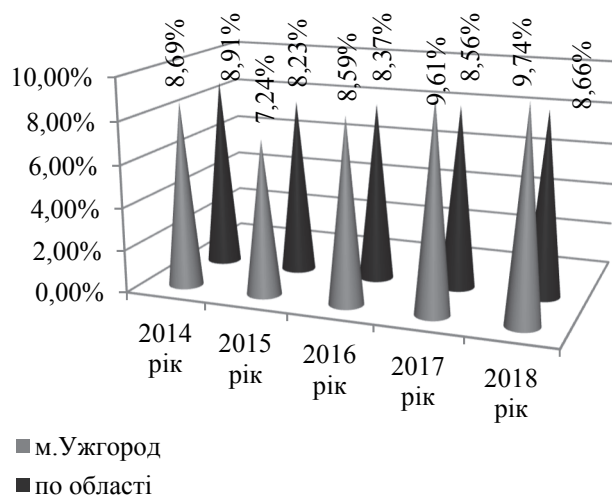


Рис. 8. Питова вага хвороб органів травлення серед підлітків м. Ужгорода упродовж 2014-2018 рр. (%)

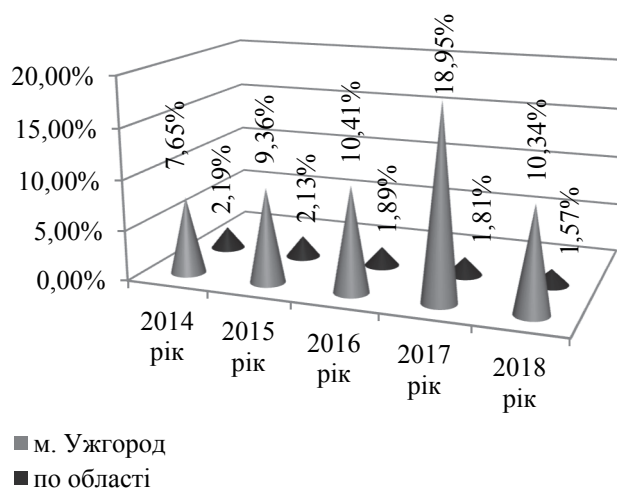


Рис. 10. Питова вага інфекційних та паразитарних захворювань серед підлітків м. Ужгорода упродовж 2014-2018 рр. (%)

2017 році, незначно знижуючись у 2018 році (7,68%), у той же час як по області вони займають незначний відсоток (рис. 12).

Значно нижчий відсоток у структурі захворюваності серед підлітків м. Ужгорода займають хвороби органів дихання, травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин, а також хвороби вуха та соскоподібного відростка у динаміці досліджуваних років. Хвороби органів дихання закономірно збільшуються у динаміці від 4,99% у 2014 році до 10,36% – у 2018 році. По області ці захворювання за всі досліджувані роки займають перше місце серед всіх захворювань і майже не змінюються в динаміці (32,26%; 30,92%; 32,43%; 30,96% і

31,23% відповідно) – рис. 13. Найчастіше ними хворіли в 2014-2018 роках у м. Ужгород юнаки (52,51%; 53,09%; 50,95%; 50,69% і 58,96% відповідно) і, навпаки, по області у 2014 році – дівчатка (51,32%) і значно менше хворіли юнаки упродовж 2014-2015 років (48,68% і 47,59% відповідно), дещо підвищуються у 2016 році до 51,27%, а потім знову знижуються у 2017-2018 роках (47,97% і 49,22% відповідно).

Серед цих захворювань найбільший відсоток серед підлітків по області у 2014 році складають фарингіт та гострий тонзиліт (9,48%), які незначно знижуються у 2015-2016 роках (8,94% і 8,89% відповідно), а потім поступово збільшуються у 2017-2018 роках до 10,29% і 10,84% відповідно, у той же час як у м. Ужгород упродовж досліджуваних років ці захворювання становили значно нижчий відсоток, займаючи 2,29%; 4,19%; 1,39%; 5,06% і 6,09% відповідно. Значний відсоток у структурі захворюваності органів дихання займають хвороби

мигдалин та аденоїдів у м. Ужгород упродовж 2014-2018 років – 10,96%; 10,97%; 7,68%; 7,95% і 9,32% відповідно; по області ці захворювання займають дещо нижчий відсоток упродовж досліджуваних років (6,89%; 7,73%; 7,37%; 6,96% і 7,52% відповідно). Ларингіт і трахеїт упродовж 2014-2018 років по області займає значний відсоток, а саме, 5,82%; 6,49%; 5,96%; 6,73%; 6,77% відповідно, у той же час як у м. Ужгород цими хворобами підлітки хворіли лише у 2016-2018 роках, складаючи незначний відсоток (0,35%; 0,58% і 1,54% відповідно). Найчастіше цими захворюваннями упродовж досліджуваних років хворіли дівчатка, як у м. Ужгород, так і по області.

Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин серед підлітків як у м. Ужгород, так і по області майже не змінюються у динаміці упродовж 2014-2018 років (4,35%; 3,96%; 3,70%; 3,09% і 3,03% відповідно та 5,32%; 5,40%; 5,36%; 5,38% і 5,03% відповідно) – рис. 14.

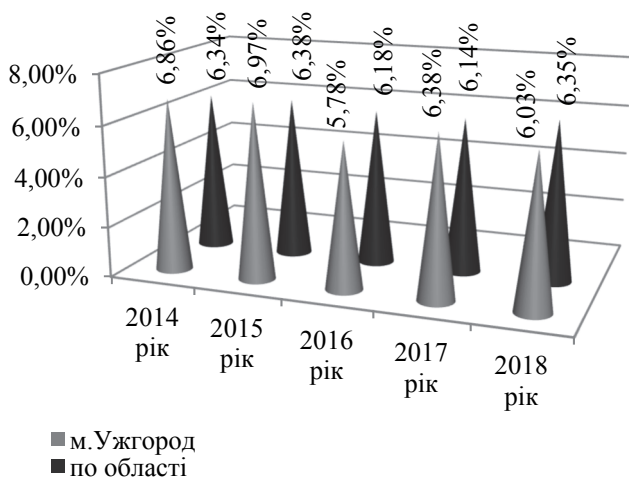


Рис. 11. Питова вага хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини серед підлітків м. Ужгорода упродовж 2014-2018 рр. (%)

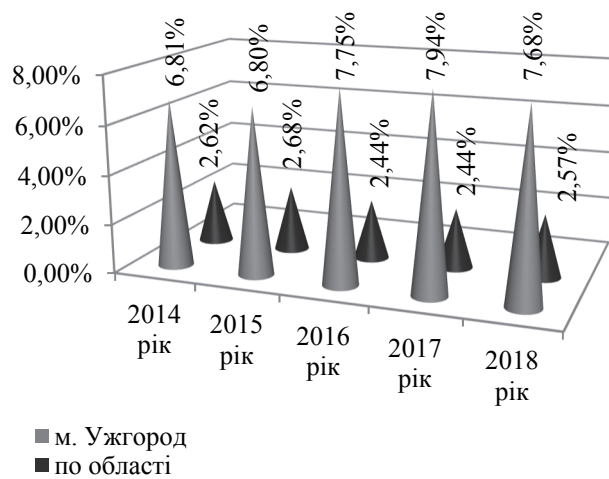


Рис. 12. Питова вага хвороб сечостатевої системи серед підлітків м. Ужгорода упродовж 2014-2018 рр. (%)

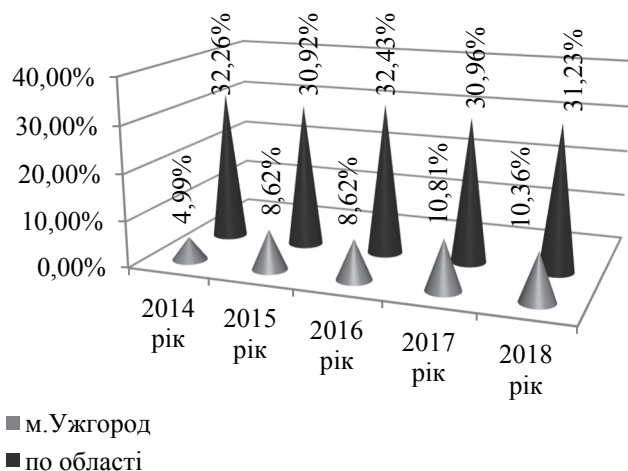


Рис. 13. Питова вага хвороб органів дихання серед підлітків м. Ужгорода упродовж 2014-2018 рр. (%)

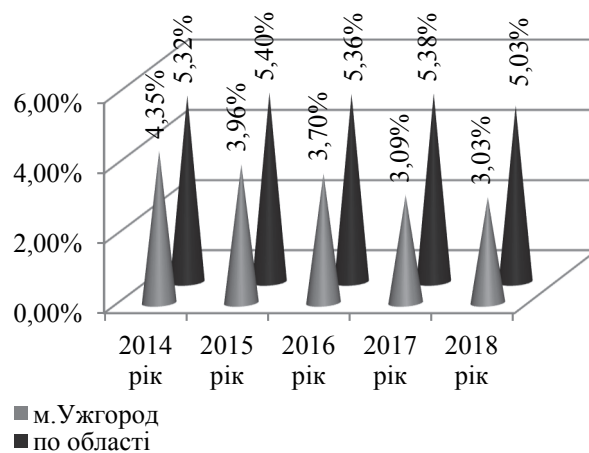


Рис. 14. Питова вага травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин серед підлітків м. Ужгорода упродовж 2014-2018 рр. (%)

Хвороби вуха та соскоподібного відростка серед підлітків м. Ужгорода у динаміці дещо знижуються від 3,65% у 2014 році до 2,96% у 2015 році, потім підвищуються до 5,06% у 2017 році; по області ці захворювання майже не змінюються упродовж досліджуваних років і займають значно нижчий відсоток.

І останнє місце в структурі захворюваності серед підлітків займають хвороби крові та кровотворних органів, вони складають незначний відсоток як у м. Ужгород, так і по області упродовж 2014-2018 років (1,63%; 1,99%; 1,85%; 1,95% і 2,68% відповідно та 2,19%; 2,21%; 2,17%; 2,23% і 2,35% відповідно).

Перспективи подальших досліджень спрямовані на подальше вивчення стану здоров'я і фізичного розвитку дитячого населення м. Ужгорода та Закарпатської області.

Висновки

Найвища захворюваність серед підлітків м. Ужгорода відмічається у 2017 році (116,73%), по

області у 2018 році (1466,02‰), а найнижча – у 2014 році як у м. Ужгород, так і по області (83,21‰ і 1357,29‰ відповідно). У структурі захворюваності серед підлітків м. Ужгород й області у динаміці упродовж 2014-2018 років найбільшу питому вагу складають хвороби шкіри та підшкірної клітковини (25,32%; 23,58%, 25,86%, 39,71% і 41,01% відповідно), у той же час як по області ці захворювання упродовж досліджуваних років займають значно нижчий відсоток (4,11%; 4,89%; 4,95%; 5,94% і 6,07% відповідно), а найнижчу в м. Ужгород – хвороби крові та кровотворних органів (1,63%; 1,99%; 1,85%; 1,95% і 2,68% відповідно та по області – 2,19%; 2,21%; 2,17%; 2,23% і 2,35% відповідно). Для покращення стану здоров'я підлітків необхідно широко пропагувати здоровий спосіб життя, організацію і проведення спортивно-оздоровчих заходів, відновлення у загальноосвітніх школах оборонно-фізкультурної підготовки юнаків і дівчат, які спрямовані на тренуванні спеціальних якостей, розвитку фізичної і психоемоційної витривалості та впровадження нових оздоровчих технологій, підвищення рівня медичних знань тощо.

Література

1. Басанець Л.М. Вплив мікросоціального середовища на фізичний розвиток і стан здоров'я дітей а підлітків / Л.М.Басанець, О.І.Іванова // Довкілля та здоров'я. – 2010. – №1(52). – С. 52–55.
2. Динаміка стану здоров'я дитячого населення за останні роки реформування медичної сфери України / О.П.Івахно, І.П.Козярін, В.В.Чорна, В.М.Махнюк // 36. наук. праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика. – 2015. – Вип. 24. – Кн. 3. – С. 447 – 454.
3. Значение здоровья подростков в формировании их гармоничного здоровья / А.А.Баранов, В.Р.Кучма, П.М.Сухарева, И.К.Рапопорт // Гигиена и санитария. – 2015. – № 6. – С. 58–62.
4. Кучма В.Р. Охрана здоровья детей и подростков в национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 год / В.Р.Кучма // Гигиена и санитария. – 2013. – № 6. – С.26–30.
5. Микита Х.І. Оцінка стану здоров'я дітей шкільного віку м. Ужгород у динаміці впродовж 2012-2016 років / Х.І.Микита, І.М.Рогач // Проблеми клінічної педіатрії. – 2017. – №1-2 (35-36). – С. 56–62.
6. Микита Х.І. Стан здоров'я дітей шкільного віку гірських районів Закарпатської області в динаміці впродовж 2013-2017 років / Х.І.Микита, І.М.Рогач // Проблеми клінічної педіатрії. – 2018. – №2-3 (40-41). – С. 57–62.
7. Наукові принципи психогігієнічної діагностики стану здоров'я дітей, підлітків та молоді / І.В.Сергета, О.Ю.Браткова, О.П.Мостова, О.Ю.Панчук, О.Б.Дударенко // Довкілля та здоров'я. – 2012. – № 4(63). – С. 21–25.
8. Пономаренко Н.П. Динаміка захворюваності дитячого населення Чернігівщини / Н.П.Пономаренко // Гігієна населених місць. – 2012. – Вип. 60. – С.93 – 98.
9. Сидоренко Т.П. Ризик зниження рівня соматичного здоров'я здорових підлітків під впливом різних чинників / Т.П.Сидоренко, О.В.Бердник // Довкілля та здоров'я. – 2011. – № 2(57). – С. 71 – 74.
10. Фера О.В. Особливості стану здоров'я та фізичного розвитку допризовників віком 17 років (1991 р.н.) низинних районів ендемічного регіону (на прикладі Закарпатської області) за 2008 рік / О.В.Фера, Х.І.Микита, В.Г.Пирогова // Довкілля та здоров'я. – 2009. – № 3(50). – С. 76 – 80.
11. Щудро С.А. Регіональні аспекти впливу екологічних факторів на захворюваність підлітків / С.А.Щудро // Медичні перспективи. – 2008. – Т. 12. – № 4. – С. 115 – 119.

References

1. Basanets L. M., Ivanova O. I. Vplyv mikrosotsialnoho seredovyscha na fizychnyi rozvytok i stan zdorovia ditei a pidlitkiv [Influence of microsocial environment on physical development and health status of children and adolescents]. Environment and health. 2010; 1(52): 52-55.
2. Ivakhno O. P., Kozaryn I. P., Chorna V. V., Makhnyuk V. M. Dynamika stanu zdorovia dytiachoho naseleння za ostanni roky reformuvannya medychnoi sfery Ukrainy [Dynamics of the health status of the infant population in recent years of reforming the medical sphere of Ukraine]. Coll. of sciences. works of P. L. Shupyk NMAPO employees. 2015; Vip.24. Book 3:447-454.

3. Baranov A. A., Kuchma V. R., Sukhareva P. M., Rapoport I. K. Znachenye zdorovia podrostkov v formirovaniy ykh harmonychnoho zdorovia [The importance of adolescents' health in the formation of their harmonious health]. Hygiene and sanitation. 2015; 6:58-62.
4. Kuchma V. R. Okhrana zdorovia detei y podrostkov v natsyonalnoi stratehyy deistvyi v ynteresakh detei na 2012-2017 hod [Protecting the health of children and adolescents in the national strategy for action interests of children for 2012-2017]. Hygiene and sanitation. 2013; 6: 26-30.
5. Mykita Kh. I., Rogach I. M. Otsinka stanu zdorovia ditei shkilnoho viku m. Uzhhorod u dynamitsi vprodovzh 2012-2016 rokiv [Assessment of health status of Uzhgorod school children in dynamics during 2012-2016]. Problems of clinical pediatrics. 2017; 1-2 (35-36):56 –62.
6. Mykita Kh. I., Rogach I. M. Stan zdorovia ditei shkilnoho viku hirskykh raioniv Zakarpatskoi oblasti v dynamitsi vprodovzh 2013-2017 rokiv [Health status of school-age children in mountainous regions of Transcarpathian region in the dynamics during 2013-2017]. Problems of clinical pediatrics. 2018; 2-3 (40-41): 57 –62.
7. Sergeta I. V., Bratkov O. J., Mostova O. P., Panchuk O. Y., Dudaryenko O. B. Naukovi pryntsypy psykholohichnoyi diahnostryky stanu zdorovia ditei, pidlitkiv ta molodi [Scientific principles of psychohygienic diagnostics of health status of children, adolescents and young people]. Environment and health. 2012; 4 (63): 21 - 25.
8. Ponomarenko N. P. Dynamika zakhvoriuvanosti dytiachoho naseleння Chernihivshchyny [Dynamics of morbidity of the pediatric population of Chernihiv region]. Hygiene of settlements. 2012; Vip. 60: 93 - 98.
9. Sidorenko T. P., Berdnyk O. V. Ryzyk znyzhennia rivnia somatychnoho zdorovia zdorovykh pidlitkiv pid vplyvom riznykh chynnykiv [The risk of somatic health decline in healthy adolescents under the influence of various factors]. Environment and health. 2011; 2 (57): 71 - 74.
10. Fera O. V., Mykyta Kh. I., Pirogov V. G. Osoblyvosti stanu zdorovia ta fizychnoho rozvytku dopryzovnykiv vikom 17 rokiv (1991 r.n.) nyzynnykh raioniv endemichnoho rehionu (na prykladi Zakarpatskoi oblasti) za 2008 rik [Peculiarities of health and physical development of pre-conscripts at the age of 17 (1991) of lowland areas of the endemic region (on the example of Transcarpathian region) for 2008]. Environment and health. 2009; 3 (50): 76 - 80.
11. Generously S.A. Rehionalni aspekty vplyvu ekolohichnykh faktoriv na zakhvoriuvanist pidlitkiv [Regional aspects of the influence of environmental factors on adolescent morbidity]. Medical perspectives. 2008; T. 12. 4: 115 - 119.

Дата надходження рукопису до редакції: 24.02.2020 р.

Мета – вивчити стан здоров'я підлітків (15-17 років) м. Ужгорода та Закарпатської області в динаміці упродовж 2014-2018 років.

Матеріали та методи. Проаналізований статистичний матеріал Інформаційно-аналітичного центру Закарпатської області щодо захворюваності підлітків м. Ужгорода та Закарпатської області в динаміці упродовж 2014-2018 років. Отримані матеріали оброблені статистичним методом за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel.

Результати. На основі аналізу статистичного матеріалу щодо захворюваності підлітків м. Ужгорода та Закарпатської області в динаміці 2014-2018 років встановлено, що найвища захворюваність спостерігається у 2017 році і складає 116,7‰; по області – 1448,9‰; найнижча – у 2014 році (83,2‰); по області – 1357,3‰. У структурі захворюваності серед підлітків м. Ужгорода й області у динаміці упродовж 2014-2018 років найбільшу питому вагу складають хвороби шкіри та підшкірної клітковини (25,32%; 23,58%, 25,86%, 39,71% і 41,01% відповідно), у той же час як по області ці захворювання упродовж досліджуваних років займають значно нижчий відсоток (4,11%; 4,89%; 4,95%; 5,94% і 6,07% відповідно), а найнижчу в м. Ужгород – хвороби крові та кровотворних органів (1,63%; 1,99%; 1,85%; 1,95% і 2,68% відповідно; по області – 2,19%; 2,21%; 2,17%; 2,23% і 2,35% відповідно).

Висновки. Найвища захворюваність серед підлітків м. Ужгорода відмічається у 2017 році (116,73‰), по області у 2018 році (1466,02‰), а найнижча – у 2014 році як у м. Ужгород, так і по області (83,21‰ і 1357,29‰ відповідно). У структурі захворюваності серед підлітків м. Ужгорода й області у динаміці упродовж 2014-2018 років найбільшу питому вагу складають хвороби шкіри та підшкірної клітковини (25,32%; 23,58%, 25,86%, 39,71% і 41,01% відповідно), у той же час як по області ці захворювання упродовж досліджуваних років займають значно нижчий відсоток (4,11%; 4,89%; 4,95%; 5,94% і 6,07% відповідно), а найнижчу в м. Ужгород – хвороби крові та кровотворних органів (1,63%; 1,99%; 1,85%; 1,95% і 2,68% відповідно; по області – 2,19%; 2,21%; 2,17%; 2,23% і 2,35% відповідно). Для покращення стану здоров'я підлітків необхідно широко пропагувати здоровий спосіб життя, організацію і проведення спортивно-оздоровчих і корекційних заходів, відновлення у загальноосвітніх школах оборонно-фізкультурної підготовки юнаків і дівчат, які спрямовані на тренуванні спеціальних якостей, розвитку фізичної і психоемоційної витривалості та впровадження нових оздоровчих технологій, підвищення рівня медичних знань тощо.

Ключові слова: здоров'я, підлітки, захворюваність, профілактичні заходи.

Цель – изучить состояние здоровья подростков (15-17 лет) г. Ужгорода и Закарпатской области в динамике за 2014-2018 годы.

Материалы и методы. Проанализирован статистический материал Информационно-аналитического центра Закарпатской области по заболеваемости подростков г. Ужгорода и Закарпатской области в динамике за 2014-2018 годы. Полученные материалы обработаны статистическим методом с помощью компьютерной программы Microsoft Excel.

Результаты. На основании анализа статистического материала по заболеваемости подростков г. Ужгорода и Закарпатской области в динамике за 2014-2018 годы установлено, что наибольшая заболеваемость наблюдается в 2017 году и составляет 116,7‰; по области – 1448,9‰; наименьшая – у 2014 году (83,2‰); по области – 1357,3‰. В структуре заболеваемости среди подростков г. Ужгорода и области в динамике за 2014-2018 годы наибольший удельный вес составляют болезни кожи и подкожной клетчатки (25,32%; 23,58%, 25,86%, 39,71% и 41,01% соответственно), в то же время как по области эти заболевания за исследуемые годы занимают значительно меньший процент (4,11%; 4,89%; 4,95%; 5,94% и 6,07% соответственно), а наименьший в г. Ужгороде – болезни крови и кроветворных органов (1,63%; 1,99%; 1,85%; 1,95% и 2,68% соответственно; по области – 2,19%; 2,21%; 2,17%; 2,23% и 2,35% соответственно).

Выводы. Наибольшая заболеваемость среди подростков г. Ужгорода наблюдается в 2017 году (116,73‰), по области в 2018 году (1466,02‰), а наименьшая – в 2014 году как в г. Ужгороде, так и по области (83,21‰ и 1357,29‰ соответственно). В структуре заболеваемости среди подростков г. Ужгорода и области в динамике за 2014-2018 годы наибольший удельный вес составляют болезни кожи и подкожной клетчатки (23,58%, 25,86%, 39,71% и 41,01% соответственно), в то же время как по области эти заболевания за исследуемые годы занимают значительно меньший процент (4,11%; 4,89%; 4,95%; 5,94% и 6,07% соответственно), а наименьший в г. Ужгороде – болезни крови и кроветворных органов (1,63%; 1,99%; 1,85%; 1,95% и 2,68% соответственно; по области – 2,19%; 2,21%; 2,17%; 2,23% и 2,35% соответственно). Для улучшения состояния здоровья подростков необходимо широко пропагандировать здоровый образ жизни, организацию и проведение спортивно-оздоровительных и коррекционных мероприятий, восстановление в общеобразовательных школах оборонно-физкультурной подготовки юношей и девушек, которые направлены на тренировку специальных качеств, развитие физической и психоэмоциональной стойкости и внедрение новых оздоровительных технологий, повышение уровня медицинских знаний и т.д.

Ключевые слова: здоровье, подростки, заболеваемость, профилактические мероприятия.

Aim of study – to study adolescents' health status at age of 15-17 y.o. in Uzhhorod and Transcarpathian region in the dynamics during 2014-2018.

Materials and methods. The statistical material of the Transcarpathian Information and Analytical Center on the incidence of adolescents in Uzhhorod and the Transcarpathian region in the dynamics during 2014-2018 has been analyzed. Obtained materials were statistically processed using the Microsoft Excel.

Results. Based on the analysis of statistical material on the incidence of adolescents in Uzhhorod in the 2014-2018 dynamics it was established that the highest incidence was observed in 2017 and it is 116,7 ‰; by the region – 1448,9‰; the lowest incidence was observed in 2014 (83,2‰); by the region – 1357,3‰. In the structure of morbidity among adolescents of Uzhhorod and the region in the dynamics during 2014-2018 years the most common were diseases of the skin and subcutaneous tissue, (25,32%; 23,58%, 25,86%, 39,71% and 41,01% accordingly), while by the region these diseases during the studied years occupy much lower percentage – 4,11%; 4,89%; 4,95%; 5,94% and 6,07% respectively, while the lowest percentage in Uzhhorod belongs to blood and hematopoietic diseases (1,63%; 1,99%; 1,85%; 1,95% and 2,68% respectively), by the region – 2,19%; 2,21%; 2,17%; 2,23% and 2,35% respectively.

Conclusions. The highest incidence among adolescents in Uzhhorod is recorded in 2017 (116.73‰), by the region in 2018 (1466.02 ‰), and the lowest in 2014 in both – Uzhhorod and the region (83.21 13 and 1357.29‰ respectively). In the structure of morbidity among adolescents of Uzhhorod and the region in dynamics during 2014-2018 years the most common are the diseases of skin and subcutaneous tissue, (25.32%; 23.58%, 25.86%, 39.71% and 41.01% respectively), while in the region these diseases during the studied years occupy a much lower percentage – 4.11%; 4.89%; 4.95%; 5.94% and 6.07% respectively, while the lowest percentage in Uzhhorod belong to blood and hematopoietic diseases (1.63%; 1.99%; 1.85%; 1.95% and 2.68% respectively), by region – 2,19%; 2,21%; 2,17%; 2,23% and 2,35% respectively. To improve the health of adolescents, it is necessary to widely promote healthy lifestyle, organization and holding of sports-improving and corrective measures, restoration in the secondary schools of defense and physical training of young men and girls at training of special qualities, development of physical and psycho-emotional endurance introduction of new wellness technologies, improvement of medical knowledge level, etc.

Key words: health, adolescents, morbidity, preventive measures.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Відомості про авторів

Рогач Іван Михайлович – д.мед.н., завідувач кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.
+380 (95) 403-87-56, ivan.rogach@uzhnu.edu.ua.

Микита Христина Іванівна – к.біол.н., доцент кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.
+380 (99) 008-73-72, mikitachristina@gmail.com.

Палко Аліса Іванівна – к.біол.н., доцент кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.
+380 (66) 635-21-96, palko.alice@gmail.com.

Пішковці Анна-Марія Михайлівна – аспірант, асистент кафедри гігієни та екології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.
+380 (96) 230-02-30, anna-mariia.pishkovtsi@uzhnu.edu.ua.

Деякі показники захворюваності населення Закарпатської області

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

²Закарпатський обласний центр громадського здоров'я, м. Ужгород, Україна

bilak.vika@gmail.com, viva60.net@gmail.com

Білак-Лук'янчук В.Й.¹, Василенко В.В.²

Некоторые показатели заболеваемости населения Закарпатской области

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

²Закарпатский областной центр общественного
здравоохранения, г. Ужгород, Украина

Bilak-Lukianchuk V.Y.¹, Vasylenko V.V.² Some indicators of the population morbidity in Transcarpathian region

¹SU «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

²Transcarpathian Regional Public Health Center,
Uzhhorod, Ukraine

Вступ

Згідно з резолюцією Генеральної Асамблеї ООН 1979 року, здоров'я населення визначено єдиним критерієм доцільності та ефективності усіх без винятку сфер діяльності людини [1].

Одним з трьох основних напрямів розвитку України в соціальній сфері є створення ефективно системи охорони та відновлення фізичного здоров'я населення. Поряд із низьким рівнем соціального захисту окремих верств населення, наявністю безробіття та неконтрольованих міграцій серед основних загроз національній соціальній безпеці України названо низький рівень стану здоров'я населення та високий рівень його захворюваності [2].

Згідно вимог Методології Євростату (European Statistical System Committee – ESSC) [3], для оцінки стану здоров'я населення використовують чотири групи індикаторів, серед яких важливим індикатором є захворюваність населення.

У даній статті наведено порівняльний аналіз за 5 років (2013-2017 рр.) захворюваності населення Закарпатської області та України в цілому за окремими класами хвороб.

Мета роботи – провести аналіз тенденцій динаміки показників захворюваності населення Закарпатської області у порівнянні з показниками захворюваності населення України.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності в Закарпатській області за період 2013-2017 рр. При виконанні дослідження використано медико-статистичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження нами було вивчено показники загальної захворюваності населення Закарпатської області. Згідно зі статистичними даними [4], рівні вперше виявлених випадків загальної захворюваності по області були нижчими, ніж по Україні. Якщо по Україні відбувається деяка стабілізація показників, то в області намітилась тенденція до її зниження (рис. 1).

За роки дослідження загальний показник захворюваності населення Закарпатської області скоротився на 2,1% і склав 58729,9 на 100 тис. населення.

Важливим для аналізу є показник захворюваності населення в працездатному віці. Згідно з даними державної статистики, у структурі захворювань населення працездатного віку перше місце посідають хвороби органів дихання (понад 33%), друге – хвороби сечостатевої системи (понад 10%), третє – травми, отруєння та інші дії зовнішніх причин (понад 8%), четверте – хвороби органів крові та кровотворних органів (понад 7%), п'яте – хвороби шкіри (понад 6%).

Далі нами вивчалися та аналізувалися показники захворюваності населення за окремими класами хвороб.

Згідно з інформацією ВООЗ [2], 37% всіх причин втрати працездатності припадає на інфекційну захворюваність. Тому ми вивчили та проаналізували показники захворюваності населення за класом «Деякі інфекційні та паразитарні хвороби».

За результатами аналізу, в Україні за останній проаналізований рік спостерігається тенденція до деякого підвищення рівня захворюваності населення за даним класом хвороб, а в області – його стабілізація (рис. 2).

За роки дослідження показники захворюваності населення Закарпатської області за класом «Деякі інфекційні та паразитарні хвороби» скоротилися на 9,3% і склали 1529,4 на 100 тис. населення.

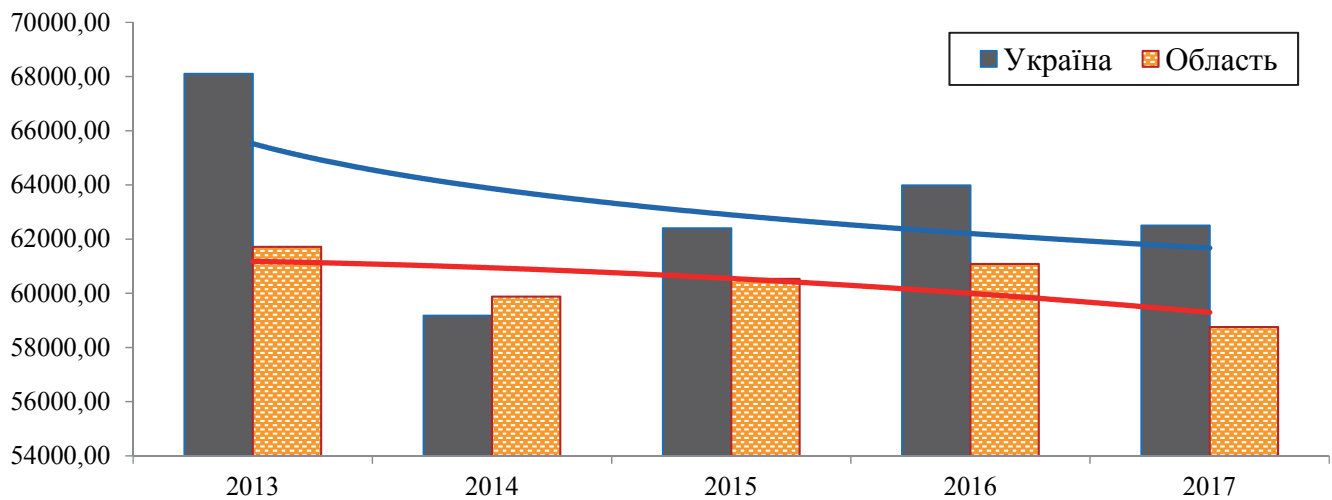


Рис. 1. Динаміка показників загальної захворюваності населення України та Закарпатської області, 2013-2017 рр. (на 100 тис. населення)

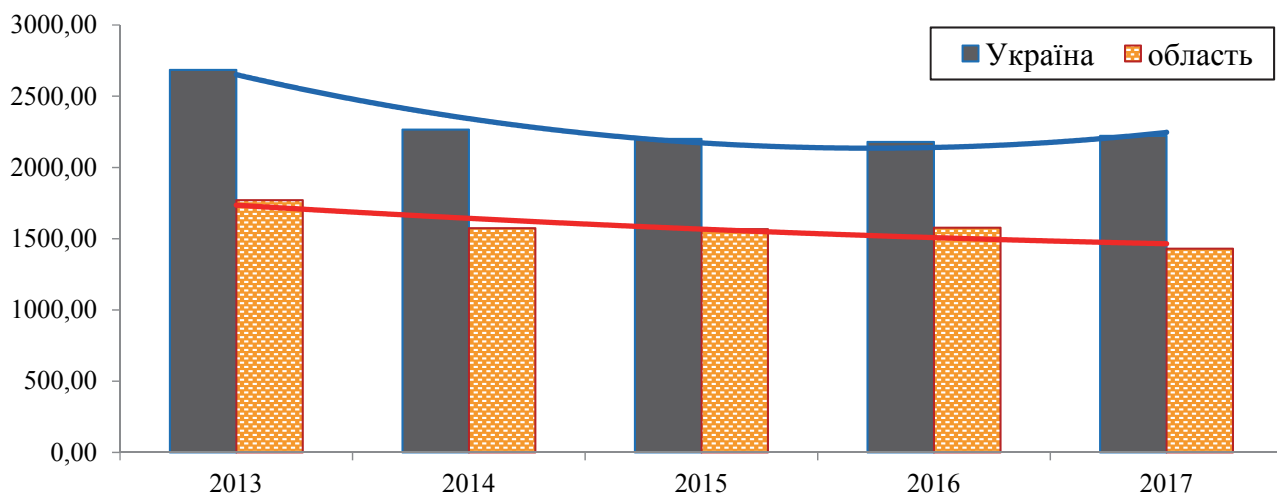


Рис. 2. Динаміка показників захворюваності населення України та Закарпатської області за класом «Деякі інфекційні та паразитарні хвороби», 2013-2017 рр. (на 100 тис. населення)

Далі вивчалися та аналізувалися показники захворюваності населення області на туберкульоз. При цьому необхідно зазначити, що в Україні епідемію туберкульозу ВООЗ офіційно оголосила у 1995 році. Високий рівень захворюваності населення України на туберкульоз та поширення його мультирезистентної форми обумовлені, насамперед, недостатнім та несвоєчасним виявленням хворих на різні форми туберкульозу та низькою ефективністю їх лікування.

За результатами аналізу [4], рівні захворюваності на туберкульоз перевищують показники по Україні, що вірогідно обумовлено приналежністю хворих до певних національних меншин Закарпаття (рис. 3).

За роки дослідження показники захворюваності населення Закарпатської області на туберкульоз зросли на 10,3% і склали 67,5 на 100 тис. населення.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу показників захворюваності населення на хвороби системи кровообігу. За даними ВООЗ, 14%

серед всіх захворювань займають захворювання системи кровообігу [2]. В Україні вони також є однією з важливих медико-біологічних та соціальних проблем і займають приблизно 7-8% всіх нозологій [5].

У Закарпатській області показники захворюваності населення на хвороби системи кровообігу з 2014 р. стали значно перевищувати загальнодержавні показники (рис. 4), що потребує додаткового вивчення регіональних причин їх виникнення. Можливо, одним із факторів є високий рівень трудової міграції внаслідок несприятливих соціально-економічних умов в області.

Починаючи з 2014 року показники захворюваності населення Закарпатської області за класом «Хвороби системи кровообігу» зросли на 3,8% і склали 4859,5 на 100 тис. населення.

Далі вивчалися та аналізувалися показники захворюваності населення на новоутворення.

Злоякісні пухлини у світі займають близько 8% від усіх захворювань [2]. За темпами поширення злоякісних

новоутворень Україна посідає друге місце в Європі. В Україні щороку у понад 170 тис. осіб вперше діагностують онкологічну патологію, помирає до 90 тис. осіб, з них 35-37% у працездатному віці [5].

Було встановлено, що показники захворюваності населення на новоутворення в Україні вищі, ніж в області, причому якщо в державі спостерігається їх зростання, то в області показники захворюваності стабільні і складають 668,7 на 100 тис. населення (рис. 5).

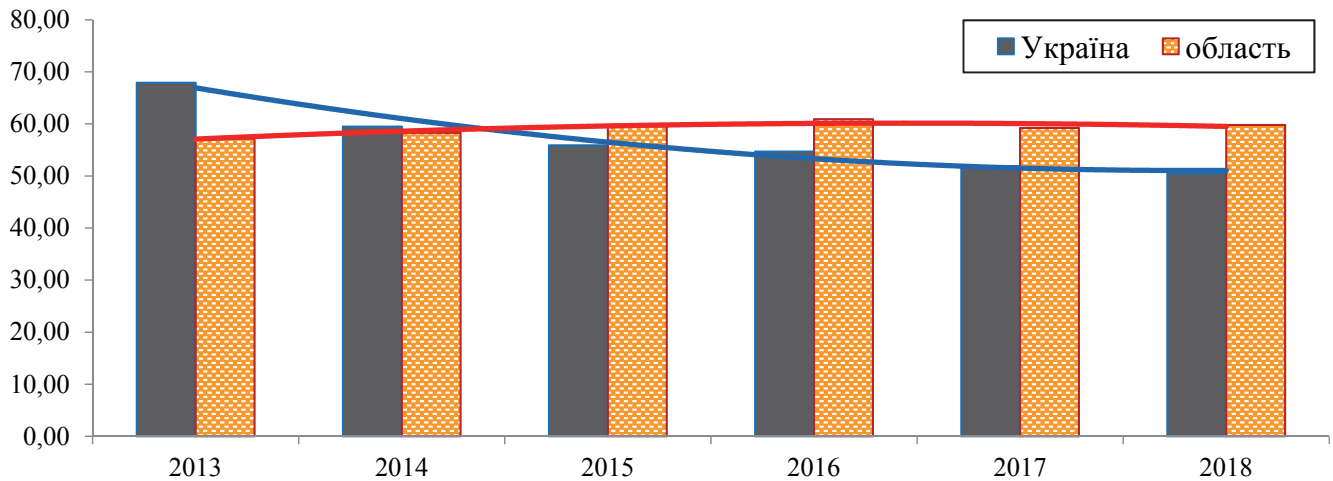


Рис. 3. Динаміка показників захворюваності населення на туберкульоз в Україні та Закарпатській області, 2013-2018 рр. (на 100 тис. населення)

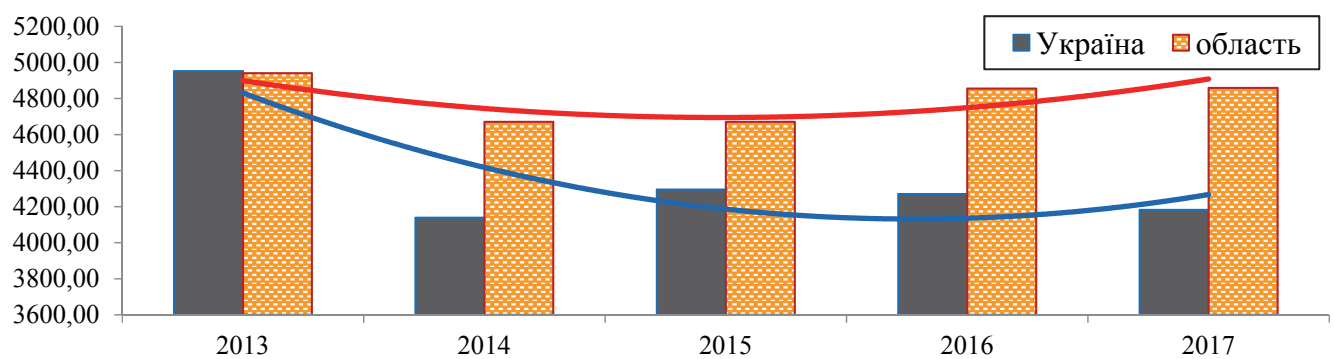


Рис. 4. Динаміка захворюваності системи кровообігу в Україні та області, 2013-2017 рр. (на 100 тис. населення)

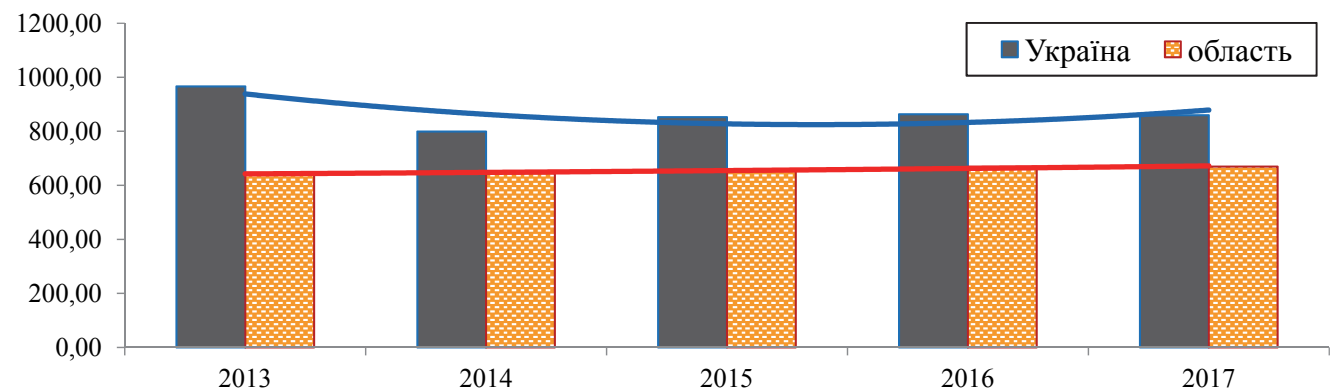


Рис. 5. Динаміка показників захворюваності на новоутворення в Україні та Закарпатській області, 2013-2017 рр. (на 100 тис. населення)

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням та проведенням аналізу показників захворюваності населення Закарпатського регіону в розрізі географічних зон та за окремими віковими

категоріями. Завданням подальшого дослідження є вивчення і оцінка впливу на здоров'я населення області соціальних, екологічних та міграційних процесів.

Висновки

В ході дослідження встановлено, що загальні показники захворюваності населення Закарпатської області за період 2013-2017 років мають тенденцію до зниження в склади 58729,9 на 100 тис. населення. При цьому показники за класом «Деякі інфекційні та

паразитарні хвороби» скоротилися на 9,3% і склали 1529,4 на 100 тис. населення, в тому числі показники захворюваності населення Закарпатської області на туберкульоз зросли на 10,3% і склали 67,5 на 100 тис. населення. Починаючи з 2014 року показники захворюваності населення Закарпатської області за класом «Хвороби системи кровообігу» зросли на 3,8% і склали 4859,5 на 100 тис. населення, показники захворюваності на новоутворення в області стабільні і складають 668,7 на 100 тис. населення.

Література

1. Сайт ВООЗ [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://www.who.int>.
2. ВООЗ «Мирова статистика здравоохранения-2017» [Електронний ресурс] - Режим доступу: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/ru.
3. Державна служба статистики України [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://ukrstat.gov.ua>.
4. Головне управління статистики у Закарпатській області [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://www.uz.ukrstat.gov.ua/statinfo/statinfo.html>.
5. База даних «Здоров'я для всіх. Україна»: Офіційний сайт Центру медичної статистики МОЗ України [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>.

References

1. Sayt VOOZ [Elektronnyi resurs] - Rezhym dostupu: <http://www.who.int>.
2. VOOZ «Mirovaia statystyka zdavookhraneniya-2017» [Elektronnyi resurs] - Rezhym dostupu: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/ru.
3. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy [Elektronnyi resurs] - Rezhym dostupu: <http://ukrstat.gov.ua>.
4. Holovne upravlinnia statystyky u Zakarpatskii oblasti [Elektronnyi resurs] - Rezhym dostupu: <http://www.uz.ukrstat.gov.ua/statinfo/statinfo.html>.
5. Baza danykh «Zdorovia dlia vsikh. Ukraina»: Ofitsiyni sait Tsentru medychnoi statystyky MOZ Ukrainy [Elektronnyi resurs] – Rezhym dostupu: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.04.2019 р.

Мета роботи: провести аналіз тенденцій динаміки показників захворюваності населення Закарпатської області у порівнянні з показниками захворюваності населення України.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження дані галузевої статистичної звітності в Закарпатській області за період 2013-2017 рр. При виконанні дослідження використано медико-статистичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати та обговорення. В ході дослідження встановлено, що загальні показники захворюваності населення Закарпатської області за період 2013-2017 років мають тенденцію до зниження в склади 58729,9 на 100 тис. населення, при цьому показники за класом «Деякі інфекційні та паразитарні хвороби» скоротилися на 9,3% і склали 1529,4 на 100 тис. населення. В тому числі показники захворюваності населення Закарпатської області на туберкульоз зросли на 10,3% і склали 67,5 на 100 тис. населення. Починаючи з 2014 року показники захворюваності населення Закарпатської області за класом «Хвороби системи кровообігу» зросли на 3,8% і склали 4859,5 на 100 тис. населення, показники захворюваності на новоутворення в області стабільні і складають 668,7 на 100 тис. населення.

Висновки. В цілому тенденції показників захворюваності населення Закарпатської області відповідають загальнонаціональним тенденціям крім класу «Хвороби системи кровообігу»: тоді як в області відмічаються тенденції до зростання показника, в країні в цілому він знижується.

Ключові слова: Закарпатська область, населення, захворюваність, інфекційні хвороби, хвороби системи кровообігу, новоутворення.

Цель работы: провести анализ тенденций динамики показателей заболеваемости населения Закарпатской области по сравнению с показателями заболеваемости населения Украины.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності в Закарпатській області за період 2013-2017 рр. При виконанні дослідження використано медико-статистичний метод і метод структурно-логічного аналізу.

Результати і обговорення. В ході дослідження встановлено, що загальні показники захворюваності населення Закарпатської області за період 2013-2017 років мають тенденцію до зниження і становлять 58729,9 на 100 тис. населення, при цьому показники за класом «Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания» зменшилися на 9,3% і склали 1529,4 на 100 тис. населення. В тому числі показники захворюваності населення Закарпатської області туберкульозом зросли на 10,3% і склали 67,5 на 100 тис. населення. Починаючи з 2014 року показники захворюваності населення Закарпатської області за класом «Болезни системы кровообращения» зросли на 3,8% і склали 4859,5 на 100 тис. населення, показники захворюваності новообраннями в області стабільні і становлять 668,7 на 100 тис. населення.

Висновки. В цілому тенденції показників захворюваності населення Закарпатської області відповідають національним тенденціям крім класу «Болезни системы кровообращения»: тоді як в області відзначаються тенденції до зростання показника, в країні в цілому він зменшується.

Ключові слова: Закарпатська область, населення, захворюваність, інфекційні захворювання, захворювання системи кровообращення, новообрання.

The aim of the article is to analyze the trends in the dynamics of population morbidity of Transcarpathian region in comparison with the morbidity of the population of Ukraine.

Materials and methods. The research materials include sectoral statistical reporting in Transcarpathian region during 2013-2017. The medical-statistical method and the method of structural-logical analysis were used in this study.

Results and discussion. The study found that the overall morbidity of the population of Transcarpathian region for 2013-2017 tends to decrease to 58 729.9 per 100,000 population, while the indicators of the category "Some infectious and parasitic diseases" decreased by 9.3% and amounted to 1529.4 per 100,000 population. Including the incidence of tuberculosis in Transcarpathian region increased by 10.3% and amounted to 67.5 per 100,000 population. Since 2014 indicators of population morbidity in Transcarpathian region in the category "Diseases of circulatory system" increased by 3.8% and amounted to 4859.5 per 100,000 population, the incidence of tumors in the region is stable and is 668.7 per 100,000 population.

Conclusions. In general, the trends of morbidity of the population of Transcarpathian region correspond to national trends, except for the category "Diseases of circulatory system": as in the region it is growing, in the country as a whole, it is declining.

Key words: Transcarpathian region, population, morbidity, infectious diseases, diseases of the circulatory system, tumors.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Відомості про авторів

Білак-Лук'ячук Вікторія Йосипівна – к.мед.н., доцент кафедри наук про здоров'я Ужгородського національного університету; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.
+380 (50) 597-05-99, bilak.vika@gmail.com.

Василенко Вікторія Василівна – к.мед.н., лікар-епідеміолог, Закарпатський обласний центр громадського здоров'я; 88000, вул. Другетів, 72, м. Ужгород, Україна.
+380 (50) 808-64-20, viva60.net@gmail.com.

Миронюк І.С., Бабич К.В., Потокий Н.Й.

Короткозорість серед дитячого населення Закарпатської області як виклик в сфері охорони громадського здоров'я

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

ivan.myronyuk@uzhnu.edu.ua, ketb097@gmail.com, natalia.potokiy@uzhnu.edu.ua

Миронюк І.С., Бабич К.В., Потокий Н.Й.
**Близорукость среди детского населения
Закарпатской области как вызов
в сфере охраны общественного здоровья**
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Myronyuk I.S., Babych K.V., Potokiy N.I.
**Myopia among the children's population
of Transcarpathian region as a challenge
in public health sphere**
SU "Uzhhorod national university", Uzhhorod, Ukraine

Вступ

Проблема дитячої сліпоті і слабкозорості – одна з найактуальніших проблем не лише спеціалістів окремої спеціальності – офтальмології, подолання дитячої сліпоті є пріоритетним напрямком світової системи охорони здоров'я [1]. За оцінками експертів, близько 1,3 млрд людей у світі живуть з тією чи іншою формою порушення зору. Що стосується зору вдаль, легкі порушення зору відзначаються у 188,5 млн осіб, від помірних до важких – у 217 млн, тоді як 36 млн осіб вражені сліпотою. У глобальних масштабах основними причинами порушення зору виступають нескореговані аномалії рефракції і катаракта. І хоча, більшість людей з порушеннями зору входять у вікову групу старше 50 років, за даними глобальної стратегії боротьби зі сліпотою ВОЗ «VISION 2020: The Right to Sight», в світі живе майже 1,5 млн сліпих дітей та щохвилини сліпне одна дитина. Вважається, що за збереження таких негативних тенденцій до 2020 року кількість сліпих дітей у світі сягне 2 млн осіб [2].

Доведено, що в 50% випадків сліпоті та слабкозорості можна запобігти. Для цього вкрай необхідним є реалізація на національному та регіональних рівнях профілактичних та лікувально-реабілітаційних заходів, які дадуть змогу зменшити кількість дітей зі зниженим зором, забезпечити реалізацію основних прав дитини на здоров'я, освіту, гідне життя, а також знизити економічний тягар цієї проблеми для національного та регіональних бюджетів. Захворюваність дітей та підлітків, за даними звернень в лікувально-профілактичні заклади України, не тільки не зменшується, а й має тенденцію до зростання [3].

У межах програми ВОЗ «Зір – 2020. Право на зір» проблема патології органа зору у дітей виділена як один з пріоритетних напрямків для роботи медичних установ. В Україні питання боротьби з проблемами зору, зокрема

серед дитячого населення, відображені у діючих національних програмах. Так, Загальнодержавна програма «Здорова дитина», Загальнодержавна програма «Здоров'я 2020 – Український вимір» передбачають вивчення проблеми профілактики порушень зору та проведення наукових досліджень з даної проблеми. Про актуальність піднятої проблеми свідчать дослідження, що проводяться науковцями в останні десятиліття, і в яких констатується, що стан зорових функцій у школярів значно погіршився [4]. Протягом останніх 30 років в Україні виявляється щорічно 5–8% дітей із зниженим зором. У 72% хворих набутою короткозорістю слабого ступеня, її появу передував спазм акомодатції [5]. Спадкові та вроджені захворювання очей – це переважно важкі вади розвитку та хронічні захворювання, що відрізняються низькою ефективністю лікування. Вони мають особливу соціальну значущість, оскільки є основною причиною сліпоті та слабкозорості. Зокрема, в окремих країнах пострадянського простору у 55% дорослих інвалідів по зору віком 19–50 років захворювання очей маніфестувало в дитячому віці [6]. Власне показники дитячої інвалідності внаслідок хвороб органів зору є малоінформативними і не в повній мірі відображають масштаби проблеми. Так, за даними дослідників, у більшості випадків дітей з інвалідністю внаслідок спадкових і вроджених захворювань очного яблука, інвалідність їм була встановлена після 18 років [7, 8]. Патологія органа зору посідає перше місце в структурі захворювань, що виявляються у дітей шкільного віку [9]. При цьому, серед захворювань органів зору у дітей найбільшу частку має міопія слабого ступеня зі спазмом акомодатції [10,11].

Мета роботи – оцінити тенденції змін показників захворюваності та поширеності хвороб групи захворювань органів зору, зокрема міопії, серед дитячого населення Закарпатської області протягом 2011–2018 років.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети дослідження було використано наступні наукові методи дослідження: бібліосемантичний, контент-аналізу доступних даних результати наукових досліджень з досліджуваного питання, структурно-логічного аналізу. Як джерело інформації для послідувального аналізу в даному дослідженні використано щорічні довідники про стан здоров'я населення, які містять інформацію щодо захворюваності та поширеності хвороб за основними класами як на регіональному, так і національному рівні. Так, в Закарпатській області щорічно видаються Довідники Закарпатського обласного медичного інформаційно-аналітичного центру, а саме «Мережа закладів та основні показники діяльності системи охорони здоров'я Закарпатської області». В даному дослідженні аналізовано дані таблиці P120056 «Зареєстровано хвороб серед дітей 0–17 років включно» Довідника за 2011–2018 роки. Обмеження дослідження. Дані офіційної медичної статистики, в даному випадку зведені дані медичної облікової та звітної інформації закладів охорони здоров'я області (ЗВІТНА ФОРМА № 12 (розріз 0) «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які і проживають в районі обслуговування лікувального закладу») не відображають в повній мірі показники захворюваності і поширеності нозологічних одиниць групи H00-H59 «Хвороби ока та придаткового апарату»

(МКХ10) серед дитячого населення Закарпатської області. Це зумовлено широким поширенням приватних кабінетів визначення гостроти зору і підбору корегуючих засобів, які не входять до складу медичних закладів (надавачів медичної допомоги) і, відповідно, не подають офіційних звітних форм.

Результати дослідження та їх обговорення

Доступні дані джерел звітної медичної інформації дають можливість аналізу показників поширеності і захворюваності за роками аналізованого періоду в абсолютних числах та відносних з розрахунку на 1000 дитячого населення за такими категоріями: «Хвороби ока та придаткового апарату» (H00-H59 за МКХ-10), кон'юнктивіт та інші захворювання кон'юнктиви (H10-H11 за МКХ-10), катаракта (H25-H26 за МКХ-10) та міопія (H52.1 за МКХ-10). Загалом, показник поширеності хвороб ока та придаткового апарату протягом 2011-2018 років у Закарпатській області в абсолютних числах коливався від 20 443 випадків у 2015 році до 21 929 випадків у 2011 році, аналогічно, у розрахунку на 1000 дитячого населення показник коливався від 70,51 (2015 р.) до 77,02 (2011 р.). Загалом динаміка поширеності загальної групи хвороб ока і його придаткового апарату протягом 2011-2018 років серед дитячого населення регіону має тенденцію до зниження (табл. 1).

Таблиця 1. Показники поширеності хвороб ока та придаткового апарату і міопії серед дитячого населення Закарпатської області у 2011–2018 роках

Рік	Поширеність хвороб ока та придаткового апарату		Поширеність міопії	
	абс.	на 1000 дитячого населення	абс.	на 1000 дитячого населення
2011	21929	77,02	3 990,00	14,01
2012	21553	75,71	4 137,00	14,53
2013	21811	76,10	4 405,00	15,37
2014	21164	73,51	4 317,00	15,00
2015	20443	70,51	4 440,00	15,31
2016	21686	74,47	4 537,00	15,58
2017	21177	72,52	4 776,00	16,36
2018	21552	73,73	5 170,00	17,69

З даних таблиці 1 ми можемо спостерігати, що поширеність хвороб ока та придаткового апарату починаючи з 2011 року йшла на спад, особливо це помітно у 2015 році. Але вже в 2016 році даний показник знову досяг попередніх рівнів і до 2018 року поширеність хвороб даної групи істотно не змінювалась. Результати аналогічного аналізу динаміки показників поширеності міопії серед дитячого населення Закарпатської області протягом 2011-2018 років кардинально відрізняються. Так, спостерігається тенденція до зростання показників поширеності даної нозологічної одиниці. Станом на 2011 рік поширеність міопії серед дітей до 17 років включно в абсолютних даних складала 14,01 на 1000 дитячого населення (3 990 осіб), а у 2018 році цей

показник зріс до 17,69 (5 170 осіб), тобто поширеність даного захворювання зросла майже на 21%.

Отже, за результатами аналізу показників поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дитячого населення області протягом 2011-2018 років можна зробити висновок, що загалом поширеність хвороб даної групи має тенденцію до зниження. В той же час, одна із нозологічних одиниць даної групи – міопія (короткозорість) – навпаки, демонструє тенденцію до зростання. Відповідно, частка міопії в структурі захворювань ока та його придаткового апарату у дітей, мешканців Закарпатської області, за період аналізу зросла. Так, у 2011 році частка міопії в структурі поширеності усіх захворювань ока і його

придаткового апарату займала 18,2%, а у 2018 році – вже 23,9%.

Аналогічна ситуація спостерігається при аналізі показників захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату загалом та міопії, зокрема, серед дитячого населення Закарпатської області України протягом 2011-2018 років. Первинний аналіз даних звітних медичних форм по Закарпатській області за аналізований період показав, що найбільша кількість зареєстрованих випадків захворювань ока та придаткового апарату було зареєстровано у 2012 році – 12 124 випадки, а найменша у 2018 році – 10 381 випадок. Різниця склала 1 743 випадки, зниження рівня захворюваності у 2018 році в порівнянні з 2012 на 14,4%. Аналогічна оцінка даних щодо захворюваності на окрему нозологічну одиницю групи хвороб «Хвороби ока та придаткового апарату» – міопія – дитячого населення області за вказаний період показала постійне зростання показника (з незначними коливаннями в окремі роки) кількості зареєстрованих випадків. Так, зокрема, захворюваність у 2012 році (найвищий показник аналізованого періоду

захворюваності по усій групі хвороб органу зору) склала 850 випадків, а у 2018 році (відповідно, найнижчий показник аналізованого періоду захворюваності по усій групі хвороб органу зору) – 964 випадки, що на 11,8% більше (табл. 2).

Частка нозологічної одиниці «міопія» (H52.1 за МКХ-10) в структурі захворюваності на хвороби усієї групи «Хвороби ока та придаткового апарату» (H00-H59 за МКХ-10) серед дитячого населення Закарпатської області протягом 2011-2018 років має тенденцію до зростання. Так, у 2011 році частка міопії серед усіх хвороб органу зору серед захворівши дітей складала 7,11%, а у 2018 році уже 9,29% (рис.).

Аналіз відносних даних захворюваності дитячого населення Закарпатської області на хвороби ока та придаткового апарату з розрахунку на 1 000 дитячого населення протягом 2011-2018 років показує аналогічно тенденцію до зниження. Так, як представлено в таблиці 2, у 2011 році захворюваність по цій групі хвороб складала 40,75 випадків на 1000 дитячого населення, а у 2018 році склала, відповідно, 35,51 на 1000 дитячого населення.

Таблиця 2. Показники захворюваності на хвороби ока та придаткового апарату та міопію дитячого населення Закарпатської області у 2011–2018 роках

Рік	Захворюваність на хвороби ока та придаткового апарату		Захворюваність на міопію	
	абс.	на 1000 дитячого населення	абс.	на 1000 дитячого населення
2011	9528	40,75	677	2,90
2012	12124	42,59	850	2,99
2013	11999	41,86	1035	3,61
2014	11441	39,74	854	2,97
2015	10885	37,54	982	3,39
2016	10960	37,64	1062	3,65
2017	10401	35,62	1039	3,56
2018	10381	35,51	964	3,30

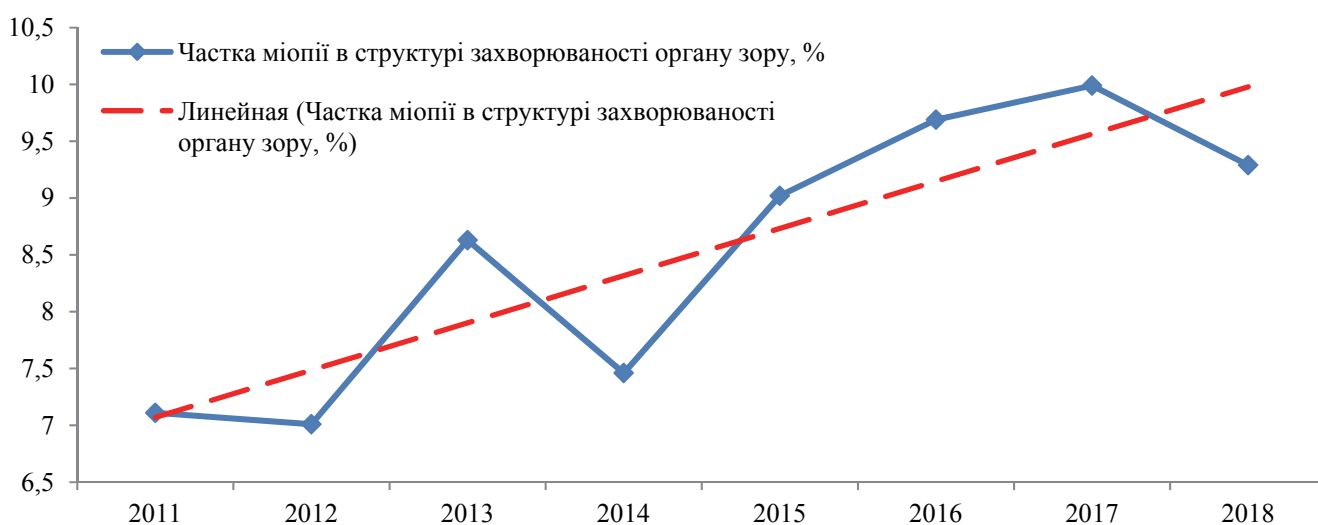


Рис. Частка міопії в структурі захворюваності на хвороби ока та придаткового апарату дитячого населення Закарпатської області у 2011–2018 роках

Щодо аналогічного показника захворюваності на міопію ми спостерігаємо протилежну ситуацію – захворюваність зростає. Так, у 2018 році відносний показник захворюваності на міопію серед дітей регіону зріс порівняно з 2011 роком на 13,4% (3,30 проти 2,90 на 1000 дитячого населення).

Отримані нами результати проведеного дослідження показали, що згідно даних офіційної медичної статистики щодо захворювань ока та його придаткового апарату протягом 2011-2018 років серед дитячого населення Закарпатської області, спостерігається зниження як поширеності, так і захворюваності загалом по вказаній групі хвороб. Але, в той же час констатується постійна тенденція до зростання поширеності та захворюваності на окрему нозологічну одиницю даної групи – міопію. Саме це захворювання є проявом зниження гостроти зору і порушень акомодатції, які є, в тому числі, і негативними наслідками впливу поширення надмірного користування інформаційними технологіями серед дитячого населення.

Перспективи подальших досліджень

Отримані нами результати дають підставу для проведення окремого дослідження з метою виявлення причинно-наслідкових зв'язків між зростанням навантаження на зоровий аналізатор дітей електронних засобів інформатизації та комунікації та зростанням захворюваності населення (зокрема, дитячого) на короткозорість.

Висновки

У ході дослідження встановлено, що показники захворюваності та поширеності усіх нозологічних одиниць групи Н00-Н59 «Хвороби ока та придаткового апарату» (МКХ10) серед дитячого населення Закарпатської області у період з 2011 по 2018 років істотно не змінювались, спостерігається тенденція до зниження. В той же час, поширеність міопії в даній віковій групі населення в обраний період дослідження мала тенденцію до постійного зростання. У 2018 році поширеність міопії серед осіб від народження до 17 років зростає порівняно з 2011 роком майже на 21%. Відповідно, частка міопії в структурі захворювань ока та його придаткового апарату у дітей, мешканців Закарпатської області, зростає. Так, у 2011 році міопія в структурі поширеності усіх захворювань ока і його придаткового апарату займала 18,2%, а у 2018 році – вже 23,9%. Аналогічна ситуація спостерігається щодо показника захворюваності на міопію дитячого населення. Так, у 2018 році відносний показник захворюваності на міопію серед дітей регіону зріс порівняно з 2011 роком на 13,4% (3,30 проти 2,90 на 1000 дитячого населення).

Отже, на тлі загалом стабільної, навіть позитивної ситуації щодо захворюваності та поширеності загалом по групі захворювань «Хвороби ока та придаткового апарату» серед дитячого населення області спостерігається протягом останніх років зростання показників захворюваності та поширеності порушень гостроти зору, зокрема міопії.

Література

1. World report on vision. World Health Organization. 2019. 160 p. Режим доступу: <https://www.iapb.org/wp-content/uploads/world-vision-report-accessible1.pdf>.
2. Blindness and vision impairment. World Health Organization. Електронний документ. Режим доступу: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>.
3. Варивончик Д.В. Популяційний ризик сліпоті як показник для організації профілактичної та медико-соціальної допомоги дитячому населенню. Тези та лекції міжнар. наук.-практич. конф. лікарів-офтальмологів України «Запобігання сліпоті у дітей в Україні в рамках виконання програми ВООЗ «Зір-2020». Київ, 2005: 54–57.
4. Сердюченко В.І., Кужда І.М. Порівняльна оцінка стану некоригованої гостроти зору у дітей різними формами і ступенями астигматизму. II конференція дитячих офтальмологів України «Сучасні технології діагностики та лікування очної патології у дітей»: Тези та лекції. 2003; «КВІЦ»: 166-168.
5. Шакир М.Х., Бушуева Н.Н., Пономарчук В.С., Храменко Н.И. Результаты лечения нарушений аккомодации у больных с использованием электростимуляции на аппарате "Этранс" и фосфенэлектростимуляции. Офтальмологический журнал. 2007; 1: 33-37.
6. Либман Е.С., Шахова Е.В. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России. 7 съезд офтальмологов России, 16-19 мая 2000 г.: тез. докладов. Москва; 2000; Ч. 2.: 209–214.
7. Фефильфан И.Л., Парфенова Т.И., Притков А.Н. [и др.]. Предупреждение слепоты и слабовидения вследствие наследственной патологии глаз: метод. рекомендации. Днепропетровск, 1988: 15 с.
8. Алифанова Т.А., Парфенова Т.И. Врожденная и наследственная патология глаз в нозологической структуре слепоты и слабовидения в Украине. Актуальні проблеми медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів внаслідок офтальмопатології : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 11-12 верес. 2003 р. Дніпропетровськ, 2003: 34–36.
9. Апрельев А.Е. Сравнительный анализ клинико-функциональных показателей у пациентов с миопией в зависимости от вида рефлексотерапевтического лечения. Вестник офтальмологии. 2011; Т. 127, 2: 49–52.
10. Бойчук Д.Є. Сучасні аспекти короткозорості серед дітей міста Суми. Мат. II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. Суми, 2014: 176–177.

11. Бойчук И.М. Сочетание стереовосприятия как индикатор нарушения в аккомодационно-конвергентном аппарате глаз. Офтальмологический журнал. 2012; 5–6: 260–262.

References

1. World report on vision. World Health Organization. 2019. 160 p. [Internet] Available from: <https://www.iapb.org/wp-content/uploads/world-vision-report-accessible1.pdf>.
2. Blindness and vision impairment. World Health Organization. [Internet] Available from: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>.
3. Varyvonchik D.V. Populiatsiyni ryzyk slipoty yak pokaznyk dlia orhanizatsii profilaktychnoi ta medyko-sotsialnoi dopomohy dytiamu naselenniu. Tezy ta leksii mizhnar. nauk.-praktych. konf. likariv-ofthalmolohiv Ukrainy «Zapobihannia slipoty u ditei v Ukraini v ramkakh vykonannia prohramy VOOZ «Zir-2020». Kyiv, 2005: 54–57.
4. Serdiuchenko V.I., Kuzhda I.M. Porivnialna otsinka stanu nekoryhovanoi hostroty zoru u ditei riznymi formamy i stupeniamy astyhmazyzmu. II konferentsiia dytichykh oftalmolohiv Ukrainy «Suchasni tekhnolohii diahnozyky ta likuvannia ochnoi patolohii u ditei»: Tezy ta leksii. 2003; «KVITs»: 166-168.
5. Shakir, M.Kh., Bushueva, N.N., Ponomarchuk V.S., Khramenko N.I. Rezul'taty` lecheniya narushenij akkomodaczii u bol'ny'kh s ispol'zovaniem e'lektrostimulyaczii na apparate "E'trans" i fosfene'lektrostimulyaczii. Oftal'mologicheskij zhurnal. 2007; 1: 33-37.
6. Libman E. S., Shakhova E.V. Sostoyanie i dinamika slepoty` i invalidnosti vsledstvie patologii organa zreniya v Rossii. 7 s'ezd oftal'mologov Rossii, 16-19 maya 2000 g.: tez. dokladov. Moskva; 2000; Ch. 2.: 209–214.
7. Fefil'fan I.L., Parfenova T. I., Pritkov A. N. [i dr.]. Preduprezhdenie slepoty` i slabovideniya vsledstvie nasledstvennoj patologii glaz: metod. rekomendaczii. Dnepropetrovsk, 1988: 15 s.
8. Alifanova T.A., Parfenova T.I. Vrozhdeniia i nasledstvennaya patologiya glaz v nozologicheskoi strukture slepoty` i slabovideniya v Ukraine. Aktualni problemy medyko-sotsialnoi ekspertyzy ta reabilitatsii invalidiv vnaslidok oftalmopatolohii : materialy nauk.-prakt. konf. z mizhnar. uchastiu, 11-12 veres. 2003 r. Dnipropetrovsk, 2003: 34–36.
9. Aprelev A.E. Sravnitel'ny'j analiz kliniko-funkczional'ny'kh pokazatelej u paczientov s miopeij v zavisimosti ot vida refleksoterapevticheskogo lecheniya. Vestnik oftal'mologii. 2011; T. 127, 2: 49–52.
10. Boichuk D.Ye. Suchasni aspekty korotkozorosti sered ditei mista Sumy. Mat. II Mizhnarodnoi naukovopraktychnoi konferentsii studentiv ta molodykh vchenykh. Sumy, 2014: 176–177.
11. Boichuk Y.M. Sochetanye stereovosppiyatiya kak yndykator napusheniya v akkomodatsyonno-konvephentnom apparate hlaz. Oftalmolohycheskyi zhurnal. 2012; 5–6: 260–262.

Дата надходження рукопису до редакції: 28.01.2020 р.

Мета роботи – оцінити тенденції змін показників захворюваності та поширеності хвороб групи захворювань органів зору, зокрема міопії, серед дитячого населення Закарпатської області протягом 2011-2018 років.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження виступили дані галузевої регіональної звітності щодо показників захворюваності та поширеності хвороб в розрізі окремих нозологічних одиниць серед населення різних вікових груп Закарпатської області за період 2011-2018 років. Методи дослідження: контент-аналізу доступних даних результатів наукових досліджень та структурно-логічного аналізу.

Результати. Поширеність усіх нозологічних одиниць групи «Хвороби ока та придаткового апарату» серед дитячого населення Закарпатської області у період з 2011 по 2018 років істотно не змінювалась, хоча спостерігається тенденція до зниження. В той же час, поширеність міопії в даній віковій групі населення в обраний період дослідження мала тенденцію до постійного зростання – майже на 21% у 2018 році у порівнянні з 2011 роком. Аналіз відносних показників захворюваності дитячого населення Закарпатської області на хвороби ока та придаткового апарату протягом 2011-2018 років показує тенденцію до зниження: у 2011 році захворюваність по цій групі хвороб складала 40,75 випадків на 1000 дитячого населення, а у 2018 році склала, відповідно, 35,51. Щодо аналогічного показника захворюваності на міопію спостерігається протилежна ситуація: у 2018 році відносний показник захворюваності на міопію серед дітей регіону зріс порівняно з 2011 роком на 13,4%.

Висновки: на тлі загалом стабільної протягом останніх років ситуації щодо захворюваності та поширеності по групі захворювань «Хвороби ока та придаткового апарату» серед дитячого населення області спостерігається зростання показників захворюваності та поширеності міопії. Дане явище може бути зумовлено і негативними наслідками впливу надмірного користування інформаційними технологіями серед дитячого населення.

Ключові слова: міопія, дитяче населення, захворюваність та поширеність.

Цель работы – оценить тенденции изменений показателей заболеваемости и распространенности болезней группы заболеваний органов зрения, в частности миопии, среди детского населения Закарпатской области в течение 2011-2018 годов.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження виступили дані галузевої регіональної звітності по показателям захворюваності і поширеності захворювань в розрізі окремих нозологічних одиниць серед населення різних вікових груп Закарпатської області за період 2011-2018 років. Методи дослідження: контент-аналіз доступних даних результатів наукових досліджень і структурно-логічного аналізу.

Результати. Поширеність всіх нозологічних одиниць групи «Захворіння ока і допоміжних органів» серед дитячого населення Закарпатської області в період з 2011 по 2018 років суттєво не змінилася, хоча спостерігається тенденція до зниження. В той же час, поширеність миопії в цій віковій групі населення в даний період дослідження мала тенденцію до постійного зростання – майже на 21% в 2018 році порівняно з 2011 роком. Аналіз відносних показників захворюваності дитячого населення Закарпатської області на захворювання ока і допоміжних органів в період 2011-2018 років показує тенденцію до зниження: в 2011 році захворюваність по цій групі захворювань становила 40,75 випадків на 1000 дитячого населення, а в 2018 році становила, відповідно, 35,51. Відносно аналогічного показника захворюваності миопією спостерігається протилежна ситуація: в 2018 році відносний показник захворюваності миопією серед дітей регіону зріс порівняно з 2011 роком на 13,4%.

Висновки: на фоні в цілому стабільної на протязі останніх років ситуації по захворюваності і поширеності по групі захворювань «Захворіння ока і допоміжних органів» серед дитячого населення області спостерігається зростання показників захворюваності і поширеності миопії. Це явище може бути обумовлено негативними наслідками впливу надмірного використання інформаційних технологій серед дитячого населення.

Ключові слова: миопія, дитяче населення, захворюваність і поширеність.

Purpose – to assess the tendencies of changes in morbidity and prevalence of the group of visual organs diseases, in particular, myopia, among the children's population of Transcarpathian region during the period of the years 2011-2018.

Materials and methods. The materials of the research presented the industry's regional reporting on indicators of morbidity and prevalence of diseases in the context of separate nosological units among the population of different age groups in Transcarpathian region for the period of the years 2011-2018. Research methods: of content analysis of the available data of research results and of structural-and-logical analysis.

Results and their discussion. The prevalence of all the nosological units of the group "Eye and the Appendage Diseases" among the children's population of Transcarpathian region in the period from 2011 to 2018 years has not changed significantly, although there is a tendency to decrease.

At the same time, the prevalence of myopia in this age group of the population in the selected period of the study showed a tendency to continuous growth – by almost 21% in 2018 compared to 2011. The analysis of the relative incidence of children's morbidity in Transcarpathian region on eye and the appendage diseases during the years 2011-2018 shows a tendency to decrease: in 2011 the incidence of this group of diseases amounted to 40.75 cases per 1000 children's population, and in 2018 it amounted, respectively, 35.51. The opposite situation is observed in relation to the similar incidence of myopia: in 2018, the relative incidence of myopia among children in the region has increased by 13.4% compared to 2011.

Conclusions: on the background of stable in recent years situation as for morbidity and prevalence in the group "Eye and the appendage diseases" among the children's population of the region there is an increase in myopia incidence rates and prevalence.

This phenomenon may be due to negative consequences of the impact of excessive use of information technologies among children's population.

Key words: myopia, children's population, morbidity and prevalence.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Відомості про авторів

Миронюк Іван Святославович – доктор медичних наук, доцент, факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.
ivan.myronyuk@uzhnu.edu.ua.

Бабич Катерина Володимирівна – студентка магістерської програми «Громадське здоров'я» факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; м. Ужгород, Україна.
ketb097@gmail.com.

Потокій Наталія Йосипівна – кандидат медичних наук, факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.
natalia.potokiy@uzhnu.edu.ua.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201460

УДК

Vansač P.

The use of ergotherapy in the retirement home

St. Elizabeth University of health and social work, Bratislava, Institute of bl. M.D. Trčku, Michalovce, Slovakia

vansac.p@gmail.com

Вансак П.

Використання ерготерапії

в закладах для людей похилого віку

Вища школа охорони здоров'я та соціальної роботи

Св. Алжбети, м. Братислава, Словаччина

Вансак П.

Использование эрготерапии в доме престарелых

Высшая школа здравоохранения и социальной работы

Св. Елизаветы, г. Братислава, Словакия

Introduction

The word therapy comes from the Greek word (therapeia), meaning to heal, nurse, educate, exercise, help, care. Therapy is just a tool to restore human physical, mental functions and social integration. One of the important therapies is ergotherapy. [1] According to the World Federation of Occupational Therapists (2004), "occupational therapy is a profession that aims to promote the health and wellbeing of a client through activities. The primary purpose of ergotherapy is to enable clients to participate in everyday activities. Occupational therapists achieve this goal by trying to help people carry out activities that increase their ability to integrate into everyday life. The goal of ergotherapy, according to the Council of Occupational Therapists for the European Countries (2000), is to "promote the health and wellbeing of the client through meaningful employment. Occupational therapists believe that health can be affected by human activity. Occupational therapy is the treatment of persons with physical or mental illness or disability, using specifically selected activities to enable them to achieve maximum functional standards and independence in all aspects of life. Occupational therapy is a profession that draws on medical and social sciences. It focuses on the nature, balance, forms and context of being busy in an individual's life. [2] It is interested in how the disease or disability affects a person's ability to perform a activity and how to strike a balance between a person's ability, the demands of activities and environmental factors. Occupational therapy is based on the belief that people are active beings who are constantly evolving through their relationship with the physical, social, cultural and spiritual environment. The philosophy of ergotherapy is based on a holistic view of a person and assumes that each person is a unique being able to improve his/her health, functional abilities and thus achieve a better quality of life. The quality of life concerns the physical, psychological state, but also the area of social relations and the economic and financial situation. [3] Therapists of the Czech Association of Occupational

Therapists, define these goals in their Concept of the Department of Occupational (2007):

- Promote a person's health and well-being through meaningful activity.
- Help improve the ability a person needs to manage their daily activities.
- Allow a person to fulfill their social role.
- Help to fully involve a person in the activities of their social environment and community.
- Apply client-targeted therapy.
- Empower the person in maintaining, restoring or acquiring the abilities needed to carry out their daily activities.
- Seek to maintain the opportunity for everyone to participate in everyday activities, regardless of their disability.

The areas covered by ergotherapy are broad categories of human activities that form part of his daily life. There are three basic categories:

- Everyday activities. We divide them into personnel daily activities (eg eating, dressing, personal hygiene, walking, etc.) and instrumental daily activities (eg telephoning, using public transport, shopping, preparing meals, housework, etc.).
- Work or producing activities. This includes education and "keeping them busy" activities.
- Leisure activities that are adequate to the age of the individual. [4]

According to Malíková (2011), the activity of occupational therapy in a retirement home should be deliberately designed in such a way that as many stimuli, methods and activities can be intertwined in it. Therefore, during the selected activity, e.g. ergotherapist releases favorite music or sounds from music therapy during hand work, and clients use the aroma lamp to inhale fragrant oil. To maintain concentration and interest of clients, activity alternates with some element of relaxation. [6]

According to Maleshko, I Mironyuk, Slabý, Brych social workers within the multidisciplinary team should work particularly closely with the physician in drawing conclusions in the context of social therapy. [5]

The aim of the research was to point out the importance of social therapy, which is carried out in retirement homes. Based on the main goal, we have set the following partial goals:

- See if clients are participating in social therapy
- to find out whether the length of stay in a retirement home has an impact on the use of the type of social therapy,
- identify the relationship to social therapy and whether it helps them to manage their daily activities.

Data and methodology

We conducted research in three retirement homes. 107 respondents participated in the research, of which 44 men and 63 women. There are 19 women more than men in the research, representing 30,15%. This has been influenced by several factors, the most important being that there are more women than men in the retirement homes surveyed. We used statistical method chi-square test for testing individual hypotheses.

Research results

In order to obtain the most important knowledge and objectives of the research, we present the following hypotheses:

Hypothesis 1: Length of stay in a retirement home is related to respondents' social therapy.

Table 1. Observed and expected frequencies of length of stay in the retirement home and the use of social therapy

Observed frequencies			
	0-5 years	6 or more years	total
ergotherapy	5	9	14
music therapy	22	5	27
bibliotherapy	10	6	16
occupational therapy	10	16	26
other	5	6	11
total	52	42	94
Expected frequencies			
ergotherapy	7,74468	6,25532	14
music therapy	14,9362	12,0638	27
bibliotherapy	8,85106	7,14894	16
occupational therapy	14,383	11,617	26
other	6,08511	4,91489	11
total	52	42	94
df	4	9,49	
chi test	13,41002128		
p value	0,009436786		

Given the calculated chi square of 13.41, we found in Hypothesis 1 a link between the length of stay in a retirement home and the use of social therapy. The chi square value is higher than the tabular value for the 4 df degree of freedom, which indicates the dependence between variables. Also,

a p value of 0.009436786, which is less than a significance level of 0.05, suggests that there is a link between the items. Based on the results of testing, we can reject the null hypothesis and accept the alternative hypothesis, ie the length of stay in the retirement home affects the social therapy of the respondents they use. It is clear from Table 1 that the longer the respondents have been in a retirement home, the more often they use ergotherapy. In all facilities, 13 clients do not like any therapy, which is 12.4%.

Conclusion: Hypothesis 1 was confirmed.

Hypothesis 2: Subjective perception of therapy in coping with respondents' daily activities.

When analyzing the relationship between the length of stay in a retirement home and the subjective perception of assistance in managing everyday activities, a statistically significant difference was found at a significance level of 5% chi square = 10.11502965, df = 3, p = 0.017613227. Based on the results of testing, we can reject the null hypothesis and accept the alternative hypothesis, there is a statistically significant relationship between the length of stay in a retirement home and the subjective perception of respondent therapy in managing everyday activities.

Conclusion: Hypothesis 2 was confirmed.

Table 2. Observed and expected frequencies of length of stay in a retirement home and perception of assistance in managing everyday activities

Observed frequencies			
	0-5 years	6 or more years	total
I forget about everyday problems in therapy	23	6	29
interview with therapist	7	7	14
the activity itself	14	20	34
the community we create - therapist and clients	6	7	13
total	50	40	90
Expected frequencies			
I forget about everyday problems in therapy	16,1111	12,8889	29
interview with therapist	7,77778	6,22222	14
the activity itself	18,8889	15,1111	34
the community we create - therapist and clients	7,22222	5,77778	13
total	50	40	90
df	3	7,82	
chi test	10,11502965		
p value	0,017613227		

Discussion

Old age is a challenge for every individual and society. The maturity of society also depends on how old people and their experience are embraced by society and how they take care of their seniors. Nowadays, seniors in society are often perceived as a burden on the family. [6] Older people live their lives in different ways. The home environment is ideal for the elderly and is also an environment where he/she should live his/her senior age. However, circumstances often force an older person to leave his home and live in a retirement home. We usually realize the quality of life when it is reduced. Life itself is influenced by several factors. The most important factor is the health condition that determines the self-sufficiency of seniors. The research was focused on the use of social therapy in selected retirement homes and based on the answers of the respondents we gained knowledge about the use of a therapy. Research shows that therapy in retirement homes is very beneficial, about 80% of seniors enjoy therapy and use it for the benefit of their health. Although we find that social therapy is popular in up to 80% of clients, we cannot express full satisfaction, because the remaining 20% of clients are reasons to improve the delivery of therapy itself and therefore we propose these recommendations for practice:

- Social workers should target clients who do not participate in either individual or group therapy. From our survey, we found that it's 14 clients.

- For all the retirement homes surveyed, we recommend regular training for social workers or those providing therapies.

- For social workers providing therapies, we recommend training from professional literature by self-study and participation in conferences on this topic.

Conclusions

Old age cannot be seen only as a change for the worse. It is a period of life with its own qualities. Older people have the right to a dignified old age. Therefore John Paul II. He stressed the need to build a culture of old age, where elderly people would be provided with social assistance, either at home or in elderly facilities. The elderly is not able to live in stress, it is not allowed by his/her physical and psychological abilities and therefore he/she needs a human approach from relatives, carers, social workers.

In view of this, the psychological impact of therapeutic activities on seniors is beyond doubt. It helps seniors to accept themselves because they still feel capable of performing a useful activity.

References

1. Malíková, E. 2011 *Péče o seniory v bytových sociálních zařízeních*, Grada Publishing Praha 2011, ISBN 978-80-247-3148-3.
2. Barkasi, D. 2019. Важливість ерготерапії в соціальній праці. І науково-практична конференція з міжнародною участю, присвячена 20-й річниці з дня заснування факультету здоров'я та фізичного виховання. «Сучасні підходи до формування професійних компетентностей фахівців фізичної терапії та ерготерапії» 17.-18.10.2019 Užhorod. Ukraïna – Zdorovja nacii. 2019; ISSN 2077-6594. 55(2): 135-137.
3. Šupínová, M., Budová, S., Drapáčová, E., Snitková, M. 2018. Kvalita života dialyzovaných pacientov. In *Zdravotnícke listy*. 2018. ISSN 1339-3022, roč. 6, č. 1, str. 30-36.
4. Jelínková, J., Krivošíková, M., Šajtarová, L. 2009 *Ergoterapie*, Praha – Portal 2009, ISBN 978-80-7367-583-7.
5. Maleshko G. V., Mironyuk I. S., Slabý G.O., Brych, V. V. Функціонально-організаційні моделі реабілітаційної допомоги особам, що перенесли мозковий інсульт на регіональному рівні, In: *Ukraine Nation's Health Scientific-and-practical journal Frequency – quarterly Founded in January, 2007, № 2 (55), 2019, p 93. ISSN 2077-6594.*
6. Malíková, E. 2011. *Péče o seniory v bytových sociálních zařízeních*, Grada Publishing Praha 2011, ISBN 978-80-247-3148-3.
7. Popovičová, M., Wiczmandyová, D., Hrindová, T. 2017. Komunitná práca so seniormi ako metóda ošetrovateľskej starostlivosti. In: Vansač, P., Barkasi, D., Popovičová, M. In *Zborník vedeckých prác III. Medzinárodnej vedeckej konferencie, Komunitná starostlivosť v pomáhajúcich profesiách*. Vydavateľstvo: Katedra Filozofii, Wydział Psychologii, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie. 2017. s. 353 – 366. ISBN 978-83-61087-41-0.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.03.2020 р.

Social therapy is a set of individual and group practices for creating, restoring and strengthening social relationships and skills of individuals. One of the important therapies is ergotherapy. The aim of the research is to show the importance of social therapy, which is carried out in retirement homes.

Research data and methods. We used the inductive statistics tools, Chi-square test, to verify the hypotheses. We make decisions on the significance of the differences based on the calculated value and the significance level of 0.05. We conducted the research in three retirement homes. We found out the relation between the length of stay in the retirement home and the type of respondents' social therapy and the subjective perception of help in managing everyday activities.

Results. From the research results we found a link between the length of stay in a retirement home and the use of social therapy. The longer the respondents have been in the retirement home, the more often they use ergotherapy. There is also a

statistically significant relationship between the length of stay in a retirement home and their subjective perception of therapy in managing everyday activities.

Conclusions. The psychological impact of therapeutic activities on seniors is undeniable. It helps seniors to accept themselves because they still feel capable of performing a useful activity.

Key words: old age, senior, therapy, method, retirement home.

Соціальна терапія являє собою набір індивідуальних та групових практик для побудови, відновлення та зміцнення соціальних відносин та навичок окремих осіб. Одним з важливих методів лікування є ерготерапія. Метою дослідження стала демонстрація важливості соціальної терапії, яка проводиться в закладах для людей похилого віку.

Матеріали та методи. Щоби перевірити гіпотезу ми використовували інструменти індуктивної статистики, тест Chi-квадрат. Ми приймаємо рішення про значення розбіжностей на основі значення MPWS та рівня значимості 0,05. Ми провели дослідження в трьох будинках для людей похилого віку. Ми з'ясували зв'язок між тривалістю перебування в будинку для людей похилого віку та типом соціальної терапії респондентів і суб'єктивним сприйняттям допомоги в управлінні повсякденною діяльністю.

Результати. За результатами дослідження ми знайшли зв'язок між тривалістю перебування у будинку для людей похилого віку та використанням соціальної терапії. Чим довше респонденти знаходяться у будинку для людей похилого віку, тим частіше вони використовують ерготерапію. Існує також статистично значимий взаємозв'язок між тривалістю перебування у будинку для людей похилого віку та їх суб'єктивним сприйняттям терапії в управлінні повсякденною діяльністю.

Висновки. Психологічний вплив терапевтичної діяльності на людей похилого віку незаперечний. Це допомагає людям похилого віку прийняти себе, оскільки вони все ще почувають себе здатними на участь у корисній діяльності.

Ключові слова: старість, похилий, терапія, метод, будинок для людей похилого віку.

Социальная терапия представляет собой набор индивидуальных и групповых практик для создания, восстановления и укрепления социальных отношений и навыков отдельных лиц. Одним из важных методов лечения является эрготерапия. Целью исследования является демонстрация важности социальной терапии, которая проводится в домах престарелых.

Материалы и методы. Мы использовали инструменты индуктивной статистики, тест Chi-квадрат, чтобы проверить гипотезу. Мы принимаем решения о значении различий на основе значения MPWS и уровня значимости 0,05. Мы провели исследование в трех домах престарелых. Мы выяснили связь между продолжительностью пребывания в доме престарелых и типом социальной терапии респондентов и субъективным восприятием помощи в управлении повседневной деятельностью.

Результаты. Из результатов исследования мы обнаружили связь между продолжительностью пребывания в доме престарелых и использованием социальной терапии. Чем дольше респонденты находятся в доме престарелых, тем чаще они используют эрготерапию. Существует также статистически значимая взаимосвязь между продолжительностью пребывания в доме престарелых и их субъективным восприятием терапии в управлении повседневной деятельностью.

Выводы. Психологическое воздействие терапевтической деятельности на пожилых людей неоспоримо. Это помогает пожилым людям принять себя, потому что они все еще чувствуют себя способными участвовать в полезной деятельности.

Ключевые слова: старость, пожилой, терапия, метод, дом престарелых.

Відомості про автора

Vansač Peter – St. Elizabeth University of health and social work, Bratislava, Institute of bl. M. D. Trčku, Michalovce; Partizánska 23, 071 01 Michalovce, Slovakia.
vansac.p@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201462
УДК 618.19-089.87

Одинець Т.Є.

Ефективність застосування засобів йоги у поліпшенні амплітуди руху верхньої кінцівки у жінок з постмастектомічним синдромом

Хортицька національна академія, м. Запоріжжя, Україна

tatyana01121985@gmail.com

Одинець Т.

Эффективность применения средств йоги в улучшении амплитуды движения верхней конечности у женщин с постмастэктомическим синдромом

Хортицкая национальная академия,
г. Запорожье, Украина

Odynets T.

Effectiveness of yoga means in improvement of range of upper extremity movement in women with postmastectomy syndrome

Khortytsya National Academy, Zaporizhzhia, Ukraine

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Обраний напрям дослідження відповідає темі науково-дослідної роботи Хортицької національної навчально-реабілітаційної академії «Інклюзивний підхід до фізичної реабілітації на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я в Україні» (№ держреєстрації 0117U003039) на 2017-2021 рр.

Вступ

Провідні вітчизняні та закордонні літературні джерела [1-3] вказують на те, що проблема лікування та реабілітації жінок з постмастектомічним синдромом посідає значне місце серед онкологічної патології жіночого населення та має важливе значення не тільки для національної системи охорони здоров'я, але й економіки та суспільства в цілому.

Постійне вдосконалення медичних досягнень в онкології сприяє збільшенню кількості пацієнок, які, формально, внаслідок відсутності прогресування основного захворювання вважаються "здоровими", однак наявність ускладнень, зумовлених проведеною агресивною протипухлинною терапією, зростає зі збільшенням терміну післяопераційного періоду, що потребує активного втручання з боку фізичних терапевтів.

Обмеження діапазону руху в плечовому суглобі, на думку Petito E.L., Nazário A.C., Martinelli S.E та ін. [3], вважається одним з основних післяопераційних ускладнень при лікуванні раку молочної залози і супроводжується порушеннями і зниженням функції верхньої кінцівки. Серед причин больового синдрому та контрактури плечового суглоба виділяють порушення шкірної чутливості, деформуючий артроз плечового суглоба, плечовий плексит, остеохондроз хребта з

вторинним корінцевим больовим синдромом, наслідки тривалої іммобілізації в положенні приведення [4-6].

Аналіз сучасних рандомізованих досліджень переконливо засвідчує те, що застосування засобів йоги у фізичній терапії жінок, хворих на рак молочної залози, сприяє суттєвому зменшенню лімфостазу верхньої кінцівки, втоми, депресії та тривоги [7-11], однак визначення ефективності засобів йоги у відновленні амплітуди руху у жінок з постмастектомічним синдромом потребує подальшого вивчення.

Мета дослідження – визначити ефективність застосування засобів йоги у поліпшенні амплітуди руху верхньої кінцівки у жінок з постмастектомічним синдромом.

Об'єкт та методи дослідження

Об'єктом дослідження стали 50 жінок з постмастектомічним синдромом, середній вік досліджуваних склав $57,47 \pm 0,53$ років; час після виконання мастектомії за Мадденом – $3,8 \pm 0,87$ тижні. За ступенем поширення пухлинного процесу у жінок діагностовано I, II-а та II-б стадію пухлинного процесу (T₁₋₂N₀₋₁M₀); усім хворим виконувалась ад'ювантна променева терапія. Для вирішення поставлених завдань дослідження на стаціонарному етапі реабілітації було сформовано основну групу (ОГ) та групу порівняння (ГП) методом рандомізації по 25 жінок в кожній. На цьому етапі жінки групи порівняння (ГП) займалися за загальноприйнятою програмою, основної групи – за розробленою програмою, що передбачає обґрунтований вибір засобів йоги щодо перебігу післяопераційного періоду, віку, особливостей фізичного та функціонального стану пацієнтки. Для кожної пацієнтки основної групи добиралися індивідуально ті засоби, форми і методи фізичної реабілітації, які найефективніше допоможуть

вирішити завдання та досягти поставленої мети. Жінки займалися відповідними програмами реабілітації 5 разів на тиждень упродовж 30 днів.

Перед виконанням асан та дихальних вправ усі жінки, незалежно від рівня функціонального стану, виконували суглобову гімнастику, яка передбачала підготовку організму до основного навантаження та сприяла збільшенню амплітуди рухів у суглобах, зокрема в плечовому. Інтенсивність виконуваних вправ залежно від рівня функціонального стану серцево-судинної системи становила від 45% до 60% від резерву частоти серцевих скорочень.

Амплітуду рухів поступово збільшували в міру тренуваності, послідовність залучення суглобів полягала в такому: спочатку виконували рухи в дистальних відділах верхньої кінцівки, нижньої, потім поступово переходили до проксимальних та плавно об'єднували ці рухи в одну цілісну структуру.

Навчання фізичних вправ йоги розпочинали з вивчення техніки асан і дихальних вправ, потім поступово переходили до узгодження статичних і рухових дій з диханням і тільки після успішного їх засвоєння та гарної координації переходили до виконання цілісних статодинамічних комплексів асан, що виконувалися без пауз відпочинку.

Узгодження рухів з диханням під час виконання таких комплексів проводили таким чином, щоб початкова фаза руху збігалася з початком вдиху та продовжувалася упродовж усього дихального циклу, адже така координованість сприяє дотриманню оптимального темпу та злитості рухів упродовж цілісного комплексу. Для успішного навчання жінок дихальних вправ застосовували переважно стійкі сидячі пози, які давали змогу довгий час підтримувати зручне положення та сприяли найбільшій концентрації уваги над м'язами, що беруть участь в акті дихання. На кожному занятті, незалежно від рівня функціонального стану жінки, застосовувати асани з різних вихідних положень для повноцінного залучення в

роботу різних м'язових груп, уникання виникнення локального та загального стомлення, водночас складність дібраних асан була різною, що відповідало функціональним можливостям пацієнтки.

Окрім цього, виконання як окремих статичних вправ, так і стаодинамічних комплексів обов'язково супроводжувалося чергуванням з рухами на розслаблення та розтягування для зняття напруження з м'язів. У кінці заняття жінки приймали асану (переважно «Шавасану»), яка найбільш сприяла розслабленню та знаходилися в ній декілька хвилин.

Обробка даних

Отримані протягом усього періоду досліджень результати обробляли методами математичної статистики з використанням пакетів статистичних програм Statistica 8.0. Застосовували методи описової статистики, перевірки статистичних гіпотез. Перед застосуванням параметричних методів перевірки статистичних гіпотез (t-тест для залежних та незалежних даних) розраховували критерій Шапіро-Уїлкі для визначення відповідності вибірки закону нормального розподілу.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати оцінювання активної амплітуди руху в плечовому суглобі у хворих з постмастектомічним синдромом свідчать про позитивну динаміку відновлення рухів на оперованій стороні в обох групах (табл.), однак кращі результати були отримані в основній групі.

Зокрема, під впливом занять йогою в ОГ відбулося достовірне поліпшення згинання – на 73,28 градуса ($p < 0,001$), розгинання – на 20,16 градуса ($p < 0,001$), відведення – на 73,08 градуса ($p < 0,001$), а також внутрішньої – на 16,04 градуса ($p < 0,001$) – та зовнішньої – на 17,60 градуса ($p < 0,001$) – ротації порівняно з вихідними значеннями на оперованій стороні.

Таблиця. Зміна показників амплітуди руху в плечовому суглобі на оперованій стороні ($M \pm m$) у жінок основної групи (ОГ) та групи порівняння (ГП)

Показник	ОГ (n=25)			ГП (n=25)		
	до	після	p	до	після	p
Згинання	40,52±2,4	113,80±3,1**	<0,001	41,72±2,1	102,04±3,0	<0,001
Розгинання	25,20±1,5	45,36±1,77***	<0,001	25,44±1,4	31,44±1,45	<0,001
Відведення	37,00±1,6	110,08±3,2***	<0,001	39,08±1,6	78,84±5,26	<0,001
Внутрішня ротація	37,40±2,1	53,44±1,83**	<0,001	35,48±1,9	45,28±2,26	<0,001
Зовнішня ротація	36,64±1,8	54,24±1,34*	<0,001	37,44±1,6	49,88±1,69	<0,001

Примітки: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$ при порівнянні кінцевих показників основної групи та групи порівняння.

Результати порівняльного аналізу початкових і кінцевих даних активної амплітуди руху в плечовому суглобі на оперованій стороні в жінок ГП вказують на збільшення показника згинання на 60,32 градуса ($p < 0,001$), розгинання – на 39,76 градуса ($p < 0,001$), відведення – на 39,76 градуса ($p < 0,001$), внутрішньої ротації –

на 9,80 градуса ($p < 0,001$), зовнішньої ротації – на 12,44 градуса ($p < 0,001$).

Результати зміни показників активної амплітуди руху в обох групах у відсотках від норми розглянуто на рис. Порівнянням кінцевих показників на оперованій стороні між жінками основної групи та групи порівняння було виявлено достовірні відмінності за всіма напрямками

рухами в плечовому суглобі. Зокрема, показник згинання на оперованій стороні був вищий в ОГ порівняно з ГП на 11,76 градуса ($p < 0,01$), розгинання – на 13,92 ($p < 0,001$),

відведення – на 31,24 градуса ($p < 0,001$), зовнішньої ротації – на 8,16 градуса ($p < 0,01$), внутрішньої – на 4,36 градуса ($p < 0,05$).

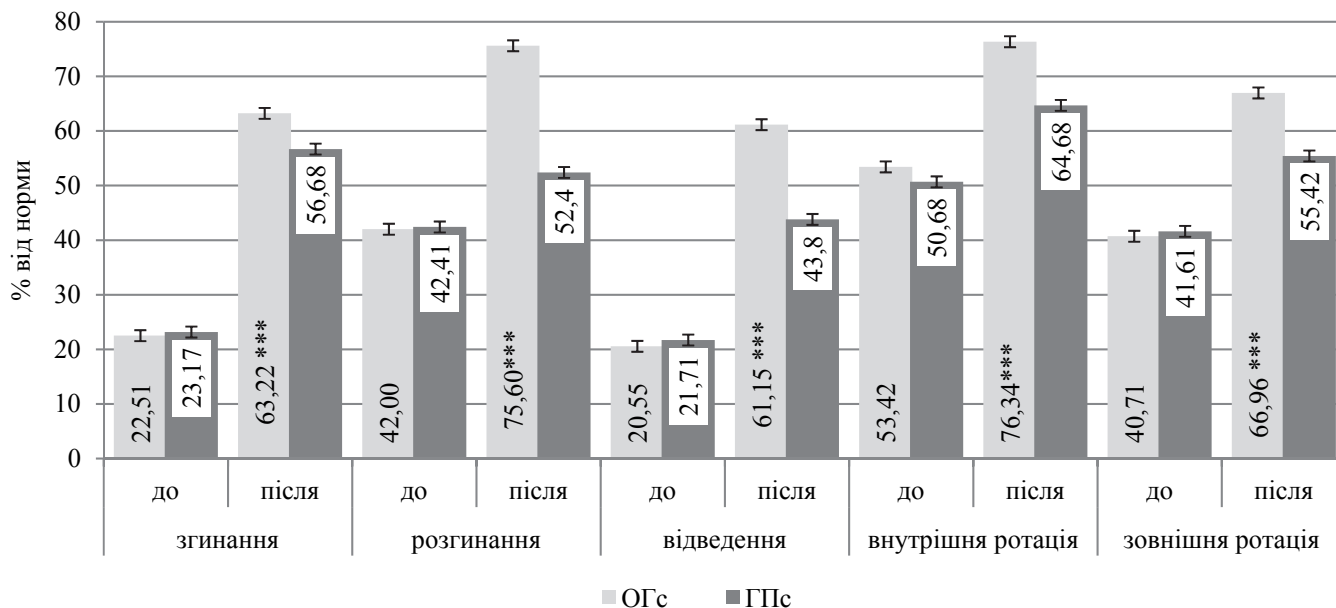


Рис. Зміна показників гоніометрії в жінок основної групи (ОГ) та групи порівняння (ГП) у % залежно від норми:

*** – $p < 0,001$ при порівнянні початкових і кінцевих показників основної групи;

••• – $p < 0,001$ при порівнянні початкових і кінцевих показників групи порівняння.

Показники згинання в ОГ на оперованій стороні становили $63,22 \pm 1,75\%$ від норми, розгинання – $75,60 \pm 2,95\%$, відведення – $61,15 \pm 1,81\%$, внутрішньої ротації – $76,34 \pm 2,62\%$, зовнішньої ротації – $66,96 \pm 1,65\%$, в ГП – $56,68 \pm 1,70\%$, $52,40 \pm 2,49\%$, $43,80 \pm 2,92\%$, $64,68 \pm 3,23\%$, $55,42 \pm 1,88\%$ відповідно.

У проведеному дослідженні доповнено дані дослідників Peppone L.J., Janelins M.C. та ін. [5], Harder H, Parlour L, Jenkins V. [9] щодо ефективності застосування вправ за системою йоги для поліпшення амплітуди руху верхньої кінцівки у жінок після хірургічного лікування раку молочної залози. Врахування рівня функціонального стану серцево-судинної системи та індивідуальних особливостей постмастектомічного синдрому сприяє отриманню

вірогідно кращих результатів гоніометрії плечового суглоба порівняно зі стандартною програмою реабілітації.

Перспективи подальших досліджень передбачають визначення особливостей впливу засобів йоги на показники функціонального стану серцево-судинної системи у жінок з постмастектомічним синдромом.

Висновки

Отримані результати свідчать про те, що йога є дієвим та безпечним засобом для поліпшення активної амплітуди руху у жінок з постмастектомічним синдромом.

Література

1. Бріскін Ю.А., Одинець Т.Є. Поліпшення функціонального стану верхньої кінцівки в жінок з постмастектомічним синдромом з використанням проблемно-орієнтованої програми фізичної реабілітації. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2015. № 11. С. 20–25.
2. Olsson Möller U., Beck I., Rydén L., Malmström M. A comprehensive approach to rehabilitation interventions following breast cancer treatment – a systematic review of systematic reviews. BMC Cancer. 2019. Vol.19 (1). P. 472.
3. Petito E.L., Nazário A.C., Martinelli S.E., Facina G., De Gutiérrez M.G. Application of a domicile-based exercise program for shoulder rehabilitation after breast cancer surgery. Rev Lat Am Enfermagem. 2012. Vol. 20 (1). P. 35–43.
4. Odynets T., Briskin Y., Yefremova A., Goncharenko I. The effectiveness of two individualized physical interventions on the upper limb condition after radical mastectomy. Physiotherapy Quarterly. 2019. Vol. 27 (1). P. 12-17.
5. Peppone L.J., Janelins M.C., Kamen C., Mohile S.G., Sprod L.K., Gewandter J.S., Kirshner J.J. et. al. The effect of YOCAS yoga for musculoskeletal symptoms among breast cancer survivors on hormonal therapy. Breast Cancer Res Treat. 2015. Vol. 150 (3). P. 597-604.

6. Teo I, Novy D.M., Chang D.W., Cox M.G., Fingeret M.C. Examining pain, body image, and depressive symptoms in patients with lymphedema secondary to breast cancer. *Psychooncology*. 2015. Vol. 24(11). P. 1377–1383.
7. Buffart L.M., van Uffelen J.G.Z, Riphagen I.I., et al. Physical and psychosocial benefits of yoga in cancer patients and survivors, a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Cancer*. 2012. Vol.12(1). P.559.
8. Dangi A.A., Aurangabadkar S.K., Deo M.V. Effect of a Structured Yoga Program on Fatigue, Depression, Cardiorespiratory Fitness, and Quality of Life in a Postmenopausal Breast Cancer Survivor. *Int J Yoga*. 2018. Vol. 11(3). P. 255-257.
9. Harder H., Parlour L., Jenkins V. Randomised controlled trials of yoga interventions for women with breast cancer: a systematic literature review. *Support Care Cancer*. 2012. Vol. 20(12). P. 3055–3064.
10. Levine A.S., Balk J.L. Pilot study of yoga for breast cancer survivors with poor quality of life. *Complement Ther Clin Pract*. 2012. Vol. 18(4). P. 241–245.
11. Martin A.C., Keats M.R. The impact of yoga on quality of life and psychological distress in caregivers for patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2014. Vol. 41(3). P. 257–264.

References

1. Briskin YuA, Odynets Tіe. Polipshennia funktsionalnoho stanu verkhnoi kintsivky v zhinok z postmastektomichnym syndromom z vykorystanniam problemno-orіentovanoi prohramy fizychnoi reabilitatsii. *Pedahohika, psykholohiia ta medyko-biologichni problemy fizychnoho vykhovannia i sportu*. 2015;11:20–25.
2. Olsson Möller U, Beck I, Rydén L, Malmström M. A comprehensive approach to rehabilitation interventions following breast cancer treatment – a systematic review of systematic reviews. *BMC Cancer*. 2019 May 20;19(1):472. doi: 10.1186/s12885-019-5648-7.
3. Petito EL, Nazário AC, Martinelli SE, Facina G, De Gutiérrez MG. Application of a domicile-based exercise program for shoulder rehabilitation after breast cancer surgery. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012 Jan-Feb;20(1):35–43.
4. Odynets T., Briskin Y., Yefremova A., Goncharenko I. The effectiveness of two individualized physical interventions on the upper limb condition after radical mastectomy. *Physiotherapy Quarterly*. 2019. Vol. 27 (1). P. 12-17.
5. Peppone LJ, Janelins MC, Kamen C, Mohile SG, Sprod LK, Gewandter JS, Kirshner JJ, Gaur R, Ruzich J, Esparaz BT, Mustian KM. The effect of YOCAS yoga for musculoskeletal symptoms among breast cancer survivors on hormonal therapy. *Breast Cancer Res Treat*. 2015 Apr;150(3):597-604. doi: 10.1007/s10549-015-3351-1.
6. Teo I, Novy DM, Chang DW, Cox MG, Fingeret MC. Examining pain, body image, and depressive symptoms in patients with lymphedema secondary to breast cancer. *Psychooncology*. 2015 Nov;24(11):1377–1383.
7. Buffart LM, van Uffelen JGZ, Riphagen II, et al. Physical and psychosocial benefits of yoga in cancer patients and survivors, a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Cancer*. 2012;12(1):559. doi:10.1186/1471-2407-12-559.
8. Dangi AA, Aurangabadkar SK, Deo MV. Effect of a Structured Yoga Program on Fatigue, Depression, Cardiorespiratory Fitness, and Quality of Life in a Postmenopausal Breast Cancer Survivor. *Int J Yoga*. 2018 Sep-Dec;11(3): 255-257. doi: 10.4103/ijoy.IJOY_61_17.
9. Harder H, Parlour L, Jenkins V. Randomised controlled trials of yoga interventions for women with breast cancer: a systematic literature review. *Support Care Cancer*. 2012 Dec;20(12):3055–3064.
10. Levine AS, Balk JL. Pilot study of yoga for breast cancer survivors with poor quality of life. *Complement Ther Clin Pract*. 2012 Nov;18(4):241–245.
11. Martin AC, Keats MR. The impact of yoga on quality of life and psychological distress in caregivers for patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2014 May;41(3):257–264.

Дата надходження рукопису до редакції: 26.02.2020 р.

Мета: визначити ефективність застосування засобів йоги у поліпшенні амплітуди руху верхньої кінцівки у жінок з постмастектомічним синдромом.

Об'єкт і методи дослідження. Об'єктом дослідження стали 50 жінок з постмастектомічним синдромом, середній вік досліджуваних склав $57,47 \pm 0,53$ років; час після виконання мастектомії за Мадденом – $3,8 \pm 0,87$ тижні. За ступенем поширення пухлинного процесу у жінок діагностовано I, II-а та II-б стадію пухлинного процесу (T₁₋₂N₀₋₁M₀); усім хворим виконувалась ад'ювантна променева терапія. В роботі використовувалися такі методи дослідження: аналіз літературних джерел та емпіричних даних; гоніометрія; методи математичної статистики.

Результати досліджень: під впливом занять йогою в ОГ відбулося достовірне поліпшення згинання – на 73,28 градуса ($p < 0,001$), розгинання – на 20,16 градуса ($p < 0,001$), відведення – на 73,08 градуса ($p < 0,001$), а також внутрішньої – на 16,04 градуса ($p < 0,001$) – та зовнішньої – на 17,60 градуса ($p < 0,001$) – ротації порівняно з вихідними значеннями на оперованій стороні. Показник згинання на оперованій стороні був вищий в ОГ порівняно з ГП на

11,76 градуса ($p<0,01$), розгинання – на 13,92 ($p<0,001$), відведення – на 31,24 градуса ($p<0,001$), зовнішньої ротації – на 8,16 градуса ($p<0,01$), внутрішньої – на 4,36 градуса ($p<0,05$).

Висновки. Отримані результати свідчать про те, що йога є дієвим та безпечним засобом для поліпшення активної амплітуди руху у жінок з постмастектомічним синдромом.

Ключові слова: гоніометрія, жінки, постмастектомічний синдром, йога.

Цель: определить эффективность применения средств йоги в улучшении амплитуды движения верхней конечности у женщин с постмастэктомическим синдромом.

Объект и методы исследования. Объектом исследования стали 50 женщин с постмастэктомическим синдромом, средний возраст испытуемых составил $57,47\pm 0,53$ лет; время после выполнения мастэктомии по Маддену – $3,8\pm 0,87$ недели. По степени распространения опухолевого процесса у женщин диагностирована I, II-а и II-б стадия опухолевого процесса ($T_{1-2}N_{0-1}M_0$); всем больным выполнялась адьювантная лучевая терапия. В работе использовались следующие методы исследования: анализ литературных источников и эмпирических данных; гониометрия; методы математической статистики.

Результаты исследований: под влиянием занятий йогой в ОГ произошло достоверное улучшение сгибания – на 73,28 градуса ($p<0,001$), разгибания – на 20,16 градуса ($p<0,001$), отведения – на 73,08 градуса ($p<0,001$), а также внутренней – на 16,04 градуса ($p<0,001$) и внешней – на 17,60 градуса ($p<0,001$) ротации по сравнению с исходными значениями на оперированной стороне. Показатель сгибания на оперированной стороне был выше в ОГ по сравнению с ГС на 11,76 градуса ($p<0,01$), разгибания – на 13,92 ($p<0,001$), отведения – на 31,24 градуса ($p<0,001$), наружной ротации – на 8,16 градуса ($p<0,01$), внутренней ротации – на 4,36 градуса ($p<0,05$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что йога является действенным и безопасным средством для улучшения активной амплитуды движения у женщин с постмастэктомическим синдромом.

Ключевые слова: гониометрия, женщины, постмастэктомический синдром, йога.

Purpose: to determine the effectiveness of yoga means in improving the range of motion of the upper limb in women with postmastectomy syndrome.

Object and research methods. The object of the study was 50 women with postmastectomy syndrome, the average age of the patients was 57.47 ± 0.53 years. According to the degree of tumor process I, II-a and II-b stages were diagnosed ($T_{1-2}N_{0-1}M_0$) in women; all patients underwent adjuvant radiation therapy. The following research methods were used in the manuscripts: analysis of literary sources and empirical data; goniometry; methods of mathematical statistics.

Research results: under the influence of the applied yoga means, women of the main group showed a significant improvement in flexion – by 73.28 degrees ($p<0.001$), extension – by 20.16 degrees ($p<0.001$), abduction – by 73.08 degrees ($p<0.001$), internal rotation – by 16.04 degrees ($p<0.001$) and external rotation – by 17.60 degrees ($p<0.001$) compared to the initial values on the operated side. The flexion range on the operated side was higher in women of the main group compared to control group by 11.76 degrees ($p<0.01$), extension – by 13.92 ($p<0.001$), abduction – by 31.24 degrees ($p<0.001$), external rotation – by 8.16 degrees ($p<0.01$), internal rotation – by 4.36 degrees ($p<0.05$).

Conclusions. The results obtained indicate that yoga is an effective and safe mean for improving the active range of motion in women with postmastectomy syndrome.

Key words: goniometry, women, postmastectomy syndrome, yoga.

Відомості про автора

Одинець Тетяна Євгенівна – д. н. фіз. вих. та спорту, доцент, професор кафедри фізичної реабілітації Хортицької національної академії; 69017, м. Запоріжжя, вул. Наукового містечка, 59.

+380 (96) 347-85-23, tatyana01121985@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201464
УДК 378.147:615.8-051

Беспалова О., Лянной Ю., Бугаєнко Т., Лянна О., Литвиненко В.

Конгитивно-змістовий компонент у структурі готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності

Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка,
кафедра здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії, м. Суми, Україна

i-ozon777@bigmir.net, lyo_ifk@ukr.net, bugaenkotv@ukr.net, lann_olga@ukr.net, lvitaline1982@gmail.com

Беспалова О., Лянной Ю.,
Бугаєнко Т., Лянная О., Литвиненко В.

Конгитивно-содержательный компонент в структуре готовности будущих бакалавров физической терапии, эрготерапии к применению физкультурно-оздоровительных технологий в профессиональной деятельности

Сумской государственной педагогической университет имени А.С. Макаренко, кафедра здоровья, физической терапии, реабилитации и эрготерапии, г. Сумы, Украина

Bespalova O., Liannoi Yu.,
Bugaenko T., Lianna O., Lytvynenko V.

The congestive component in the structure of the readiness of future bachelors of physical therapy, ergotherapy for the application of physical and recreational technologies in professional activity

Sumy State Pedagogical University Makarenko,
Department of Health, Physical Therapy,
Rehabilitation and Ergotherapy, Sumy, Ukraine

Вступ

Підготовка фізичних терапевтів, які здатні здійснювати висококваліфіковану допомогу в напрямку підвищення рівня здоров'я, компенсацію функційних порушень, профілактику рухових дисфункцій людини, була і залишається на сьогодні актуальною проблемою. Це пов'язано із нагальною потребою щодо впровадження змін у сфері охорони здоров'я у напрямку здійснення адекватного та своєчасного реабілітаційного втручання у відповідності до індивідуальних особливостей та потреб громадян, спрямованих розвиток, збереження, відновлення функціональних можливостей організму людини, забезпечення повноцінної життєдіяльності хворих і неповносправних, підвищення рівня якості життя населення України.

Згідно структурного аналізу готовність майбутніх бакалаврів з фізичної терапії та ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій представлена наступними компонентами: мотиваційно-ціннісний, суб'єктний, когнітивно-змістовий та діяльнісний компоненти, що існують в єдності і взаємозв'язку. Враховуючи, що теоретичні знання є основою для успішного вирішення професійних завдань особами фізкультурно-оздоровчих технологій, важливим залишається питанням розкриття сутності когнітивно-змістового компоненту у формуванні означеного виду готовності.

Тому важливим питанням є визначення ролі когнітивно-змістового компоненту у формуванні готовності фізичних терапевтів, ерготерапевтів до

застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у майбутній професійній діяльності.

Теоретичний аналіз науково-методичної літератури з дослідження проблем професійної підготовки фахівців з фізичної терапії (фізичної реабілітації) вказують на значну увагу науковців до вивчення різних її аспектів. Вивченню фундаментальних та прикладних основ їх професійної підготовки присвячені роботи Н.О. Белікової, Т.М. Бугері, Л.Б. Волошко, В.В. Крупи, В.О. Кукси, Ю.О. Ляного, Р.В. Маслова, Л.П. Сущенко, А.В. Фатівець та ін. Питання щодо структури готовності фахівців з фізичної терапії, ерготерапії до різних видів фахової діяльності висвітлені у роботах О. В. Бісмак (формування готовності до клінічної діяльності), Н.О. Белікової (формування готовності до здоров'язбережувальної діяльності), А. Фатівець (формування готовності до діагностичної діяльності), О.В. Базильчук (до роботи з відновлення здоров'я спортсменів) та ін.

Проте питання готовності фахівців з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій за когнітивно-змістовим компонентом у науково-методичній літературі залишається незкритими.

Метою роботи є обґрунтування змісту когнітивно-змістового компоненту готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії та ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності, визначити критерії, показники та психолого-педагогічні методи оцінки рівня сформованості означеного виду готовності.

Об'єкт та методи дослідження

Об'єктом дослідження є готовність майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії за конгнітивно-змістовим компонентом щодо застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у майбутній професійній діяльності.

Методи дослідження: теоретичний аналіз психологічної та спеціальної науково-методичної літератури з метою вивчення проблеми готовності майбутніх фахівців у галузі «охорона здоров'я»; структурний аналіз для розробки структури готовності та обґрунтування змісту конгнітивно-змістового компоненту готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності; методи математичної статистики.

У дослідженні прийняли участь студенти 4-5 курсів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» (фізична реабілітація) Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка, Кам'янець-Подільського національного університету ім. Івана Огієнка, Національного університету «Чернігівський колегіум» ім. Т. Г. Шевченка, Бердянського державного педагогічного університету, Ужгородського національного університету.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз дослідницьких позицій науковців щодо формування професійної готовності дає підстави виходити з розуміння готовності майбутнього бакалавра з фізичної терапії та ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності як складного динамічного особистісного утворення, яке забезпечує поточну реалізацію фізкультурно-оздоровчої професійної діяльності і полягає у оволодінні спеціальними знаннями фізкультурно-оздоровчих технологій та вміннями, пов'язаними з ними, прийомами та методами їх використання та передбачає наявність психологічних якостей, необхідних для фахівця з фізичної терапії та ерготерапії, є підґрунтям для професійного самовдосконалення. Стан готовності до майбутньої професійної діяльності має складну динамічну структуру і представляє собою стійку єдність певних компонентів. При цьому усі компоненти структури готовності до професійної діяльності мають взаємозалежний, взаємопов'язаний і взаємопроникливий характер, завдяки чому і забезпечується цілісне узгодження характеристик людини як особистості і суб'єкта діяльності, а також успішність майбутньої професійної діяльності [7].

Враховуючи, що метою діяльності фахівця з фізичної терапії, ерготерапії на посаді є надання послуг приватним особам і населенню загалом для усунення, припинення або зменшення болю, відновлення функцій організму, досягнення нормального рівня здоров'я, фізичної самостійності та активності, оптимального фізичного стану та самопочуття осіб усіх вікових категорій з різноманітними порушеннями діяльності

функціональних систем (Клименко, 2019), а головним засобом виступають фізичні вправи та їх комплекси, у нашому дослідженні була визначена та обґрунтована структура готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії та ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій. Вона представлена чотирьохкомпонентною структурою: мотиваційно-ціннісний компонент характеризується наявністю у студентів системи цінностей, інтересів, потреб і мотивів засвоєння змісту теоретичних та процесуально-методичних аспектів застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності; суб'єктний компонент передбачає сформованість професійно важливих якостей особистості, які становлять основу для розвитку професійних умінь і навичок, спрямованих на практичну реалізацію фізкультурно-оздоровчої діяльності; когнітивно-змістовий компонент передбачає сформованість у студентів знань теоретичних і методичних основ реалізації фізкультурно-оздоровчої роботи; діяльнісний компонент передбачає сформованість професійно важливих умінь і навичок, спрямованих на практичну реалізацію фізкультурно-оздоровчої діяльності. Наочно структура готовності представлена на рисунку 1.

Когнітивно-змістовий компонент визначається науковцями як один із фундаментальних у загальній структурі готовності будь-якого фахівця, оскільки він є ключовим для його професійного становлення та саморозвитку, оволодіння новітніми технологіями та практиками [5], а фундаментальні знання передбачають перетворення структури та змісту наукового знання, встановлення таких зв'язків між навчальними дисциплінами, які дозволяють формувати в майбутніх спеціалістів цілісне уявлення про педагогічну діяльність, що підвищує ступінь застосування знань, активне їх використання [8].

Під когнітивним компонентом дослідники розглядають певний результат і рівень сформованості психологічних знань, психологічну грамотність, обізнаність про сутність психологічної складової майбутньої професії тощо [11]. Він включає в себе розуміння поставлених завдань, знання способів їх вирішення та засобів досягнення мети, аналіз ймовірних змін ситуації – фактично це когнітивний аналіз ситуації і пошук способів вирішення завдання [7].

Розглядаючи зміст когнітивно-змістової складової готовності майбутніх фахівців в системі професійної підготовки, спираємося на сутність наукового пізнання у сфері професійної освіти, яке «складає методологічну основу конгнітивно-змістових процесів усіх рівнів і спрямувань» [10]. Адже саме наукове пізнання у сфері професійної освіти являє собою складний суперечливий процес відтворення знань, які створюють цілісну розвивальну систему понять, теорій, гіпотез, законів; науковий пошук містить педагогічну практику, а також передбачає узагальнення системи фактів, поглиблює і розвиває теоретичні положення та уточнює базові поняття [6].

При визначенні складових когнітивно-змістового компоненту у нашому дослідженні ми дотримувалися

думки О.А. Абдуліної, яка у структурі знань виділяє наступні елементи: 1) знання фундаментальних ідей, концепцій, законів та закономірностей розвитку явищ; 2) знання провідних педагогічних теорій, основних

категорій та понять; 3) знання основоположних педагогічних фактів; 4) прикладні знання про загальну методику навчання та виховання тих, хто навчається [1].

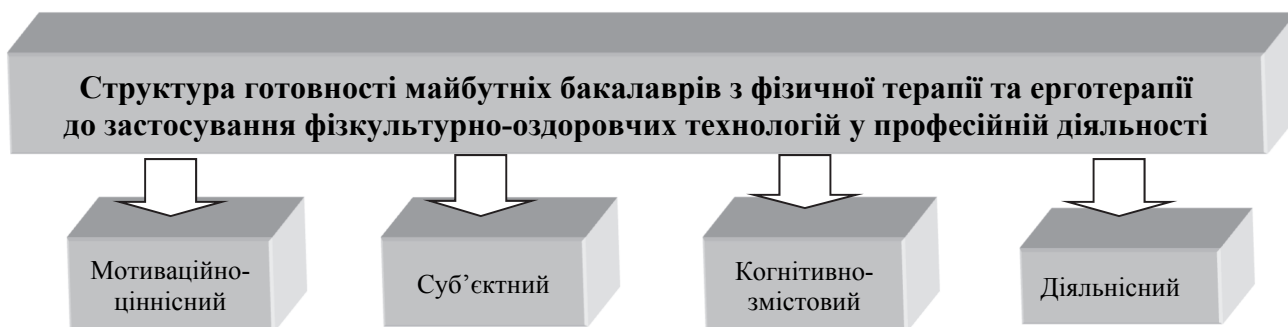


Рис. 1. Схематичне зображення компонентного складу готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії та ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності

Отже, на нашу думку, когнітивно-змістовий компонент готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій передбачає, сформованість у студентів знань теоретичних і методичних основ реалізації фізкультурно-оздоровчої роботи, оскільки саме вони є підґрунтям для кваліфікованого використання фізкультурно-оздоровчих технологій в практичній діяльності. У процесі навчання бакалаври отримують знання з циклів загальної та професійної підготовки. Теоретичний базис закладається у процесі вивчення дисциплін з циклів загальної та професійної підготовки: «Теорія і методика фізичного виховання», «Біомеханіка», «Основи фізичної реабілітації», «Теорія і технології оздоровчо-рекреаційної рухової активності», «Лікувальна фізична культура», «Функціональний фітнес», «Фізіологія рухової активності», «Фітнес-програми аеробного та силового спрямування», «Тренування рухової активності хворих та неповносправних» [2].

При вивченні означених дисциплін майбутні бакалаври з фізичної терапії та ерготерапії засвоюють види фізкультурно-оздоровчих технологій, їх характеристики та особливості практичного впровадження; особливості планування реабілітаційного втручання із застосуванням фізкультурно-оздоровчих технологій; методичні особливості виконання фізичних вправ; методи організації занять різної спрямованості; способи дозування фізичного навантаження в залежності від вікової та нозологічної групи; знання про тонізуючу, трофічну дію фізичних вправ, їх вплив на функціональний стан пацієнта/клієнта та перебіг обмінних процесів.

Таким чином, когнітивно-змістовий компонент готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій становлять професійно-фахові знання, які умовно можна об'єднати у такі групи: психолого-педагогічні (про зміст, структуру, принципи, методи, засоби фізкультурно-оздоровчих технологій; про початок, підтримання та завершення діалогу під час професійного

спілкування із співрозмовниками (членами мультидисциплінарної команди, пацієнтами / клієнтами, родичами хворих та членами їх сімей) та у досягненні конкретних комунікативно-професійних цілей; медико-біологічні (про анатомо-фізіологічні особливості функціонування організму людини в стані спокою, під час фізичного навантаження, у процесі відновлення та при наявних функціональних обмеженнях); технологічні (про техніку виконання фізичних вправ, про методи визначення оптимального рівня рухової активності; про діагностичні методи, які дозволяють укласти реабілітаційний профіль за показниками фізичного розвитку, фізичної підготовленості, функціонального стану, існуючих функціональних обмежень, психоемоційного статусу тощо) [2].

З метою діагностики сформованості готовності за когнітивно-змістовим компонентом нами були обрані відповідні критерії і показники, а також сформований діагностичний інструментарій.

Діагностика сформованості готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії та ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій за когнітивно-змістовим компонентом здійснювалася за теоретичним критерієм, який передбачає засвоєння професійно-орієнтованих знань за обсягом, якістю, практичною спрямованістю, відповідністю кваліфікаційним вимогам.

З цією метою в експериментальному дослідженні було використано розроблені нами тести, спрямовані на визначення рівня теоретико-методичних знань щодо особливостей застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у оздоровчій, профілактичній, реабілітаційній діяльності. Тестові завдання передбачали чотири варіанти відповідей з одним вірним. Результатом тестування стала загальна сума балів за правильні відповіді, згідно якої студенти набували високого, середнього та низького рівня оволодіння фаховими знаннями щодо процесуально-методичних аспектів застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у різних видах професійної діяльності. Приклади розроблених тестів наведено у [2, 3].

Зразок тестових завдань:

1. З якої причини людина відчуває м'язовий біль, що з'являється через 12 годин після навантаження:
 - a. накопичення продуктів окислення речовин;
 - b. накопичення рідини;
 - c. порушення цілісності окремих м'язових волокон;
 - d. накопичення молочної кислоти?
2. Методичними прийомами дозування фізичного навантаження під час оздоровчого (реабілітаційного, тренувального) заняття є:
 - a. кількість повторень обраної вправи;
 - b. вибір вихідного положення;
 - c. амплітуда рухів
 - d. усі відповіді вірні?

У відповідності до отриманих у ході проведення розробленого нами тестування студенти набувають низького, середнього та високого рівня готовності за теоретичним критерієм. Ці рівні мають наступні характеристики.

Так, низький рівень готовності до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій за означеним показником у професійній діяльності характеризується несформованістю понятійного апарату, недостатнім рівнем теоретико – методичної підготовленості у напрямку застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у різних ситуаціях професійної діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта; складністю в узагальненні та систематизації навчальної інформації, а отже і неможливістю встановлювати міжпредметні

зв'язки для отримання системних професійно-орієнтованих знань.

Середній рівень готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії та ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій вказує достатній обсяг систематизованих відповідних фаху теоретико-методичних знань з фізкультурно-оздоровчих технологій для кваліфікованого здійснення професійної діяльності, які дають можливість студентам аналізувати віддалені або завершені процеси реабілітаційного втручання та переносити набуті знання для вирішення іншої професійної ситуації.

Високий рівень готовності характеризується наявністю сформованих ґрунтовних, систематизованих під час спеціально організованого освітнього процесу в вищому навчальному закладі професійно-орієнтованих знань щодо процесуально-методичних аспектів застосування засобів фізкультурно-оздоровчих технологій у реабілітаційній, оздоровчій, профілактичній та інших видах професійної діяльності у роботі з пацієнтами / клієнтами різних вікових та нозологічних груп.

На констатувальному етапі дослідження були залучені 180 студентів 4-5 курсів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» (фізична реабілітація) Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка, Кам'янець-Подільського національного університету ім. Івана Огієнка, Національного університету «Чернігівський колегіум» ім. Т. Г. Шевченка, Бердянського державного педагогічного університету, Ужгородського національного університету. Наочні результати проведеного тестування представлені на рисунку 2.

Рівні, %

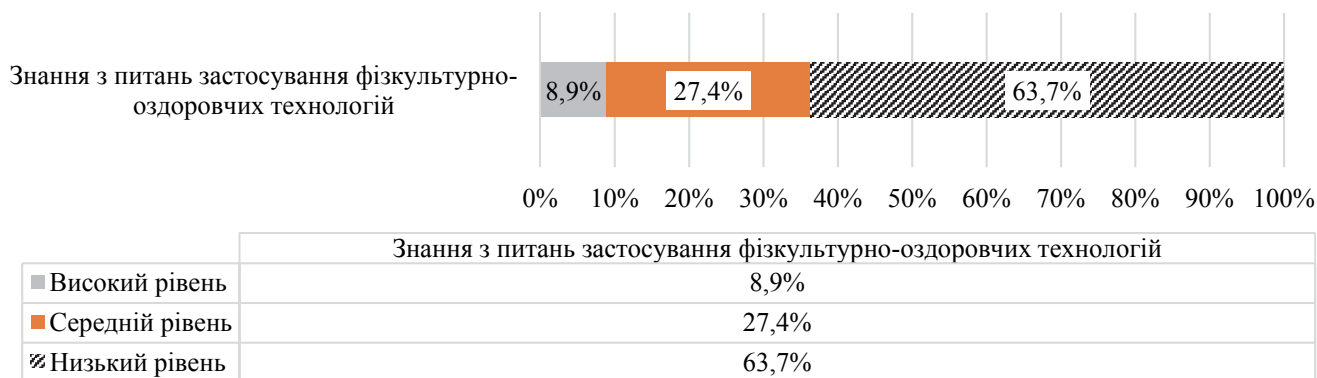


Рис. 2. Рівні сформованості професійних знань з питань щодо застосування фізкультурно-оздоровчих технологій

Отримані дані свідчать, що найбільшу групу (79 осіб) респондентів складають студенти, які мають низький рівень знань щодо теорії і методики застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у майбутній професійній діяльності, що складає 63,7% від загальної їх кількості. Середній рівень фахових знань показали 34 фахівці, що відповідає 27,4% респондентів. Лише 8,9% від загальної кількості виявили високий рівень теоретичних знань з питань застосування фізкультурно-оздоровчих

технологій у професійній діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта. Це вказує на суттєві недоліки в організації навчально-виховного процесу студентів у напрямку формування їх готовності до застосування даних технологій, що потребує його удосконалення.

Значні труднощі у студентів виникають при відповідях на запитання, що вимагають установаження міжпредметних зв'язків; визначення фахової термінології і понять; урахування показань та протипоказань до

застосування фізичних вправ; вибору спеціальних фізичних вправ для пацієнтів / клієнтів, які мають в анамнезі різноманітні порушення та захворювання; знань показників толерантності до фізичних навантажень тощо.

Найкращі результати зафіксовано при відповіді на практично-орієнтовані питання стосовно форм та правил організації фізкультурно-оздоровчих тренувань; знань структурних компонентів фітнес-програм тощо.

Таким чином, підсумовуючи отримані в ході дослідження результати, варто зазначити, що якісне виконання професійних функцій і кваліфіковане вирішення професійних задач фізичним терапевтом, ерготерапевтом у напрямку застосування фізкультурно-оздоровчих технологій забезпечується шляхом оволодіння на високому рівні психолого-педагогічними та професійно-профільованими знаннями у процесі їх професійної підготовки, а також уміннями впроваджувати отримані в ході навчально-педагогічного процесу теоретичні знання у професійну діяльність, трансформувати у відповідності до професійних умов і обставин, творчо переосмислювати поряд із набуттям практичного досвіду.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у розробці авторської моделі формування готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у майбутній професійній діяльності.

Висновки

Таким чином встановлено, що фізкультурно-оздоровчі технології є одним із головних інструментів практичної діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта

(фізичного реабілітолога) та засобом впливу на стан здоров'я, фізичний розвиток, функціональний стан та фізичну працездатність осіб різних вікових та нозологічних груп населення. У результаті ґрунтовного аналізу науково-методичної літератури щодо структури готовності майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії (фізичної реабілітації) до різних видів фахової діяльності та основних її компонентів нами була визначена та представлена структура готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у майбутній професійній діяльності. Враховуючи, що теоретичні знання є підґрунтям для кваліфікованого використання фізкультурно-оздоровчих технологій в практичній діяльності, нами було охарактеризовано конґітивно-змістовий компонент готовності, який окреслює професійно-фахові знання майбутнього фахівця. Критерієм конґітивно-змістового компоненту обрано теоретичний критерій, який відображує рівень сформованості відповідних знань за обсягом, якістю, практичною спрямованістю, відповідністю кваліфікаційним вимогам фахівця з фізичної терапії, ерготерапії. Оцінка рівня сформованості професійно-профільованих знань відбувалася за допомогою розроблених нами тестових завдань, які включали питання із дисциплін медико-біологічного (анатомія з основами біології, фізіологія людини, вікова фізіологія, фізіологія рухової активності, біомеханіка, інструментальні методи діагностики) та професійно-орієнтованого блоків (вступ до спеціальності з основами реабілітації, лікувальна фізична культура, функціональний фітнес, фітнес програми аеробного та силового спрямування, оздоровчо-рекреаційні технології та ін.).

Література

1. Абдуллина ОА. *Общепедагогическая подготовка учителя в системе высшего педагогического образования: Для пед. спец. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Просвещение; 1990. 141 с.*
2. Беспалова ОО. *Методичні рекомендації до практичних занять з навчальної дисципліни «Функціональний фітнес».* Суми; 2019. 60 с.
3. Беспалова ОО. *Фітнес-програми силової та аеробної спрямованості : методичні рекомендації.* Суми; 2018. 63 с.
4. Беспалова ОО. *Сутність та структурні компоненти готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології.* 2019; 5(89): 269-280.
5. Білоусова Л., Житенева Н. *Компоненти готовності майбутніх учителів природничо-математичних дисциплін до застосування технологій візуалізації у предметно-професійній діяльності. Наукові записки. Серія: педагогіка.* 2018; 3: 80-87.
6. Дубасенюк ОА. *Наукові засади професійно-педагогічної підготовки студентів. Вісник Глухівського державного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки.* 2010; 15(1): 3-8.
7. Дудукалова ОС. *Сутність та структура готовності до професійної діяльності майбутніх інженерів економічного профілю. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету ім. Івана Огієнка. Серія : Педагогічна.* 2016; 22:138-140. e Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znprk_ped_2016_22_45
8. Клак ІС. *Критерії, показники та рівні сформованості професійної комунікативної компетентності майбутніх учителів англійської мови. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія : Філологічна.* 2017; 65 (1): 165-168. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nznuoaf_2017_64%281%29_60
9. Курнишев ЮА. *Педагогічні умови професійного саморозвитку майбутніх учителів фізичної культури : дис. ... канд. пед. наук. Київ; 2017. 249 с.*

10. Опалюк ТЛ. Конгнітивно-змістова компонента соціальної рефлексії майбутнього вчителя. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. 2018; 61: 218-222.
11. Полозенко ОВ. Модель формування психологічної готовності майбутніх фахівців аграрної галузі до професійної діяльності. Проблеми сучасного педагогічного образования. Серія: Педагогіка и психологія. 2014; 46 (4): 213-220.

References

1. Abdullina OA. Obshchepedagogicheskaja podgotovka uchytel'ia v sisteme visshhego pedagogicheskogo obrazovaniia: Dlia ped. spets. vissh. ucheb. zavedeni' [General pedagogical preparation of the teacher in the system of higher pedagogical education: For ped. spec. higher textbooks routine]. Moscow; 1990. 141 s. [in Russian].
2. Bespalova, O. O. (2018). Fitnes-prohramy sylovoi ta aerobnoi spriamovanosti : metodychni rekomendatsii [Power and Aerobic Fitness Programs: Guidelines]; Sumy. 63 s. [in Ukrainian].
3. Bespalova, OO. Sutnist ta strukturni komponenty hotovnosti maibutnikh bakalavriv z fizychnoi terapii, erhoterapii do zastosuvannia fizkulturno-ozdorovchikh tekhnolohii [The essence and structural components of the readiness of future bachelors in physical therapy, ergotherapy to the application of fitness and health technologies]. Pedagogichni nauky: teoriia, istoriia, innovatsiini tekhnolohii : Pedagogical Sciences: Theory, History, Innovative Technologies. 2019; 5 (89): 269-280. [in Ukrainian].
4. Bespalova, OO. Metodychni rekomendatsii do praktychnykh zaniat z navchalnoi dystsypliny «Funktsionalnyi fitnes» [Methodological recommendations for practical training in the course «Functional fitness»]. Sumy; 2019. 60 s. [in Ukrainian].
5. Bilousova L., Zhyteneva N. Komponenty hotovnosti maibutnikh uchyteliv pryrodnycho-matematychnykh dystsyplin do zastosuvannia tekhnolohii vizualizatsii u predmetno-profesiinii diialnosti [Components of the readiness of future teachers of natural and mathematical disciplines to the use of visualization technologies in the subject-professional activity]. Naukovi zapysky. Serii: pedagogika : Proceedings. Series: Pedagogy. 2018; 3: 80-87. [in Ukrainian].
6. Dubaseniuk OA. Naukovi zasady profesiino-pedahohichnoi pidhotovky studentiv [Scientific bases of professional and pedagogical preparation of students]. Visnyk Hlukhivskoho derzhavnoho pedagogichnoho universytetu. Serii: Pedagogichni nauky : Bulletin of the Hlukhiv State Pedagogical University. Series: Pedagogical Sciences. 2010; 15(1): 3-8. [in Ukrainian].
7. Dudukalova OS. Sutnist ta struktura hotovnosti do profesiinnoi diialnosti maibutnikh inzheneriv ekonomichnoho profilu [The essence and structure of professional engineers' readiness for professional activity] Zbirnyk naukovykh prats Kamenets-Podil'skoho natsionalnoho universytetu im. Ivana Ohienka. Serii : Pedagogichna : Collection of scientific works of Kamenets-Podil'sky National University Ivana Ogiienko. Series: Pedagogical. 2016; 22: 138-140. [in Ukrainian]. http://nbuv.gov.ua/UJRN/znppk_ped_2016_22_45
8. Klak IYe. Kryterii, pokaznyky ta rivni sformovanosti profesiinnoi komunikativnoi kompetentnosti maibutnikh uchyteliv anhliiskoi movy [Criteria, indicators and levels of professional communication competence of future English teachers]. Naukovi zapysky Natsionalnoho universytetu «Ostrozka akademiia». Serii : Filolohichna : Scientific notes of the Ostroh Academy National University. Series: Philological. 2017; 64(1): 165-168. [in Ukrainian].
9. Kurnyshev YuA. Pedagogical conditions of professional self-development of future teachers of physical culture [Pedagogichni umovy profesiinoho samorozvytku maibutnikh uchyteliv fizychnoi kultury]. Kiev; 2017. 249 s. [in Ukrainian].
10. Opaliuk TL. Konhityvno-zmistova komponenta sotsialnoi refleksii maibutnoho vchytel'ia [The contingent and meaningful component of the future teacher's social reflection]. Naukovyi chasopys imeni M. P. Dragomanova : Dragomanov Scientific Journal. 2018; 61: 218-222. [in Ukrainian].
11. Polozenko OV. Model formuvannia psykholohichnoi hotovnosti maibutnikh fakhivtsiv ahrarnoi haluzi do profesiinnoi diialnosti [Model of formation of psychological readiness of future specialists of agrarian industry for professional activity]. Problemi sучасного pedagogicheskogo obrazovaniia. Serii: Pedagogika y psykholohiia : Problems of modern pedagogical education. Series: Pedagogy and Psychology. 2014; 46(4): 213-220. [in Russian].

Дата надходження рукопису до редакції: 02.03.2020 р.

Мета дослідження є обґрунтування змісту конгнітивно-змістового компоненту готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії та ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності, визначення критеріїв, показників та методи оцінки рівня сформованості до означеного виду готовності.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено на базі Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка, Кам'янець-Подільського національного університету ім. Івана Огієнка, Національного університету «Чернігівський колегіум» ім. Т. Г. Шевченка, Бердянського державного педагогічного університету, Ужгородського національного університету, до якого були залучені студенти 4-5 курсів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» (фізична реабілітація). Для досягнення означеної мети нами були використані наступні методи

дослідження: теоретичний аналіз психологічної та спеціальної науково-методичної літератури з метою вивчення проблеми готовності майбутніх фахівців у галузі «охорона здоров'я»; структурний аналіз для розробки структури готовності та обґрунтування змісту конгнітивно-змістового компоненту готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності; методи математичної статистики.

Результати та обговорення. Підготовка фахівців з фізичної терапії, ерготерапії до кваліфікованого виконання професійних функцій у напрямку підвищення рівня здоров'я, компенсацію функційних порушень, профілактику рухових дисфункцій людини засобами фізкультурно-оздоровчих технологій була і залишається актуальною проблемою. Ураховуючи сферу та особливості практичної діяльності фахівців з фізичної терапії, ерготерапії, у статті розкрито сутність конгнітивно-змістового компоненту готовності, який окреслює професійно-фахових знань майбутнього фахівця у напрямку застосування фізкультурно-оздоровчих технологій при виконанні професійних функцій та вирішенні професійних завдань. Критерієм конгнітивно-змістового компоненту обрано теоретичний критерій, який відображує рівень сформованості відповідних знань за обсягом, якістю, практичною спрямованістю, відповідністю кваліфікаційним вимогам фахівця з фізичної терапії, ерготерапії. Відповідно до критерію та показників обрано діагностичний інструментарій для оцінювання якості знань та визначення рівнів сформованості готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій за обраним компонентом. Оцінка рівня сформованості знань відбувалася за допомогою розроблених нами тестових завдань, зміст яких був спрямований на з'ясування знань з теорії і методики застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у сфері фізіотерапевтичної (реабілітаційної) діяльності та інших суміжних дисциплін, поєднаних міждисциплінарними зв'язками.

Ключові слова: фізична терапія; ерготерапія; готовність; структура готовності; компоненти готовності; критерії; показники; когнітивний критерій; теоретичні знання; тестування.

Целью исследования является обоснование содержания конгнитивно-содержательного компонента готовности будущих бакалавров физической терапии и эрготерапии к применению физкультурно-оздоровительных технологий в профессиональной деятельности, определение критериев, показателей и методы оценки уровня формирования к указанному виду готовности.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе Сумского государственного педагогического университета имени А. С. Макаренко, Каменец-Подольского национального университета им. Ивана Огиенко, Национального университета «Черниговский колледж» им. Т. Г. Шевченко, Бердянского государственного педагогического университета, Ужгородского национального университета, к которому были привлечены студенты 4-5 курсов специальности «Физическая терапия, эрготерапия» (физическая реабилитация). Для достижения указанной цели нами были использованы следующие методы исследования: теоретический анализ психологической и специальной научно-методической литературы с целью изучения проблемы готовности будущих специалистов в области «здравоохранение»; структурный анализ для разработки структуры готовности и обоснование содержания конгнитивно-содержательного компонента готовности будущих бакалавров физической терапии, эрготерапии к применению физкультурно-оздоровительных технологий в профессиональной деятельности; методы математической статистики.

Результаты и обсуждение. Подготовка специалистов по физической терапии, эрготерапии к квалифицированному выполнению профессиональных функций в направлении повышения уровня здоровья, компенсации функциональных нарушений, профилактику двигательных дисфункций человека средствами физкультурно-оздоровительных технологий была и остается актуальной проблемой. Учитывая сферу и особенности практической деятельности специалистов по физической терапии, эрготерапии, в статье раскрыта сущность конгнитивно-содержательного компонента готовности, который определяет профессионально-профессиональных знаний будущего специалиста в направлении применения физкультурно-оздоровительных технологий при выполнении профессиональных функций и решении профессиональных задач. Критерием конгнитивно-содержательного компонента избран теоретический критерий, который отображает уровень формирования соответствующих знаний по объему, качеству, практической направленности, соответствием квалификационным требованиям специалиста по физической терапии, эрготерапии. В соответствии с критерием и показателей избран диагностический инструментарий для оценки качества знаний и определения уровней формирования готовности будущих бакалавров физической терапии, эрготерапии к применению физкультурно-оздоровительных технологий по выбранному компонентом. Оценка уровня формирования знаний происходила с помощью разработанных нами тестовых заданий, содержание которых было направлено на выяснение знаний по теории и методики применения физкультурно-оздоровительных технологий в сфере физиотерапевтической (реабилитационной) деятельности и других смежных дисциплин, объединенных междисциплинарными связями.

Ключевые слова: физическая терапия; эрготерапия; готовность; структура готовности; компоненты готовности; критерии; показатели; когнитивный критерий; теоретические знания; тестирования.

The purpose of the study is to substantiate the content of the congenital content component of the readiness of future bachelors in physical therapy and ergotherapy to the application of physical and recreational technologies in professional activity, to define criteria, indicators and methods of assessing the level of fitness for a particular type of readiness.

Materials and methods. The study was conducted at the Sumy State Pedagogical University named after AS Makarenko, Kamyanets-Podilsky National University. Ivan Ogienko, National University "Chernihiv College" them. TG Shevchenko, Berdyansk State Pedagogical University, Uzhgorod National University, to which 45 courses of the specialty "Physical therapy, ergotherapy" (physical rehabilitation) were involved. To achieve this goal, we used the following research methods: theoretical analysis of psychological and specialized scientific and methodological literature in order to study the problem of future health professionals' readiness; structural analysis for the development of the readiness structure and substantiation of the content of the contingent content component of the readiness of future bachelors in physical therapy, ergotherapy for the application of fitness and health technologies in professional activity; methods of mathematical statistics.

Results and discussion. Training of specialists in physical therapy, ergotherapy for the professional performance of professional functions in the direction of improving the level of health, compensation of functional disorders, prevention of motor dysfunction of the person by means of physical and health technologies has been and remains an urgent problem. Taking into account the sphere and peculiarities of practical activity of specialists in physical therapy, ergotherapy, the article reveals the essence of the congressive-content component of readiness, which outlines the professional and professional knowledge of the future specialist in the direction of the use of physical and health technologies in the performance of professional professions and decisions. The criterion of the contingent-content component is the theoretical criterion, which reflects the level of formation of relevant knowledge in terms of volume, quality, practical orientation, compliance with the qualification requirements of a specialist in physical therapy, ergotherapy. According to the criteria and indicators, a diagnostic tool was selected to assess the quality of knowledge and determine the levels of preparedness of future bachelors in physical therapy, ergotherapy for the use of physical and health technologies by the selected component. Assessment of the level of knowledge development was carried out with the help of our developed test tasks, the content of which was aimed at clarifying knowledge of the theory and methods of application of physical and health technologies in the field of physical therapy (rehabilitation) activity and other related disciplines, combined with interdisciplinary.

Key words: physical therapy; ergotherapy; readiness; structure of readiness; readiness components; criteria; Indexes; cognitive criteria; theoretical knowledge; testing.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Відомості про авторів

Беспалова Оксана Олександрівна – кандидат педагогічних наук, ст. викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка; вул. Роменська, 87, м. Суми, Україна, 40002.

+380 (99) 363-27-97, ORCID 0000-0002-0081-6021, i-ozon777@bigmir.net.

Лянной Юрій Олегович – доктор педагогічних наук, професор кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка; вул. Роменська, 87, м. Суми, Україна, 40002.

+380 (95) 168-18-50, ORCID 0000-0003-2332-8794, lyo_ifk@ukr.net.

Бугаєнко Тетяна Вікторівна – кандидат педагогічних наук, ст. викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка; вул. Роменська, 87, м. Суми, Україна, 40002.

+380 (66) 955-91-29, ORCID 0000-0003-3745-0593, bugaenkotv@ukr.net.

Лянна Ольга Володимирівна – кандидат педагогічних наук, ст. викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка; вул. Роменська, 87, м. Суми, Україна, 40002.

+380 (95) 383-14-94, ORCID 0000-0002-4467-7166, lann_olga@ukr.net.

Литвиненко Віталіна Анатоліївна – кандидат педагогічних наук, ст. викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка; вул. Роменська, 87, м. Суми, Україна, 40002.

+380 (99) 212-81-44, ORCID 0000-0002-9790-289X, lvitaline1982@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201465
УДК 378.147:615.8-051

Беспалова О., Лянной Ю., Бугаєнко Т., Авраменко Н., Литвиненко В.

Моделювання процесу формування готовності майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій

Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка,
кафедра здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії, м. Суми, Україна

i-ozon777@bigmir.net, lyo_ifk@ukr.net, bugaenkotv@ukr.net, avram2104@gmail.com, lvitaline1982@gmail.com

Беспалова О., Лянной Ю.,

Бугаєнко Т., Авраменко Н., Литвиненко В.

Моделирование процесса формирования готовности будущих специалистов по физической терапии, эрготерапии к применению физкультурно-оздоровительных технологий

Сумской государственной педагогической университет имени А.С.Макаренко, кафедра здоровья, физической терапии, реабилитации и эрготерапии, г. Сумы, Украина

Bespalova O., Liannoi Yu.,

Bugaenko T., Avramenko N., Lytvynenko V.

Modeling the process of forming the future of the future specialists in physical therapy to the use of physical and wellness technologies

Sumy State Pedagogical University Makarenko, Department of Health, Physical Therapy, Rehabilitation and Ergotherapy, Sumy, Ukraine

Вступ

В сучасних соціально-економічних умовах розвитку держави посиленої уваги набуває проблема збереження та відновлення здоров'я населення, що потребує перегляду та удосконалення системи професійної підготовки фахівців галузі охорони здоров'я, до яких відносять фізичних терапевтів та ерготерапевтів. Враховуючи, що основним завданнями їх професійної діяльності є комплексне відновлення організму людини різних вікових та нозологічних груп після захворювань та ушкоджень, а головним засобом виступають фізкультурно-оздоровчі технології, важливим залишається питання опанування майбутніми фахівцями з фізичної терапії, ерготерапії цих технологій у процесі фахової підготовки.

Цим обумовлюється необхідність у моделюванні процесу формування готовності майбутнього фахівця з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій як головного засобу їх майбутньої професійної діяльності.

Рівень професійної підготовленості фізичного терапевта, ерготерапевта у напрямку застосування фізичних вправ та їх комплексів при виконання професійних функцій залежить від якості освітнього процесу, який здійснюється поетапно, передбачає дотримання загальнодидактичних принципів та застосування науково обґрунтованих форм, методів та засобів організації навчання студентів, що у сукупності відображає певну схематичну модель освітнього процесу.

Питаннями моделювання процесу професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії (фізичної реабілітації) до різних видів фахової

діяльності та розвитку професійно важливих компетенцій відображена у роботах багатьох науковців. Так, роботи Маріонди І.І. присвячені розробці моделі професійної підготовки фізичних реабілітологів до роботи із спортсменами; у дослідженнях Базильчук О.В. представлена модель системи професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії до роботи з відновлення здоров'я спортсменів; теоретичні і методичні засади підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації до здоров'язбережувальної діяльності розкриті у моделі Белікової Н. О.; у роботах Сущенко О.М. подана модель розвитку професійної компетентності майбутніх магістрів з фізичної терапії, ерготерапії у процесі виробничої практики; модель формування самоосвітньої компетентності майбутніх фізичних терапевтів, ерготерапевтів висвітлена у роботах Середи Л.В. ін.

Мета роботи полягає у моделюванні процесу формування готовності майбутніх фахівців з фізичної терапії та ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у майбутній професійній діяльності.

Об'єкт та методи дослідження

Об'єктом дослідження є професійна підготовка майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії у напрямку застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення даних навчально-методичної, психолого-педагогічної та спеціально-профільованої наукової літератури для вивчення стану розробленості проблеми;

структурний аналіз для визначення структури готовності та її ключових компонентів; метод моделювання для розробки моделі формування готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності.

Результати дослідження та їх обговорення

Готовність майбутніх фахівців до професійної діяльності – це активно-діяльнісний стан, який складається із теоретичних знань, практичних умінь і навичок [2, с. 108], відповідного рівня інтелектуального та фізичного розвитку [13, с. 9] та є вихідною складовою професійної самореалізації.

У нашому дослідженні професійну діяльність фізичного терапевта будемо розглядати як систему цілеспрямованого застосування професійних умінь та практичних навичок, що ґрунтуються на професійно-орієнтованих знаннях, які гарантують усвідомлене їх використання у досягненні поставленої мети та при вирішенні професійних завдань.

У змісті професійної діяльності виокремлюють відповідні завдання, які фахівцеві доводиться вирішувати в ході цієї діяльності, а також професійні функції, які у сукупності визначають особливості галузі, сутність та зміст цієї діяльності. При цьому, за твердженням О. С. Пономарева [13], завдання відображають стратегічні цілі діяльності, тоді як функції визначають її поточне виконання. Виходячи з цієї структури й обираються зміст освіти і характер професійної підготовки фахівця [13].

Для раціональної організації освітнього процесу та спрямування його у необхідному напрямку з метою підвищення якості професійної підготовки майбутніх фахівців та максимального задоволення їх освітніх потреб застосовується метод наукового дослідження – моделювання. Він набув широкого розповсюдження в різних наукових галузях, а актуальність моделювання в педагогічних дослідженнях пов'язана з його гносеологічними функціями [12, с. 125]. Моделювання належить до теоретичних методів дослідження, що мають за мету створення структурних механізмів педагогічного процесу, вивчення логічних залежностей педагогічних явищ тощо [4, с. 25].

Розглянувши різні підходи дослідників до трактування та змісту поняття «моделювання», хотілося б зупинитися на думках окремих із них.

Так, О. С. Пономарев [13] сутність моделювання вбачає у побудові моделі як спрощеного аналогу об'єкта дослідження, подібного оригіналу відносно його властивостей, зв'язків і характеристик, істотних з позицій даного дослідження. Неістотні ж знов-таки з позицій даного дослідження зв'язки і властивості можуть при цьому ігноруватися, а то і взагалі бути відсутні. Це здійснюється з метою виключення чинників, які вносять зайве ускладнення при дослідженні певних властивостей об'єкта [13, с. 6].

О. В. Столяренко [15] розглядає моделювання – як метод пізнавальної й управлінської діяльності, який

дозволяє адекватно і цілісно відобразити в модельних уявленнях сутність, найважливіші якості і компоненти системи (у нашому випадку – підготовки бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії до фізкультурно-оздоровчої діяльності), одержати інформацію про її минулий, теперішній і майбутній стан, можливості та умови побудови, функціонування і розвитку [15].

За С.С. Вітвіцькою [4, с. 17] моделювання (англ. scientific modelling, simulation, нім. modellieren, modellierung, simulation) – це метод дослідження явищ і процесів, що ґрунтується на зміні конкретного об'єкта досліджень (оригіналу) іншим, подібним до нього (моделлю).

На думку О.В. Столяренко, саме моделювання, застосування якого дозволяє прогнозувати розвиток педагогічного процесу, орієнтує педагогів на досягнення кінцевих результатів навчання, забезпечує засвоєння і ефективне використання нових технологій, розвиває системне бачення розв'язання проблем, служить дійовим фактором поліпшення якості навчально-виховного процесу [15].

Модельний підхід передбачає створення моделі як спрощеної копії реального об'єкта чи явища [4, с. 25].

Поняття «модель» (лат. modulus – міра, зразок) в багатьох галузях науки розуміється як штучно створений об'єкт у вигляді схеми, фізичних конструкцій, знакових форм або формул, подібний до досліджуваної системи (об'єкта або явища), відображає та відтворює в більш простому, примітивному вигляді структуру, властивості, взаємозв'язки і відносини між елементами цієї системи [9, с. 66].

Окрім того, модель відображає не лише взаємозв'язки її елементів, але й допомагає прогнозувати їх розвиток. З огляду на те, що педагогічні процеси постійно оновлюються та коригуються відповідно потреб користувачів та соціуму, модель дозволяє бачити перспективи та врахувати ризики. Її динаміка полягає у здатності відображати зміни, які характеризують соціокультурну динаміку [4, с. 21].

Поряд з цим модель повинна адекватно відображати ті якості та характеристики досліджуваного об'єкта чи явища, які цікавлять дослідника. Тільки у такому разі можна сподіватися на те, що отримані результати моделювання будуть достовірними [13, с. 7].

Отже, моделювати означає створювати зразки нових освітніх систем і процесів, на основі яких можна пізнавати складні соціально-педагогічні явища. За допомогою моделювання створюються педагогічні технології, що забезпечують формування та розвиток учасників освітнього процесу [5, с. 490-491].

Дослідниками О. Дубасенюк та А. Іванченко [8, с. 40] було визначено структуру процесу моделювання, яка передбачала дотримання наступного алгоритму дій: а) постановка завдання; б) створення або вибір моделі; в) дослідження моделі; г) перенесення знань з моделі на оригінал.

При цьому модель освітньої системи повинна відповідати певним вимогам, а саме:

- забезпечувати максимальну відповідність між професійно-теоретичною та практичною діяльністю;

- періодично відтворюватися, завдяки чому може бути досягнуто безперервне врахування зовнішніх змін, що відбуваються в суспільстві;

- забезпечувати накопичення та засвоєння традиційних професійних знань, умінь, притаманних певній професійній спільноті;

- визначати перспективи і тенденції у підготовці фахівця, тобто мати випереджувальний характер [14, с. 22-32].

У галузі фізичної культури та спорту існує ряд педагогічних досліджень, присвячених розробці моделей професійної підготовки майбутнього фахівця до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій [10, с. 41-45; 3, с. 11-19].

Метод моделювання посідає провідну роль і у підготовці фахівців з фізичної терапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності.

Розкриваючи зміст і характер їх професійної діяльності через сукупність професійних завдань і функцій та практичних умінь, важливих для їх успішного виконання, модель дозволяє нам в повній мірі визначити мету і завдання навчально-виховного процесу у напрямку формування готовності майбутнього фахівця, визначити складові цього процесу, забезпечуючи тим самим його готовність до успішної професійної діяльності.

Представлена модель відображає на основі соціального замовлення сучасного суспільства відповідну мету організаційно-педагогічної діяльності, методологічну основу, змістовий та процесуальний блок, діагностику і опис результату її реалізації.

На основі теоретичного аналізу науково-методичної літератури, особистого досвіду й результатів експериментальних досліджень, можемо припустити, що результатом реалізації усіх зазначених компонентів моделі формування готовності майбутніх фахівців з фізичної терапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності є готовність особистості фахівців з фізичної терапії.

Наочне представлення моделі формування готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії та ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності представлена на рисунку.

Згідно вимог Міністерства охорони здоров'я та у відповідності до соціального замовленням, які потребують висококваліфікованих фахівців з фізичної терапії та ерготерапії, здатних здійснювати фізкультурно-оздоровчу професійну діяльність, була сформульована мета фахової підготовки бакалавра з фізичної терапії та ерготерапії:

- 1) забезпечення ґрунтового оволодіння фундаментальними знаннями з професійно-орієнтованих дисциплін галузі охорони здоров'я та вміннями їх практичного застосування у професійній діяльності;

- 2) забезпечення оволодіння системою знань з теорії та методики застосування фізкультурно-оздоровчих

технологій у реабілітаційному процесі та умінь їх практичного використання у професійній діяльності;

- 3) формування індивідуально-особистісних якостей, професійно значущих цінностей та стійкої мотивації здійснювати фізкультурно-оздоровчу професійну діяльність.

Методологічним підґрунтям авторської моделі до процесу формування готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії та ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності є системний, особистісний, діяльнісний, аксіологічний, деонтологічний та компетентнісний підходи.

У основу моделювання процесу формування готовності була покладена система загально-дидактичних (науковості, системності і послідовності, доступності, зв'язку навчання з життям, свідомості і активності, наочності, міцності засвоєння знань, умінь і навичок, індивідуального підходу) та специфічних принципів (принцип інтеграції професійно-орієнтованих знань; принцип практичної спрямованості підготовки до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій; принцип формування здоров'язбережувального середовища).

У результаті структурного аналізу були вивчені позиції науковців щодо структури формування готовності майбутніх спеціалістів до різних видів фахової діяльності. У нашому дослідженні процес формування готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії та ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій представлена чотирикомпонентною структурою, яка включає мотиваційно-ціннісний (наявність системи цінностей, інтересів, потреб і мотивів засвоєння змісту теоретико-методичних основ застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності); суб'єктний (сформованість важливих особистісних якостей, які є основою для розвитку професійних умінь і навичок, спрямованих на практичне упровадження фізкультурно-оздоровчих технологій); когнітивно-змістовий (сформованість теоретико-методичних знань щодо реалізації фізкультурно-оздоровчої роботи); діяльнісний (сформованість професійно важливих умінь і навичок, спрямованих на практичну реалізацію фізкультурно-оздоровчої діяльності) [1].

Результативність освітнього процесу обумовлюється прямими і зворотними взаємозв'язками усіх структурних компонентів педагогічної системи (суб'єкту, об'єкту педагогічного впливу, їх діяльність та активність, цілі навчання і виховання, засобами педагогічної комунікації, результату навчання, що виявляється у готовності до професійної діяльності) та педагогічними умовами, оскільки вони спрямовані на досягнення поставленої освітньої мети та «сприяють побудові навчально-творчого процесу з урахуванням потреб, інтересів, можливостей особистості, допомагає розкрити їх потенціал особистості в професійному та суспільному планах [7, с. 135].

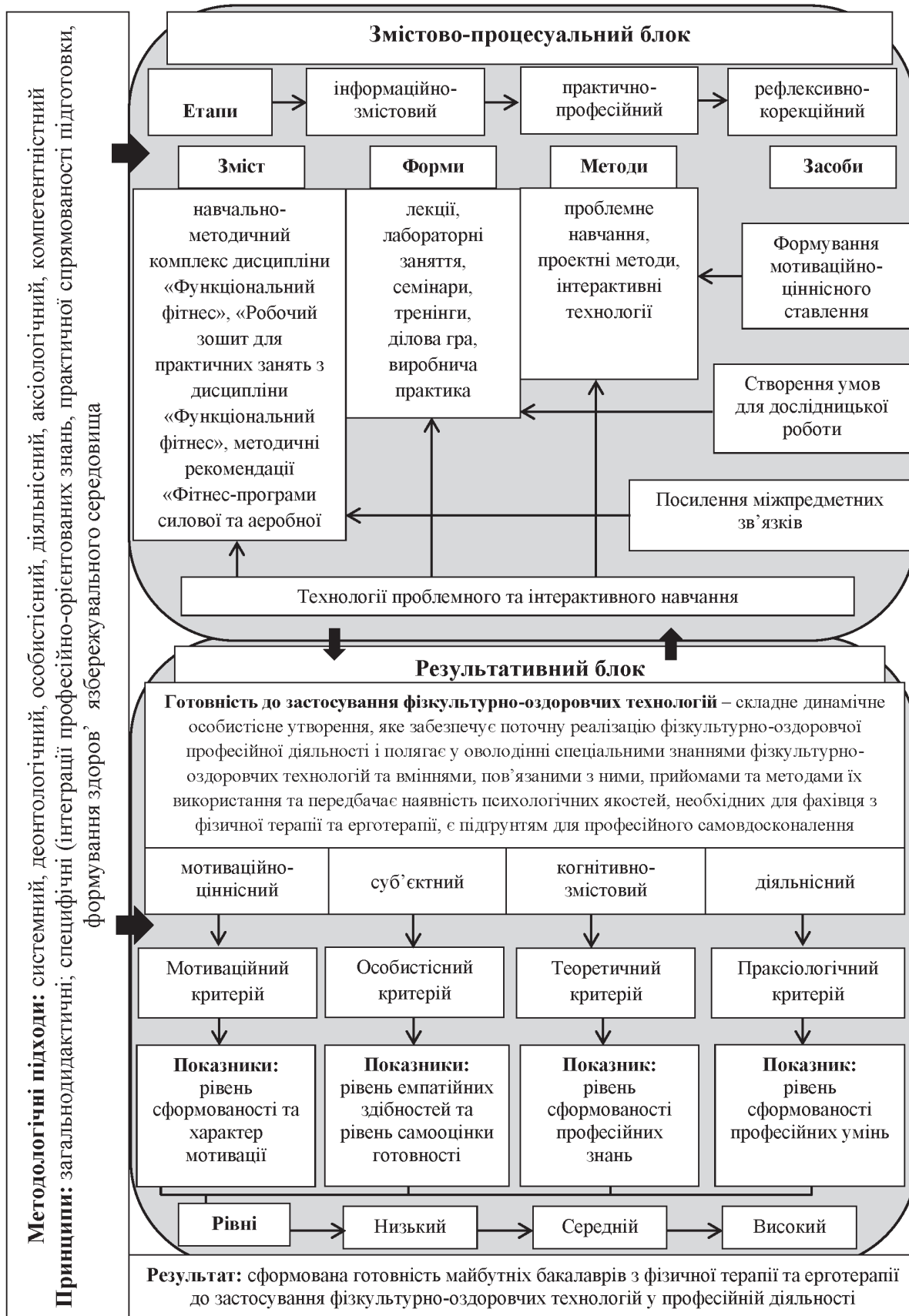


Рис. Модель формування готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії та ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності

Враховуючи існуючі у психолого-педагогічній науці рівні педагогічних умов (внутрішній, представлений індивідуально-особистісними характеристиками суб'єкта навчальної діяльності та зовнішній, який становлять обставини реалізації освітнього процесу) педагогічні умови – це комплекс спеціально спроектованих чинників впливу на зовнішні та внутрішні обставини освітнього процесу й особистісні параметри його учасників, що детермінують результат навчання і розвитку особистості [11, с. 56].

Таким чином, у нашій роботі педагогічні умови розглядаємо як практично орієнтовані положення, сукупність практично орієнтованих положень та обставин, які визначають напрям розвитку освітнього процесу з урахуванням його зовнішніх та внутрішніх аспектів та індивідуальних особливостей суб'єкта навчання.

Цілеспрямоване управління процесом формування готовності студента до фізкультурно-оздоровчої діяльності забезпечують шляхом модифікації, удосконалення організації навчання, забезпечення емоційної підтримки, реалізації особистісного, діяльнісного, компетентнісного підходів [6]; роботи з розвитку мотивації студентів; доповнення змісту фахових дисциплін питаннями, що розкривають специфіку спортивно-оздоровчої роботи; створення позитивного психологічного клімату в процесі навчання засобами інтерактивної взаємодії [6].

Проаналізувавши дослідження науковців дозволив нам визначити комплекс педагогічних умов, які передбачають вплив на особистісні (внутрішні) та організаційно-педагогічні (зовнішні) аспекти процесу професійної підготовки майбутніх бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій.

Процес формування готовності означених фахівців відбувається упродовж трьох етапів: інформаційно-змістового, практично-професійного та рефлексивно-корекційного, де перехід на наступний етап характеризується більш глибокому осмисленню наявних професійно-орієнтованих знань та більш якісним рівнем розв'язання професійно-прикладних завдань у напрямку практичного застосування фізкультурно-оздоровчих технологій з профілактичною, оздоровчою, реабілітаційною, корекційною метою.

Відповідно процес формування готовності майбутніх фізичних терапевтів та ерготерапевтів до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності передбачає вдосконалення змісту, методів і засобів навчання та форм організації навчальної діяльності студентів.

Модель формування готовності майбутніх фізичних терапевтів та ерготерапевтів до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності передбачає психолого-педагогічну діагностику результатів професійної підготовки, яка включає відповідні критерії та показники готовності. Так, показниками мотиваційного критерію виступає «Рівень сформованості та характер мотивації», особистісного –

«Емпатійні здібності» та «Самооцінка готовності», теоретичного – «Обсяг професійно-орієнтованих знань», практичного – «Професійні уміння».

Розглянувши різні підходи до визначення результативності професійної підготовки нами було виділено низький, середній, високий рівні готовності майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії.

Результатом упровадження авторської моделі є готовність майбутнього фахівця з фізичної терапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності, яку ми розуміємо як складне динамічне особистісне утворення, яке забезпечує поточну реалізацію фізкультурно-оздоровчої професійної діяльності і полягає у оволодінні спеціальними знаннями фізкультурно-оздоровчих технологій та вміннями, пов'язаними з ними, прийомами та методами їх використання та передбачає наявність психологічних якостей, необхідних для фахівця з фізичної терапії, є підґрунтям для професійного самовдосконалення.

Перспективи подальших досліджень полягають у перевірці результативності розробленої нами моделі формування готовності майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності шляхом її впровадження у освітній процес вищого навчального закладу.

Висновки

Аналіз спеціальної науково-методичної літератури щодо проблем підготовки майбутніх бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії вказує на те, що питання змісту поняття "готовність майбутнього бакалавра з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій" та відповідно і моделі формування даної готовності в ході освітнього процесу залишаються поза увагою науковців. В ході дослідження було обґрунтовано зміст ключового поняття, розроблена та теоретично обґрунтована авторська модель формування готовності майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності, яка уявляє собою цілісну систему взаємопов'язаних структурних та функціональних компонентів, взаємодія яких спрямована на підвищення якості професійної підготовки у напрямку практичного застосування фізкультурно-оздоровчих технологій при вирішенні складних професійних завдань у різних видах фахової діяльності. Модель включає змістовий, процесуальний та результативний структурні компоненти; ґрунтується на системному, особистісному, діяльнісному, деонтологічному, аксіологічному та компетентнісному методологічних підходах та сукупності загально-дидактичних та специфічних принципів, та спрямована на удосконалення змісту професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичної терапії.

Література

1. Беспалова ОО. Сутність та структурні компоненти готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. 2019; 5(89): 269-280.
2. Бурка ОМ. Показники готовності майбутніх фізичних терапевтів до використання фізкультурно-оздоровчих технологій. Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. 2017; 54 (107): 101-110.
3. Верховська МВ. Форми фізкультурно-оздоровчих технологій у процесі фізичного виховання учнів загальноосвітніх навчальних закладів. Вісник Запорізького національного університету. 2014; 1: 11-19.
4. Вітвицька СС. Моделювання професійної підготовки фахівців в умовах євроінтеграційних процесів. Монографія. Житомир: Видавництво О.О. Євенок; 2019. 304 с.
5. Гончаренко СУ. Методи дослідження в педагогіці. Енциклопедія освіти. Київ : Юрінком Інтер; 2008. 520 с.
6. Гончаренко СВ. Професійна компетентність фахівця вищої школи: історія понять ХХІ ст. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. 2018; 155: 33-37.
7. Гора НВ. Педагогічні умови формування професійної компетентності майбутніх товарознавців. Молодий вчений. 2018; 6(58): 134-137.
8. Дубасенюк ОА., Іванченко АВ. Практикум з педагогіки: Навчальний посібник. Житомир: ЖДПУ; 2002. 482 с.
9. Краевский ВВ. Методология педагогического исследования : пособие для педагога-исследователя. Самара : Издательство СамГПИ; 1994. 165 с.
10. Круцевич ТЮ., Безверхня ГВ. Рекреація у фізичній культурі різних груп населення. Київ : Олімпійська література; 2010. 248 с.
11. Литвин А., Мацейко О. Методологічні засади поняття «педагогічні умови». Педагогіка і психологія професійної освіти. 2013; 4: 43-63.
12. Михеев ВИ. Моделирование и методы теории измерений в педагогике. Москва : КомКнига; 2006. 196 с.
13. Пономарьов ОС., Серета НВ., Чеботарев МК. Моделювання діяльності фахівця : навчально-методичний посібник. Харків : НТУ «ХП»; 2015. 58 с.
14. Стефаненко П. Дидактичні особливості дистанційного навчання у вищій школі. Педагогіка і психологія професійної освіти. 2004; 1: 22-32.
15. Столяренко ОВ., Столяренко ОВ. Моделювання педагогічної діяльності у підготовці фахівця: навчально-методичний посібник. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД»; 2015. 196 с.

References

1. Bepalova OO. Sutnist ta strukturni komponenty hotovnosti maibutnix bakalavriv z fizychnoi terapii, erhoterapii do zastosuvannia fizkulturno-ozdorovchykh tekhnolohii [The essence and structural components of the readiness of future bachelors in physical therapy, ergotherapy to the application of fitness and health technologies]. Pedagogichni nauky: teoriia, istoriia, innovatsiini tekhnolohii : Pedagogical Sciences: Theory, History, Innovative Technologies. 2019; 5 (89): 269-280. [in Ukrainian].
2. Burka OM. Pokaznyky hotovnosti maibutnix fizychnykh terapevtiv do vykorystannia fizkulturno-ozdorovchykh tekhnolohii [Indicators of the readiness of future physical therapists to use physical fitness technologies]. Pedagogika formuvannia tvorchoi osobystosti u vyshchii i zahalnoosvitni shkolakh : Pedagogy of creative personality formation in higher and secondary school. 2017; 54 (107):101-110. [in Ukrainian].
3. Verkhovska MV. Formy fizkulturno-ozdorovchykh tekhnolohii u protsesi fizychnoho vykhovannia uchniv zahalnoosvitnikh navchalnykh zakladiv [Forms of physical education and health technologies in the process of physical education of pupils of secondary schools]. Visnyk Zaporizkoho natsionalnoho universytetu : Bulletin of Zaporizhzhya National University. 2014; 1: 11-19. [in Ukrainian].
4. Vitvytska SS. Modeliuvannia profesiinoi pidhotovky fakhivtsiv v umovakh yevrointehratsiinykh protsesiv. Monohrafiia [Modeling of professional training of specialists in the context of European integration processes. Monograph]. Zhytomyr: Vyd. O.O. Yevenok; 2019. 304 s. [in Ukrainian].
5. Honcharenko SU. Metody doslidzhennia v pedahohitsi. Entsyklopediia osvity [Methods of research in pedagogy. Encyclopedia of Education]. Kyiv: Yurincom Inter; 2008. 520 s. [in Ukrainian].
6. Honcharenko SV. Profesiina kompetentnist fakhivtsia vyshchoi shkoly: istoriia poniat XXI stolittia [Professional competence of a specialist in higher education: history of the XXI century]. Visnyk Chernihivskoho natsionalnoho pedahohichnoho universytetu : Bulletin of the Chernihiv National Pedagogical University. 2018; 155: 33-37. [in Ukrainian].
7. Hora NV. Pedagogichni umovy formuvannia profesiinoi kompetentnosti maibutnix tovaroznavtsiv [Pedagogical conditions of formation of professional competence of future commodity experts]. Molodyi vchenyi : Young scientist. 2018; 6 (58): 134-137. [in Ukrainian].
8. Dubaseniuk OA., Ivanchenko AV. Praktykum z pedahohiky: Navchalnyi posibnyk [Pedagogy Workshop: A Textbook]. Zhytomyr: ZhDPU; 2002. 482 s. [in Ukrainian].

9. Kraevskiy VV. Metodolohiya pedahohycheskoho yssledovanyia : posobyе dlia pedahoha-yssledovatel'ia [The methodology of pedagogical research: a manual for a teacher-researcher]. Samara : Yzdatel'stvo SamHPY; 1994. 165 s.
10. Krutsevych TIu., Bezverkhnia HV. Rekreatsiia u fizychnii kulturi riznykh hrup naselennia [Recreation in physical culture of different population groups]. Kyiv; 2010. 165 s. [in Ukrainian].
11. Lytvyn A., Matseiko O. Metodolohichni zasady poniattia «pedahohichni umovy» [Methodological principles of the concept of «pedagogical conditions»]. Pedahohika i psykholohiia profesiinoi osvity : Pedagogy and psychology of vocational education. 2013; 4: 43-63. [in Ukrainian].
12. Mykheev VY. Modelyrovanye y metody teoryy yzmerenyi v pedahohyke [Modeling and methods of measurement theory in pedagogy]. Moskva : KomKnyha; 2006. 196 s. [in Russian].
13. Ponomarov OS., Sereida NV., Chebotarev MK. Modeliuvannia diialnosti fakhivtsia : navch.-metod. Posibnyk [Modeling of the activity of a specialist: teaching-method. Manual]. Kharkiv : NTU «KhPI»; 2015. 58 s. [in Ukrainian].
14. Stefanenko P. Dydaktychni osoblyvosti dystantsiinoho navchannia u vyshchii shkoli [Didactic features of distance learning in high school]. Pedahohika i psykholohiia profesiinoi osvity : Pedagogy and psychology of vocational education. 2004; 1: 22-32. [in Ukrainian].
15. Stoliarenko OV., Stoliarenko OV. Modeliuvannia pedahohichnoi diialnosti u pidhotovtsi fakhivtsia: navchalno-metodychnyi posibnyk [Modeling of pedagogical activity in specialist training: a teaching manual]. Vinnytsia: TOV «Nilan-LTD»; 2015. 196 s. [in Ukrainian].

Дата надходження рукопису до редакції: 27.02.2020 р.

Мета дослідження полягає у моделюванні процесу формування готовності майбутніх фахівців з фізичної терапії та ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у майбутній професійній діяльності.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено на базі Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка. З метою розробки моделі формування готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у майбутній професійній діяльності застосовувалися наступні методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення даних навчально-методичної, психолого-педагогічної та спеціально-профільованої наукової літератури для вивчення стану розробленості проблеми; структурний аналіз для визначення структури готовності та її ключових компонентів; метод моделювання для розробки моделі формування готовності майбутніх бакалаврів з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності.

Результати та обговорення. Підготовка фахівців з фізичної терапії, ерготерапії до здійснення результативної професійної діяльності у напрямку підвищення рівня здоров'я населення, усунення недоліків у фізичному розвитку та функціональному стані, профілактиці рухових дисфункцій у осіб різних вікових та нозологічних груп засобами фізкультурно-оздоровчих технологій на сьогодні залишається актуальною. У результаті термінологічного аналізу було узагальнено підходи щодо трактування ключових понять нашого дослідження: «моделювання» та «модель». У відповідності до особливостей професійної діяльності фахівців з фізичної терапії, ерготерапії, їх професійних функцій, завдань та обов'язків у напрямку застосування фізкультурно-оздоровчих технологій була розроблена модель формування готовності майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у майбутній професійній діяльності. Авторська модель формування готовності майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій у професійній діяльності уявляє собою цілісну систему взаємопов'язаних структурних та функціональних компонентів, взаємодія яких спрямована на підвищення якості професійної підготовки у напрямку практичного застосування фізкультурно-оздоровчих технологій при вирішенні складних професійних завдань у різних видах фахової діяльності. Модель включає змістовий, процесуальний та результативний структурні компоненти; ґрунтується на системному, особистісному, діяльнісному, деонтологічному, аксіологічному та компетентнісному методологічних підходах та сукупності загально-дидактичних та специфічних принципів, і спрямована на удосконалення змісту професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичної терапії.

Ключові слова: готовність, модель, моделювання, фізкультурно-оздоровчі технології, майбутні фахівці, фізична терапія, ерготерапія.

Цель исследования заключается в моделировании процесса формирования готовности будущих специалистов по физической терапии и эрготерапии к применению физкультурно-оздоровительных технологий в будущей профессиональной деятельности.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе Сумского государственного педагогического университета имени А.С. Макаренка. С целью разработки модели формирования готовности будущих бакалавров физической терапии, эрготерапии к применению физкультурно-оздоровительных технологий в будущей профессиональной деятельности применялись следующие методы исследования: теоретический анализ и обобщение данных научно-методической, психолого-педагогической и специально-профилированной научной литературы для изучения состояния разработанности проблемы; структурный анализ для определения структуры готовности и ее

ключевых компонентов; метод моделирования для разработки модели формирования готовности будущих бакалавров физической терапии, эрготерапии к применению физкультурно-оздоровительных технологий в профессиональной деятельности.

Результаты и обсуждение. Подготовка специалистов по физической терапии, эрготерапии к осуществлению результативной профессиональной деятельности в направлении повышения уровня здоровья населения, устранения недостатков в физическом развитии и функциональном состоянии, профилактике двигательных дисфункций у лиц разных возрастных и нозологических групп средствами физкультурно-оздоровительных технологий на сегодняшний день остается актуальной. В результате терминологического анализа были обобщены подходы к трактовке ключевых понятий нашего исследования: «моделирование» и «модель». В соответствии с особенностями профессиональной деятельности специалистов по физической терапии, эрготерапии, их профессиональных функций, задач и обязанностей в направлении применения физкультурно-оздоровительных технологий была разработана модель формирования готовности будущих специалистов по физической терапии, эрготерапии к применению физкультурно-оздоровительных технологий в будущей профессиональной деятельности. Авторская модель формирования готовности будущих специалистов по физической терапии, эрготерапии к применению физкультурно-оздоровительных технологий в профессиональной деятельности представляет собой целостную систему взаимосвязанных структурных и функциональных компонентов, взаимодействие которых направлена на повышение качества профессиональной подготовки по направлению практического применения физкультурно-оздоровительных технологий при решении сложных профессиональных задач в различных видах профессиональной деятельности. Модель включает содержательный, процессуальный и результативный структурные компоненты; основывается на системном, личностном, деятельностном, деонтологическом, аксиологическом и компетентностном методологических подходах и совокупности дидактических и специфических принципов, направлена на совершенствование содержания профессиональной подготовки будущих специалистов по физической терапии.

Ключевые слова: готовность, модель, моделирование, физкультурно-оздоровительные технологии, будущие специалисты, физическая терапия, эрготерапия.

The purpose of the research is to simulate the process of forming the future readiness of specialists in physical therapy and ergotherapy for the application of fitness and health technologies in future professional activity.

Materials and methods. The research was conducted on the basis of Sumy State Makarenko Pedagogical University. In order to develop a model for the formation of future bachelor's degrees in physical therapy, ergotherapy for the use of fitness and health technologies in future professional activity, the following research methods were applied: theoretical analysis and generalization of data of educational-methodological, psychological-pedagogical, and special-educational status problems; structural analysis to determine the readiness structure and its key components; modeling method to develop a model for the formation of future bachelors in physical therapy, ergotherapy for the application of fitness and health technologies in professional activity.

Results and discussion. Preparation of specialists in physical therapy, ergotherapy for effective professional activity in the direction of improving the level of health of the population, elimination of deficiencies in physical development and functional state, prevention of movement dysfunction in persons of different age and nosological groups by means of physical and health-improving technologies. As a result of terminological analysis, approaches to interpreting the key concepts of our study were summarized: "modeling" and "model". In accordance with the peculiarities of the professional activity of specialists in physical therapy, ergotherapy, their professional functions, tasks and responsibilities in the direction of the use of physical and wellness technologies, a model of forming the readiness of future specialists in physical therapy, ergotherapy for the use of fitness and wellness technologies was developed activities. The author's model of formation of the readiness of future specialists in physical therapy, ergotherapy for the application of physical and recreational technologies in professional activity is a holistic system of interrelated structural and functional components, the interaction of which is aimed at improving the quality of professional training in the field of practical application of physical and technological development. complex professional tasks in different types of professional activity. The model includes substantive, procedural and resultant structural components; It is based on systemic, personal, activity, deontological, axiological and competent methodological approaches and a set of general didactic and specific principles, and is aimed at improving the content of professional training of future specialists in physical therapy.

Key words: readiness, model, modeling, physical and fitness technologies, future specialists, physical therapy, ergotherapy.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Відомості про авторів

Беспалова Оксана Олександрівна – кандидат педагогічних наук, ст. викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка; вул. Роменська, 87, м. Суми, Україна, 40002.

+380 (99) 363-27-97, ORCID 0000-0002-0081-6021, i-ozon777@bigmir.net.

Лянной Юрій Олегович – доктор педагогічних наук, професор кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка; вул. Роменська, 87, м. Суми, Україна, 40002.

+380 (95) 168-18-50, ORCID 0000-0003-2332-8794, lyo_ifk@ukr.net.

Бугаєнко Тетяна Вікторівна – кандидат педагогічних наук, ст. викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка; вул. Роменська, 87, м. Суми, Україна, 40002.

+380 (66) 955-91-29, ORCID 0000-0003-3745-0593, bugaenkotv@ukr.net.

Авраменко Надія Борисівна – викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка; вул. Роменська, 87, м. Суми, Україна, 40002.

+380 (95) 670-24-67, ORCID 0000-0002-1894-7345, avram2104@gmail.com.

Литвиненко Віталіна Анатоліївна – кандидат педагогічних наук, ст. викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка; вул. Роменська, 87, м. Суми, Україна, 40002.

+380 (99) 212-81-44, ORCID 0000-0002-9790-289X, lvitaline1982@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.202359

УДК

Ivanková V., Belovičová M.

Clostridial infections in the world and in Slovakia in the patient safety context

St. Elizabeth University of Health and Social Sciences, Bratislava, Slovakia

vierkai@centrum.sk, mriab9@gmail.com

Іванкова В., Беловічкова М.

Клостридіальні інфекції в світі та в Словаччині в контексті безпеки пацієнтів

Вища школа охорони здоров'я та соціальної роботи
Св. Алжбети, м. Братислава, Словаччина

Иванкова В., Беловичкова М.

Клостридиальные инфекции в мире и в Словакии в контексте безопасности пациентов

Высшая школа здравоохранения и социальной работы
Св. Елизаветы, г. Братислава, Словакия

Introduction

Infection with Gram-positive sporulating bacteria *Clostridium difficile* (CDI) is currently a serious health problem worldwide due to its increasing incidence and mortality. In hospitalized patients, it is the most common cause of diarrheal disease, and healthcare professionals face many challenges related to its identification, treatment, and prevention of its transmission. Evidence-based risk reduction strategies are essential to ensure a safer environment of healthcare facilities in the event of a suspected or confirmed CDI. These strategies include components for the prevention of standard infections and contact measures, care for the environment and prudent use of antibiotics.

The rise in incidence of CDI is connected with an increase in financial costs which for the European Union make € 3000 million per year, and this number is expected to double over the next three decades [1]. The onset of the disease is most often associated with (over) using of broad-spectrum antibiotics and older age (>65 years). In the majority of the lay population, this issue remains relatively unknown. The clinical signs of CDI are very wide – from asymptomatic colonization, through mild and transient diarrheal diseases to life-threatening pseudomembranous colitis, toxic megacolon, intestinal perforation and septic shock leading to patient death [2].

Providing safe and quality patient care is extremely important for nurses, as they are in a key position in improving the quality of healthcare through interventions and strategies in the area of patients' safety. In an effort to reduce the rate of healthcare-associated infections, it is currently recognized as a measure of hospital quality. Practice shows that while the same prevention interventions may be successful in one hospital, they may fail or be less successful in another. We assume that organizational factors, the involvement of nurses in the implementation of prevention procedures and the perception of patient safety by nurses are the main reasons of that.

Core

The incidence of CDI is increasing worldwide. In 2001, this incidence increased to 50 cases per 100,000 inhabitants

and in 2005 to 84 cases per 100,000 inhabitants (ie a threefold increase compared to the incidence in 1996). In England, in 1991, CDI was identified as the primary cause of death in 499 patients, and in 2006 in 3,393 patients caused by ribotypes shortly thereafter in the Netherlands. The occurrence and rapid spread of this epidemic strain was related to its resistance to a frequently used group of antibiotics, the newly developed fluoroquinolones (levofloxacin, moxifloxacin) [3].

The incidence in Europe is 41 cases per 100,000 hospitalized patients. The most common epidemic ribotypes are ribotypes 01, 002, 014 and 078. A 2008 study, covering 34 European countries, reported that ribotype 027 occurred in only 5% of all cases. The global problem of the increasing appearance of CDI also applies to Slovakia. The Public Health Office of the Slovak Republic gives the estimated number of *Clostridium difficile* (CD) colonized patients in Slovakia of 7-11% in hospitalized patients, 5-7% in patients in social-care facilities and approximately of 2% in outpatients [4].

The European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) organized a Europe-wide point prevalence survey of healthcare-associated infections in 2012, showing that 48% of gastrointestinal infections in hospitals were caused by *C. difficile* and 7.7% of all health care CDI-related infections were caused by nosocomial transmission. *C. difficile* was on the eighth place in the list of pathogens causing nosocomial infections. Data from Germany have shown that the incidence of CDI in hospitals is 2-4 times higher than nosocomial infections caused by MRSA [5].

Since 2013, *Clostridium difficile* belongs to one of the five most common pathogens of nosocomial infections in Slovakia. In 2017, with 17.3% it became the most common originator and the cause of all nosocomial infections. In 2017, in Slovakia, most nosocomial CDI cases (88.5%) were reported from internal medicine departments, 7.4% of cases of CDI-NN occurred in surgical departments, 2.8% in anaesthesiology and resuscitation departments and 1.1% in pediatric departments. The age distribution of reported CDI cases in Slovakia in 2010–2017 shows that the risk of infection increases with age, with the elderly representing the largest risk group, followed by young children. The incidence of patients aged 65 and over was 9.8 per 10,000 inhabitants in Slovakia. The incidence in

children under 1 year of age was 2.6 per 10,000 inhabitants in Slovakia. The average age of CDI patients during the study period was 68.6 years [6]. The following table shows the incidence of nosocomial infections caused by CDI in 2019 in

the hospitals of the WORLD HEALTH network presented by the main epidemiologist in the World of Health and ProCare network.

Table. Incidence of Clostridial infections in hospitals of the World Health network (Skálová, 2019)

Incidence of NN – Clostridial infections in 1–10.2019			
Hospitals WH	Number of reported NN	of which number of reported CDI NN	Incidence of patients with CDI, %
Košice “Železničné zdrav”	28	1	3,57
Rožňava	199	15	7,54
Vranov n/T	152	15	9,87
Partizánske	132	9	6,82
Svidník	149	8	5,37
Trebišov	194	5	2,58
Michalovce	250	40	16,00
D. Streda	269	47	17,47
SNV	234	19	8,12
Rimavská Sobota	162	12	7,41
B. Štiavnica	32	8	25,00
Žiar n/Hronom	117	42	35,90
Humenné	127	24	18,90
Topoľčany	220	17	7,37
Galanta	222	23	10,36
SPOLU	2487	285	11,46

Clostridial infections

Clostridium difficile is a gram-positive bacterium that was first isolated from the stool of healthy newborns in 1935 by Hall O'Tolle. The bacterium was originally named *Bacillus difficilis*, which was supposed to express problems and difficulties in its isolation [5].

In 1978, CDI was identified as the cause of antibiotic-related colitis. This bacterium is commonly found in nature and in wastewater and surface water. Another, still unconfirmed, source of bacteria in the community is probably pets and particular meat products [7].

The virulence of *C. difficile* is given by its ability to form resistant spores and produce toxins. The spores are acid-resistant, they are able to survive transport through the stomach into the small intestine, where they germinate and the vegetative cells produce toxins [8]. In its spores, the bacterium can survive harsh environments and conventional sterilization techniques. CDI spores are resistant to high temperatures, ultraviolet radiation, strong chemicals and antibiotics. Spores are resistant to antibiotics, they can remain in the gastrointestinal tract and potentially contribute to recurrent diseases after treatment and eradication of vegetative CDI.

Currently, three toxins are known: toxin A – enterotoxin damaging intestinal epithelial cells and reducing the efficiency of the immune system, toxin B – cytotoxin causing necrosis and ulceration of affected tissues and the formation of pathognomonic patches, the third is the so-called binary toxin, the effects of which are currently not fully known [3]. The production of both, A and B toxins is a major determinant of

CDI virulence, i.e. *C. difficile* strains that do not produce toxins do not cause disease (are not pathogenic) [9].

Risk factors

The main risk of acquiring CDI is present within four weeks after antibiotic treatment, representing 40% to 60% of cases [10]. Other risk factors are age (over 65 years), comorbidities, hospitalization in the last three months and stay in a facility for the long-term sick or in a nursing home [11]. Treatment with proton pump inhibitors also increases the risk of CDI, but enteral nutrition does not play a significant role. Possible risk groups include patients with weakened immunity or immunodeficiency and patients with chronic inflammatory bowel disease [12].

Clinical condition

CDI infection occurs by the fecal-oral route due to ingestion of spores that are resistant to the environment. During the gastrointestinal transition, bile acids and other substances stimulate the germination of vegetative growth forms, these produce toxins depending on the surrounding microflora (microbiota) [13]. Typical manifestations of CDI are abdominal cramping, extensive diarrhea (mucoid, greenish, foul-smelling, and watery stools) corresponding to type V-VII in the Bristol scale of stool types, fever and leukocytosis, which may occur several days after the start of antibiotic treatment or up to 8-10 weeks after its end. If the stools are not large and bulky, in immobile patients, this condition can be mistaken for sudden stool incontinence. The main symptoms of colitis

include diarrhoea, ileus and toxic megacolon [7]. Ileus is a disruption of intestinal patency. Toxic megacolon is characterized by enlargement of the intestine along with a significant elevation of inflammatory parameters. Severe course may be accompanied by other symptoms: fever, signs of shock and peritonitis, leucocytosis >15,000, shift of blood count to the left, increased creatinine and others [8]. The feared complication is recurrences, which may occur several days after the end of diarrhoea, usually occurring within 2 months after the previous attack. They may have an easier or more difficult course. After the first attack, the probability of recurrence is in the range of 15-25%. If a second CDI attack has occurred, the probability of further recurrence is 40-50%. They are not caused by antibiotic resistance, but by re-infection caused by spores from the patient's surroundings. A patient with recurrent attacks of Clostridial colitis is at risk of disruption of the internal environment, dehydration and overall mental and physical exhaustion of the body. Frequent recurrences are the second leading cause of death from Clostridial infection [4].

Diagnosics

Diagnosis requires detection of *C. difficile* toxins or *C. difficile* producing toxins in a diarrhea stool sample. Diagnostic tests can be divided into tests for *C. difficile* product detection (eg Glutamate dehydrogenase, volatile fatty acids, toxins), tests for the detection of CDI genes (16S rRNA, toxin genes) and cultivation methods for the isolation of toxin-producing bacteria [14].

Treatment

Evidence of toxigenic CDI requires prompt treatment adjusted to the possible risk. This usually leads to clinical improvement within 48 to 72 hours. If possible, antibiotic treatment that has resulted in toxigenic CDI should be interrupted or changed to a less colitogenic drug, such as tetracycline or tigecycline. Continued systemic antibiotic treatment increases the likelihood of recurrence. Naturally, adequate rehydration therapy should also be given. Motility inhibitors should be avoided and treatment with proton pump inhibitors should be discontinued if possible [12]. Oral metronidazole is a first-line drug for simple CDIs, but should not be used for severe CDIs. This is because in such cases the response to treatment is weaker (73% vs. 81%). In the initial treatment of severe CDI, oral vancomycin is a first-line drug; alternatively, oral fidaxomicin may be used [15]. Colonoscopic stool transmission (stool transplantation) may be recommended based on better acceptance and prevention of bacterial contamination of the small intestine by faecal microbes, in addition to its higher success rate. Within two weeks after stool transplantation, a highly diverse protective donor flora develops, predominantly of the natural *Bacteroides* species [16].

Prevention of the onset and spread of infection

Two types of measures are essential: isolating infected patients and disinfecting the environment in which they are housed. Patients should be isolated in separate rooms with their own toilet, in case of infection of several patients it is possible

to place them in one room. It is advisable to set aside caregivers who use protective equipment to protect them from *C. difficile* infection before entering the room. The most important thing is the consistent use of disposable gloves and hand washing according to the valid recommendations. It is not advisable to use alcoholic solutions for hand washing, as they may lead to the germination of *C. difficile* spores. The patient should be treated in an isolation regimen for the entire duration of diarrhoea. After discharge of the patient (s) with CDI, thorough mechanical cleaning and disinfection of all surfaces and objects in the patient's room with sporicides must be performed [4].

Patient safety

The definition of patient safety emerged from the healthcare quality movement and is defined as "prevention of patient harm" [17]. Emphasis is placed on a care delivery system that prevents mistakes, learns from mistakes that may occur and is built on a safety culture that involves healthcare professionals, organizations and patients. Safety is the foundation on which all aspects of quality of care are being built [18]. Recently, attention has focused on understanding the common attitudes, beliefs, values and assumptions that underpin people's safety activities and the potential importance of these common characteristics in initiating lasting changes in patient safety. In the literature, these common characteristics are often referred to as an organization's "safety culture" [19].

The pursuit of these goals are the common beliefs and values of the organization that set them apart from the others. It is generally accepted that it is a learned entity. The proposals range from a very simple: "the way we do things here" to highly complex ones, involving common basic assumptions, external adaptation and internal integration. Organizational culture includes not only what the members of the organization have learned, but also what they believe in. Includes perceptions and practices shared within the organization and not just on the basis of the values held by individual members. This model of shared beliefs and values makes sense to members of the organization and provides them with rules of conduct in their organization. Organizational culture and behaviour can therefore be seen as a model system of perceptions, meanings and beliefs that facilitates and guides individual behaviour at work [20].

CDI prevention procedures related to patient safety

Patient safety procedures are defined as "procedures that reduce the risk of adverse events related to the exposure to medical care throughout the range of diagnoses or conditions". This definition is specific but relatively incomplete, as several practices have not been researched properly for respect of their effectiveness in preventing or mitigating damage. In the past, we have often observed the responsibility of nurses for patient safety in the narrow aspects of patient care, such as the prevention of treatment errors and the prevention of patient falls. Although these dimensions of safety remain important in the nursing field, the breadth and depth of patient safety and quality improvement are much greater. Error analyses relate to "non-compliance with standard operating procedures, poor leadership, errors in communication or teamwork, overlooking

or ignoring individual vulnerabilities, and losing track of objectives" [21].

CDI prevention measures include patient placement, use of personal protective equipment (gloves, coats, masks, and eye protection), hand hygiene, decontamination, and appropriate laundry and waste material handling. Isolation involves the physical separation of patients with infections (or suspected of infections) to interrupt the transmission of potential pathogens between other patients, staff and visitors, and it has historically been used to control for preventing and spreading of the infectious diseases [22].

The marking of the patient's room is a reminder to the medical staff about the necessary procedures for an isolation. Although there is much discussion about the effectiveness of isolation measures, the practice is based on reliable theoretical justification and is generally accepted. Nurses and all healthcare professionals must follow strict protocols without compromising patient safety. Isolation or other forms of restraint affect the well-being and freedom of patients and prescribed environments and isolation procedures bring barriers to physical, sensory and psychosocial needs of patients [23], which, in our view, also places an invisible burden on staff.

Adherence to organizational principles

Effective organizational rules in a medical facility require compliance with organizational rules and procedures on the part of its employees. However, this is far from being universal. The degree of suboptimal compliance is still reported in basic procedures such as hand hygiene and antibiotic prophylaxis in surgery. A conceptual seminar survey conducted by Cabana et al. found that nurses' compliance with the guidelines could be hampered by a number of obstacles, such as: lack of knowledge, lack of familiarity and lack of self-commitment and efficiency in implementing good practices [24].

Adherence to prevention procedures and workload

The vigilance of bedside nurses is essential for their ability to ensure patient safety. It is therefore logical that with the growing number of patients, the ability of nurses to provide safe care will eventually be compromised. Several studies have shown an association between the number of nurses and patient safety, documenting an increased risk of patient safety events, morbidity, and even mortality with increasing numbers of patients per nurse. The nurse-patient ratio is only one aspect of the relationship between workload and patient safety. The overall burden on nursing is also likely to be related to increased patient turnover [25], which in our opinion is also associated with an increased risk of non-compliance with CDI transmission prevention procedures, even though the total number of nurses is considered to be adequate.

Influence of management on compliance with prevention procedures

Strong leadership has always been considered essential for successful campaigns for control and prevention of infections. Some authors confirm that hospitals with more effective management have demonstrated better hand hygiene and better managed procedures of dressing and using gloves

among staff. They are also less likely to report obstacles to implementing control and prevention of communicable diseases. Effective leadership styles can also have a very positive effect on prevention outcomes, while too strong top-down control can have a negative effect on nurses' job satisfaction and their ability to respond appropriately [26].

The impact of job satisfaction on adherence to prevention procedures

There are very few studies that have somehow identified the relationship that exists between positive job satisfaction and adherence to infection prevention practices. However, a consistent relationship between low levels of employee satisfaction and adverse outcomes such as increased transmission of infections, mortality, has been demonstrated, even though the mechanisms and the direction of causation remains unclear [27].

Culture of communication

Unless there is a proper culture of communication in the organization with staff, patients and nurses, they will not have sufficient knowledge of the risks of infection and of the care needed to prevent CDI. In addition, without multi-organizational communication, it will be difficult to gain a proper understanding of effective patient safety strategies in hospitals that show high levels of performance [28].

Impact of training on adherence to procedures

In addition to dissemination of information, the aim of the training should be to persuade participants to believe in their ability to achieve the desired change through their behaviour. Self-efficacy theory identifies four ways to influence the change of behaviour. These include: performance regulations that focus on changing beliefs about a person's ability to perform desired behaviour, continuing education that modifies self-efficacy by observing others, verbal persuasion that modifies behaviour through significant interaction with others, and emotional strain that supports the idea that more relaxed, less stressed participants would rather follow the prescribed procedures and perform proper hand hygiene. Behavioural change forces individuals to move away from their comfort zone, so it is often undesirable. It should therefore come as no surprise to find varying degrees of non-compliance with a change in behaviour. If individuals do not perceive the new behaviour as rewarding enough to accept it, all kinds of resistance will be observed. The main cause of active resistance are the extensive difficulties with the integration of habits that result from previous clinical training and daily work routine. Saint et al. ascribes insufficient adherence to control and prevention procedures to either "active defendants" or "organizational advocates". Active resistance is described as a lack of full confidence of competent authorities about their commitment to new procedures. On the other hand, organizational criminals are defined as individuals who are generally executive managers at a medium to high level and who hinder or postpone certain activities without overt and public expression of active resistance. These (professional) individuals resist the change by increasing the effort required to implement evidence-based practices [29].

Monitoring procedures in the context of patient safety

In the last decade, there has been an increasing pressure to increase the use of quality indicators and health care measures, in particular infection rates. Rates for healthcare associated infections have been designed as an effective indicator of hospital system failure and have been used as indicators of professionalism of the staff, of the training, of organizational stress, management failure, inadequate systems, reliability and of the resilience. They provide a space to identify organizations whose organizational culture has a more comprehensive approach that fully integrates control and prevention of the infection into the hospital management and the quality agenda [30].

Conclusions

It is necessary to build on the efforts of research on risk perception from other disciplines to understand how nurses think and decide about the CDI problem. This can help us to inform on the development of effective management and communication strategies in order to maximize the quality of the care provided. Managing the diarrhoea and taking preventive measures to control the infection are the most unfavourable aspects of treating patients with CDI. Preventive

measures include contact isolation, hand hygiene, and reorganization/coordination of nursing care and the wards. Preventive measures are time consuming and significantly increase the workload of nurses in combination with the care of patients with uncontrollable frequent diarrhea attacks, which may affect their perception of patient safety and ability to concentrate their efforts to adhere to the procedures.

The incidence of CDI is rising and is beginning to affect a population that was previously considered low-risk. Nurses need to integrate CDI knowledge and skills into their practice to combat the international epidemic of multidrug-resistant organisms, as they play a crucial role in patient safety due to their constant presence at the patient's bedside. They make up the largest group of hospital staff and are familiar with the patient's everyday clinical condition, so they can effectively engage and help reduce *Clostridium difficile* infection (CDI) in hospitals.

We can find many positive reasons to create and maintain a safe environment. One of the most important is that we do this to protect our patients. As Menšík et al. [31] propose, nurses are in the best position to improve the quality and safety of patient care. Quality professional and especially safe nursing care requires the nurses to be able to identify and solve obvious and hidden problems of the nursing practice.

References

1. Kuiper, EJ., Coignard, B., Tull, P. 2006. The onset of *Clostridium difficile*-related disease in North America and Europe. *Clin Microbiol Infect* 12 [Suppl 6]: 2-18.
2. Bátovský, M. 2012. *Clostridium difficile* – a growing threat? *Gastroenterology and hepatology*. 2012, vol. 66, no. 6, p. 438-443. ISSN: 1804-7874; 1804-803X (electronic version). [on-line] – [cit.2020-01-04]. Available online : http://www.csgh.info/dwnld/gh_2012_6_438_443.pdf.
3. Kelly, CP, Lamont, JT. 2008. *Clostridium difficile* – more difficult than ever. *N Engl J Med*. 2008 Oct 30; 359(18):1932-40.
4. Jarčuška, P., Bátovský, M., Drgoňa, E., Lišková, A., Holečková, K. 2015. Recommended procedure for the diagnosis and treatment of colitis caused by *Clostridium difficile*. In Modified 2nd version from August 2014 – version 2.0 *Via practica – Supplement 1*. 2015; 12(S1) ISSN 1336-930X ročník XII. [on-line] – [cit.2020-01-10]. Available online: www.solen.sk.
5. ECDC. *Clostridium difficile* infection. Basic fact. 2013. Stockholm: European Center for Disease Prevention and Control; 2013 [on-line] – [cit.2020-01-04]. Available online: http://www.ecdc.europa.eu/en/en/healthtopics/healthcare-associated_infections/clostridium_difficile_infection/pages/basic_facts.aspx.
6. Novák, M. Mazáková, I. Červeňová, T., Hudečková, H. 2019. Incidence and the issue of infections caused by *clostridium* in Slovakia. *Medical magazine “Zdravotnícke listy”*, Volume 7, Number 1, 2019 ISSN 1339-3022 p. A22.
7. Beneš, J., Husa, P., Nyč, O. 2012 Recommended procedure for diagnosis and treatment of colitis caused by *Clostridium difficile*. Prague: ČLS JEP; 2012 [on-line] – [cit.2020-01-15]. Available online: <http://www.infekce.cz/dokument1.htm#Standardy>.
8. Škapová, T. 2014. Currently on the issue of *Clostridium difficile*. *Newsletter of CKL ZÚ* 7(2):5-6. [on-line] – [cit.2020-01-04]. Available online: http://www.zuova.cz/Content/files/zpravodaj_ckl/zpravodajckl201102.pdf.
9. Warny, M, Pepin, J., Fang, A, Killgore, G., Thompson, A., Brazier, J. et al. 2005. Toxin production by an emerging strain of *Clostridium difficile* associated with outbreaks of severe disease in North America and Europe. *Lancet*. 2005 Sep 24;366(9491):1079-84.
10. Bauer, MP, Notermans, DW, Van Benthem, BH, et al. 2011. *Clostridium difficile* infection in Europe: hospital survey. *Lancet*. 2011; 377: 63-73.
11. Grunewald, T., Kist, M., Mutters M., Ruf, BR., Kern, WV. 2010. *Clostridium-difficile* infection [*Clostridium difficile* infection] *Dtsch Med Wochenschr*. 2010; 135: 699-703.
12. Lübbert C, Johann C, Kekulé AS, et al. 2013. Behandlung als Risikofaktor für das Auftreten einer *Clostridium difficile*-Infektion (CDI). *Gastroenterol*. 2013; 51 : 1251–1258.
13. Heeg, D., Burns, DA., Cartman, ST., Minton, NP. 2012. Spores of clinical isolates of *Clostridium difficile* show a different germinate response to bile salts. In *PLoS One*. 2012; 7.

14. Delmee, M. 2011. Laboratory diagnostics of *Clostridium difficile*. *Clin Microbiol Infect.* 2001; 7: 411-416.
15. Bartsch, SM., Curry, SR., Harrison, LH., Lee, BY. 2012. The potential economic value of screening hospitalizations for *Clostridium difficile*. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2012; 31: 3163-3171.
16. Khoruts, A., Dicksved, J., Jansson, J., Sadowsky, MJ. 2010. Changes in the composition of human faecal microbiome after bacteriotherapy in the case of recurrent diarrhea associated with *Clostridium difficile*. *J Clin Gastroenterol.* 2010; 44: 354-360.
17. Clancy, CM., Farquhar, MB, Sharp, BA. 2005 Patient safety in nursing practice. *J Nurs Care Qual.* 2005 Jul – Sep; 20 (3): 193-7.
18. Mitchell, H. P., et. al., 2008. Defining Patient Safety and Quality Care. Huges, R. G. / ed. *Patient Safety and Quality: In Evidence-Based Handbook for Nurses* [online] Rockville: AHRQ, No.: 08-0043 IDNBK2651, p. 1-5. [on-line] – [cit.2020-01-12]. Available online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2651>.
19. Dodds, A, Kodate, N. 2011. Accountability, Organizational Learning and Risks to Patient Safety in England: Conflict or Compromise. *Health Risk Soc.* 2011; 13: 327–346. doi: 10.1080 / 13698575.2011.575454.
20. Hofstede, G, Hofstede, GJ and Minkov, M.. 2010. *Culture and Organization: Mind Programs.* McGraw-Hill, New York; 2010.
21. Tourangeau, AE, Cranley- LA, Jeffs, L. 2006. The impact of nursing on hospital mortality: targeted review and related policy implications. *Quality safe health care.* 2006. February; 15 (1): 4-8.
22. Masterton, RG, Mifsud, AJ, Rao, GG. 2003. Review of measures for hospital isolation and infection control. *J Hosp Infect.* 2003; 54 (3): 171-3.
23. Gammon, J., Hunt, J., Williams, S. et al. 2019. Infection prevention control and patient safety organizational culture in isolation context: study protocol. *BMC Health Serv Res.* 19, 296 (2019) doi: 10.1186 / s12913-019-4126-x
24. Cabana, MD, Rand, CS, Powe, NRP et al. 1999. Why do doctors not follow the guidelines for clinical practice? Framework for improvement. *JAMA.* 1999; 282: 1458–1465.
25. Aikern, LH, Sermeus, W, Van Den Heede, K. et al. 2012. Safe person, satisfaction and quality of hospital treatment: cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 European countries. *BMJ.* March 20, 2012; 344: e1717. Epub 2012 March 20.
26. Saint, S., Kowalski, CP, Banaszak-Holl, J., Forman, J., Damschroder, L. and Kerin, SL. 2010. The importance of leadership in the prevention of healthcare-associated infections: the results of a multilateral qualitative study. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2010; 31: 901-907.
27. Aiken, LH, Clarke, SP, Cheung, RB, Sloane, DM and Silber, JH 2003. Educational levels of nurses and mortality of surgical patients. *JAMA.* 2003; 290: 1617-1623.
28. Plsek, PE. 1997. Cooperation across organizational boundaries to improve the quality of care. *Am J Infect Control.* 1997; 25: 85–95.
29. Saint, S., Kowalski, CP, Banaszak-Holl, J., Forman, J., Damschroder, L. and Kerin, SL. 2009. As active resistors and organizers, they act on healthcare acquired to prevent infections. *Joint Committee J Qual Imag.* 2009; 35: 239-246.
30. Sevdalis, N., Undre, S., Henry, J. et al. 2009. Development, initial reliability and validation of the observation tool for assessing nurses' technical skills in operating theaters. *J Nurs Stud.* 2009; 46: 1187–1193.
31. Mensik, J. S., et al., 2011. Development of a professional nursing framework: the journey toward nursing excellence. *Nurs Adm.* 41(6),259-64. doi: 10.1097/NNA.0b013e31821c460a.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.03.20220 р.

The analysis of the scientific literature found that Infection with Gram-positive sporulating bacteria *Clostridium difficile* (CDI) is currently a serious health problem worldwide due to its increasing incidence and mortality and it is the most common cause of diarrhea in hospitalized patients. In this work we analyze preventive measures, which include contact isolation, hand hygiene and reorganization/coordination of nursing care and of the ward. Preventive measures are time-consuming and significantly increase the workload, which can affect the perception of the patient's safety level by nurses and the ability to concentrate their efforts to adhere to good practices for preventing the transmission of the infection. We also emphasize the crucial role of nurses in increasing patient safety due to their constant presence at patient's bedside. Knowing the patient's everyday clinical condition, nurses can effectively engage and help reduce *Clostridium difficile* (CDI) infection in the hospital.

Key words: clostridial infections, patient safety, patient isolation, preventive actions, the role of nurses in prevention.

За результатами аналізу наукової літератури встановлено, що клостридіальні інфекції (CDI) в даний час є серйозною проблемою охорони здоров'я в усьому світі через зростання захворюваності і смертності, і в той же час вони стають найпоширенішою причиною виникнення діарейних захворювань у госпіталізованих пацієнтів. У міру зростання захворюваності збільшуються фінансові витрати на охорону здоров'я.

У цій роботі ми аналізуємо профілактичні заходи, які включають ізоляцію контактів, гігієну рук і організацію/координацію сестринського догляду та відділень. Профілактичні заходи займають багато часу і значно збільшують

робоче навантаження, що може вплинути на сприйняття медсестрами безпеки пацієнтів і їх здатність концентрувати свої зусилля на дотриманні правильних рекомендацій щодо запобігання передачі інфекції. Ми також наголошуємо вирішальну роль медсестер в підвищенні безпеки пацієнтів через їх постійну присутність біля ліжка хворого. Медсестри знайомі з щоденним клінічним станом пацієнта, тому вони можуть бути ефективно залучені і допомогти в зменшенні випадків кластридальної інфекції в лікарні.

Ключові слова: кластридальна інфекція, безпека пацієнтів, ізоляція пацієнта, профілактичні заходи, роль медсестер в профілактиці.

По результатам анализа научной литературы установлено, что кластридиальные инфекции (CDI) в настоящее время являются серьезной проблемой здравоохранения во всем мире из-за растущей заболеваемости и смертности, и в то же время они становятся самой распространенной причиной возникновения диарейных заболеваний у госпитализированных пациентов. По мере роста заболеваемости увеличиваются финансовые затраты на здравоохранение.

В этой работе мы анализируем профилактические меры, которые включают изоляцию контактов, гигиену рук и организацию/координацию сестринского ухода и отделений. Профилактические меры занимают много времени и значительно увеличивают рабочую нагрузку, что может повлиять на восприятие медсестрами безопасности пациентов и их способность концентрировать свои усилия на соблюдении правильных рекомендаций по предотвращению передачи инфекции. Мы также подчеркиваем решающую роль медсестер в повышении безопасности пациентов из-за их постоянного присутствия у постели больного. Медсестры знакомы с ежедневным клиническим состоянием пациента, поэтому они могут быть эффективно вовлечены и помочь в уменьшении случаев кластридиальных инфекций в больнице.

Ключевые слова: кластридиальные инфекции, безопасность пациентов, изоляция пациента, профилактические меры, роль медсестер в профилактике.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Відомості про авторів

Ivanková Viera – PhDr., St. Elizabeth University of Health and Social Sciences, Bratislava – doctoral study; Field office of bl. Metod Dominik Trčka, Michalovce, Slovakia.
vierkai@centrum.sk.

Belovičová Mária – assoc. Prof., MD. PhD, St. Elizabeth University of Health and Social Sciences, Bratislava – teacher; Field office in Michalovce a Prešov; Internal Clinic for Liver Disease Diagnosis and Treatment, Remedium s.r.o. Bardejov Spa, Slovakia.
mriab9@gmail.com.

The role of nurses in the prevention of metabolic syndrome in spa environment

St. Elizabeth University of Health and Social Sciences, Bratislava, Slovakia

veronikape76@centrum.sk, mriab9@gmail.com

Петрекова В., Беловічкова М.

Роль медичних сестер в профілактиці метаболічного синдрому в умовах курорту

Вища школа охорони здоров'я та соціальної роботи
Св. Алжбети, м. Братислава, Словаччина

Петрекова В., Беловичкова М.

Роль медсестер в профилактике метаболического синдрома в условиях курорта

Высшая школа здравоохранения и социальной работы
Св. Елизаветы, г. Братислава, Словакия

Introduction

Metabolic syndrome is currently becoming one of the most common diseases in the world. It is defined as a non-random co-occurrence of metabolic disorders associated with arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus/impaired glucose tolerance, insulin resistance, elevated blood triacylglycerol levels, atherogenic dyslipidemia, central obesity in combination with other influenceable but also uninfluenceable risk factors that support the risk of developing other serious diseases. [1,2]. It belongs to the diseases of civilization. Metabolic syndrome affects more than 30% of the adult population in North America and Europe [1]. Recent multicenter screening study "The prevalence of diabetes mellitus and metabolic syndrome in Slovakia" confirmed that about 20% of the Slovak population meets the criteria for metabolic syndrome. What is striking is the increased incidence of obesity even in adolescents and younger adults, which is likely to be reflected in an increase in the incidence of metabolic syndrome in the future" [3].

Currently we have knowledge of the epidemiology and pathophysiology of this disease, the treatment options for all components of the metabolic syndrome. Unfortunately, the term metabolic syndrome is not well known among patients.

Survey methods

When processing the work, we used a questionnaire of our own design, which was anonymous and which we distributed to patients in the Vyšné Ružbachy Spa. Completion of the questionnaire was on a voluntary basis. In the questionnaire, we focused on the patients awareness of the metabolic syndrome disease. The questionnaire consisted of 23 questions. The questions were ordered from simple questions such as patient's gender, age, education, BMI (body mass index) or blood pressure (BP) value, to more complex questions (questions about daily activities, consumption of vegetables or fruits, sports activities, information about the types of diseases the patient is being treated for). In the questionnaire we wanted the patients to comment on the

metabolic syndrome itself. We asked if they were familiar with the term metabolic syndrome, if they had any information about this disease, if they knew what diseases cause the metabolic syndrome.

Characteristics of the survey sample

The survey sample consisted of patients in the Vyšné Ružbachy Spa. The survey file was composed of 100 respondents, consisting of men (49) and women (51) of various ages and education. The average age of the respondents was 40 years. The most frequent age group involved in completing the questionnaire was between 31 and 50 years.

Survey hypotheses

H1: Patients with higher education will have better knowledge about the values of their BMI and BP

H2: Patients with higher education will have better knowledge on the metabolic syndrome and its classification as a disease of civilization

H3: Patients with higher education are more engaged in physical activities.

H4: Healthy diet will be more frequently maintained in female patients.

H5: Treatment options for metabolic syndrome will be more familiar to respondents with higher education

H6: Patients of higher age will have better knowledge on the metabolic syndrome and its classification as a disease of civilization

H7: Awareness of the risk of metabolic syndrome is greater in polymorbid patients

Results analysis

Due to the limited number of pages in the publication, we decided to summarize the analysis of the results in a discussion. In the analysis of the results, we placed 3 graphs important for our work, which were created on the basis of the respondents' answers.

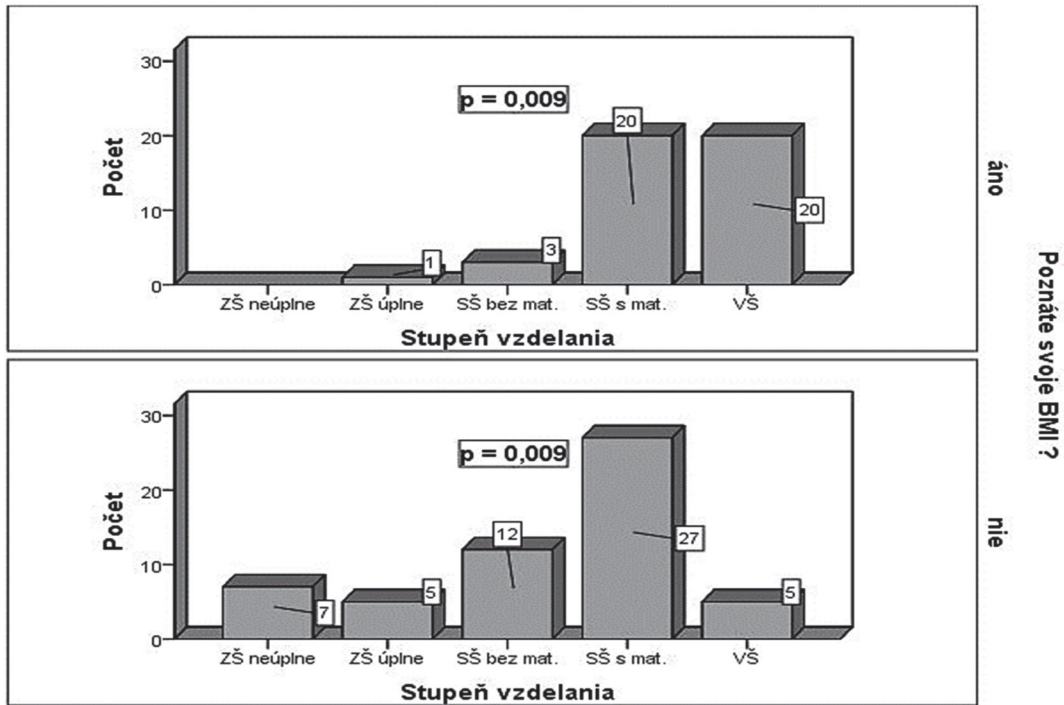


Fig. 1. Knowledge of BMI in women and men by the level of their education

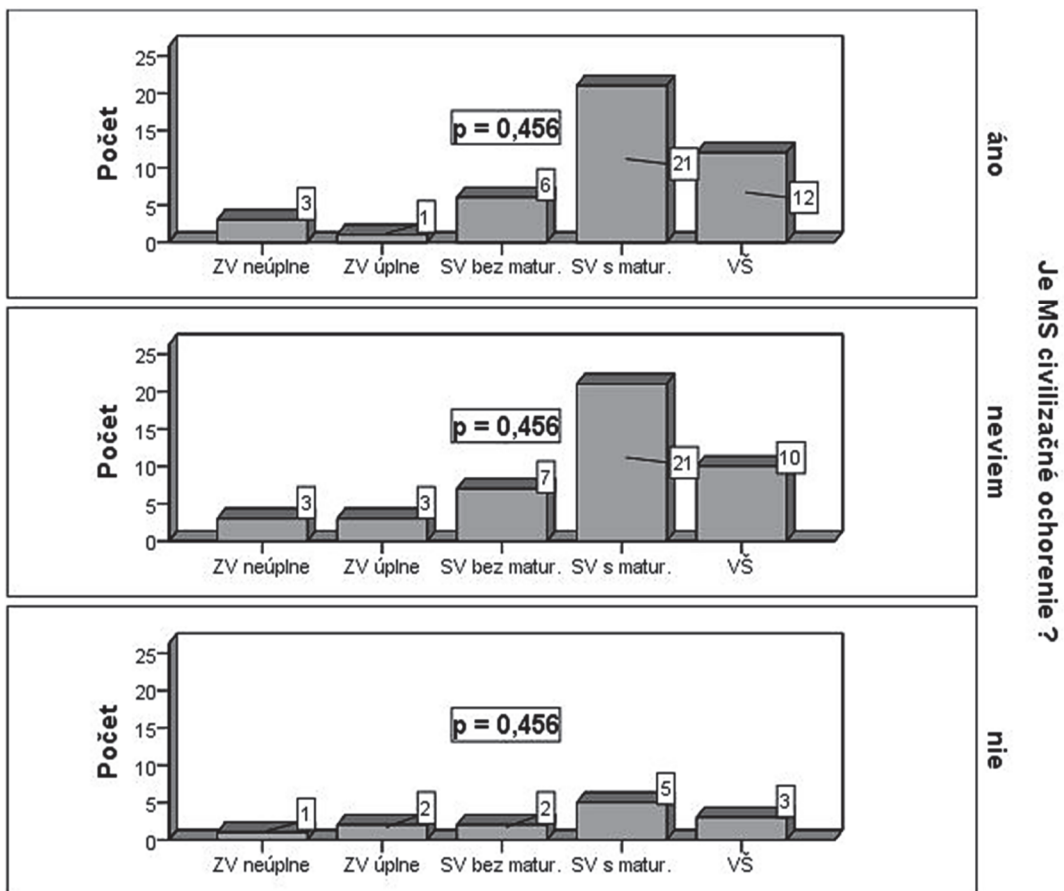


Fig. 2. Comparison of responses to the question: „Is metabolic syndrome a disease of civilization?“ with respect to respondents' education

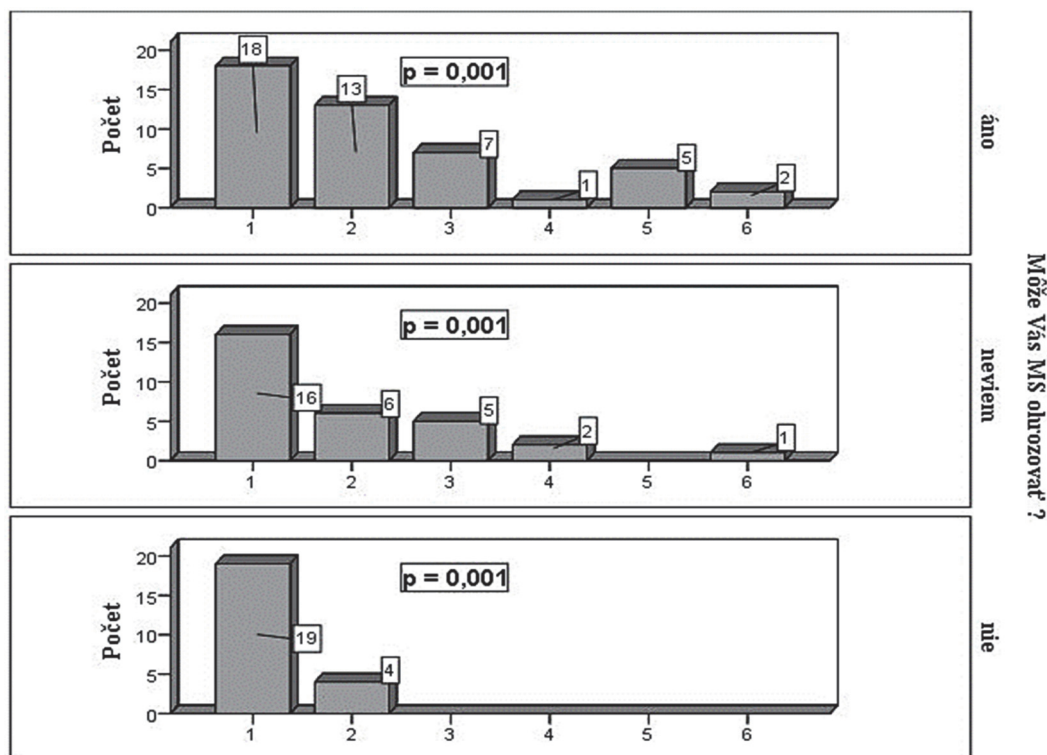


Fig. 3. Are you at risk of metabolic syndrome?

Explanation: Počet – number; Stupeň vzdelania – level of education; ZŠ/ZV neúplné – incomplete elementary, ZŠ/ZV complete – complete elementary, SŠ/SV bez mat. – secondary school without school leaving examination, SŠ/SV s mat. – secondary school with school leaving examination, VŠ – university; áno – yes, neviem – I do not know, nie – no

We can see that most respondents are aware of the threat of metabolic syndrome, regardless of age, education, disease.

Discussion

Most risk factors for diseases of civilization can be influenced by ones lifestyle. Improper diet, physical inactivity, smoking and alcohol abuse cause more than 80% of the most common chronic diseases [4]. Patients with metabolic syndrome have been shown to be at increased risk of developing diabetes, cardiovascular disease, but also of sudden death [5].

In our work, we intended to point out the importance of nursing in the prevention of this serious disease of civilization and present the results of our research. In this work, we set 7 hypotheses, which we verified through our questionnaire.

In hypothesis H1, we evaluated the knowledge on BMI and BP in patients with higher education. 56% of the respondents we contacted stated that they were not able to calculate their BMI. According to our results, most respondents are either overweight or obese and are unable to judge for themselves whether they are overweight or obese. H1 has been confirmed - patients with higher education have a higher level of knowledge about their health condition. They often have: less physically demanding work, time to focus on their health and time for education in a certain area. They can for example devote to maintaining healthy lifestyle.

Under the term “lifestyle” we can understand rather stable life activities that reflect the value orientation of a

person, their relationship to life, work, society, their interests and hobbies, what they consider important and what they find some satisfaction in. One is focused on the best way to live, what to dedicate their lives to, how to fulfil it. They prefer activities that they consider useful or necessary, as well as those that bring them pleasure. However, at the same time, pleasant does not have to be beneficial and vice versa. Many of the components of life style (compliance to personal hygiene, proper nutrition, adequate workload and plenty of rest, physical activity, moderate alcohol consumption) are closely related to the maintenance and development of health, or to the formation and development of diseases [6].

Hypothesis H2: Patients with higher education will have better knowledge on the metabolic syndrome and its classification as a disease of civilization. Our statement for this hypothesis was confirmed by the answers for question Are you familiar with the metabolic syndrome?

Hypothesis H3 concerned physical activity: Patients with higher education are more engaged in physical activities. Hypothesis H4 concerned rational diet: Healthy diet will be more frequently maintained in female patients. Both hypotheses were confirmed. We can say with certainty that according to the evaluated answers, patients with higher education pay more attention to physical leisure activities and sports, either active or recreational ones. Patients with higher education are more likely to eat healthy compared to patients with other types of education. Women eat healthier than men, their diet is more varied. It consists of more vegetables and

fruits compared to men's diets, in which, on the contrary, we may find more frequent consumption of meat dishes.

The main principles of rational nutrition include, for example, moderate eating, the principle of balanced nutrition, dividing the number of meals into 3 to 5 servings, variety of the diet, intake of eatables or fluid intake [6]. Temperance is said to be a forgotten virtue. Therefore, it is necessary to talk about temperance, as virtue is a constant act of will that leads us to do good for our health [7]. The body needs building, energy, protective and supplementary substances. Food must be health harmless and have the necessary biological value [6].

In our current diet, we record an overall low intake of fibre and a long-term low intake of protective antioxidants, which are found in fruits, vegetables, mushrooms and other sources. Antioxidants protect the body against free radicals. Free radicals interact with UV damage to the skin, damage organs and cause damage at the cellular level. They also play an important role in the development of chronic non-communicable diseases [6,8,9].

Hypothesis H5 spoke about treatment options for metabolic syndrome, which will be more familiar to respondents with higher education. From the evaluations of the answers to the questions "Are you familiar with the treatment options for MS" and "Do you want to know more about MS", we found that although some of the patients in our study sample did not know about all the options for treating the metabolic syndrome, they answered correctly: a healthy, balanced diet, exercise, psychohygiene. In general, however, we must confirm that, although a small number of patients managed to answer this question correctly, patients with a university degree were most successful in it.

Therapeutic approaches in patients with metabolic syndrome present several options such as diet therapy, physical activity, pharmacotherapy, cognitive-behavioural therapy (CBT), surgical treatment and spa treatment [10]. CBT represents one of the basic directions of contemporary psychotherapy. It is based on the assumption that inappropriate habits (eating and exercise) are learned and by the same mechanisms as they were acquired, they can also be unlearned using psychological methods [11].

Usually a combination of several methods is used. The treatment of the metabolic syndrome with all its complications is a long-term process that requires great determination, self-denial and patience of the patient. The treatment of a patient with metabolic syndrome must be comprehensive and multidisciplinary, as the goal of therapy is not only to reduce weight, but also to gradually eliminate all complications and prevent the emergence of additional risks [12].

When asked if patients wanted to know more about the metabolic syndrome, the answer "yes" was more often pronounced among respondents with higher education. It can be said that H5 has been confirmed.

We are convinced that nurse should be actively involved in the educational process of patients, their task being not only gaining patient's trust, but also reducing patient's fear of the unknown.

Education can be described as a process that helps people acquire healthy behaviours in their daily lives, strengthens patient's competencies and self-confidence, and develops their self-care skills [13]. Education is essential and

important in treatment and can not only reduce the risk of late complications and economic consequences, but also help the patient to lead a quality life and live to old age [14].

Education plays an important role in achieving changes in the behaviour of patients with metabolic syndrome. The implementation of education takes place in the form of an educational process, which represents the systematic, logical, subsequent and planned activities of the educator (nurse, doctor) and of the educatee (patient, family, community). The actual implementation of education can be performed in either, individual or group form [15].

Hypothesis H6 concerned the awareness of that knowledge about the metabolic syndrome and its classification as a disease of civilization will be better in patients of higher age. Patients' knowledge has been shown to be age-independent, so increasing health literacy is certainly useful and necessary throughout the population, not just in selected age groups. We hereby conclude that hypothesis H6 was not confirmed.

The latest hypothesis H7 states that awareness of the risk of MS is greater in polymorbid patients. The hypothesis has been confirmed. According to the answers in the processed questionnaires, patients with a higher number of diagnoses are more aware of the risk of MS. For effective education of these patients it is possible to use various teaching aids, e.g. educational sheets, posters, whiteboards, audio recordings and others. Education is one of the important competencies and responsibilities of health professionals [15].

Conclusions

Based on our findings, we believe that it is important to repeatedly point out to patients the importance of preventing the metabolic syndrome and the diseases that create the metabolic syndrome. "Patients have the right to know about their state of health, as well as about the diseases that may threaten them, about their diagnosis, its course, complications and treatment options" [16].

When processing the data from the questionnaire, we found out that more than half of the respondents are willing to obtain information about the metabolic syndrome through an educational lecture or educational materials.

Indeed, education presents one of the non-pharmacological ways of influencing the patient and their families in the context of secondary prevention and forms an important part of the overall treatment of the patient [17]. It is a process that influences their behaviour and actions. It enables us to make changes in the knowledge, attitudes and skills needed to promote, protect and develop patients' health. It is an important part of all nursing activities [12]. The most important meaning of education in the prevention of diseases of civilization is that the effect of treatment is long-lasting and significant and that the patient is sufficiently motivated to change their lifestyle and especially that their disease does not progress to chronicity, disability or mortality [18,19].

We are convinced that in the education of patients about the issue of metabolic syndrome, the nurse has an irreplaceable place not only in the hospital but also in the outpatient sphere and in the environment of spas.

References

1. Svačina, Š. et al. 2006. Metabolic syndrome. 3rd extended edition. Prague: Triton, 2006. 282p. ISBN 978-80-7254-782-8.
2. Krahulec, B., Fábryová, L., Holéczy, P., Klimeš, I. Et al. 2013. Clinical obesitology. 1st edition. Brno: Facta Medica, 2013. 336 p. ISBN 978-80-904731-7-1.
3. Lenhartová, D. 2014. Metabolic syndrome and blood vessels. Diploma thesis. Bratislava: Comenius University in Bratislava LF, 2014. 54p.
4. Bražinová, A. 2019. Occurrence of risk factors of diseases of civilization in clients of health counseling in the Slovak Republic in the period 1993-2017. P. 24-25. In: Proceedings VI. from International Scientific Conference: Health, Social and Nursing Aspects of Diseases of Civilization 15.11.2019. VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava, ISBN 978-80-8132-207-5.
5. Nováková, B. 2019. Prokinetics in the treatment of patients with metabolic syndrome. P. 51. In: Proceedings of abstracts VI. from International Scientific Conference: Health, Social and Nursing Aspects of Diseases of Civilization 15.11.2019. VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava, ISBN 978-80-8132-207-5.
6. Kimáková, T., Issa, M., Nasser, B., Uher, I., Schuster, J. 2020. Selected aspects of lifestyle in the prevention of chronic non-communicable diseases. P. 156-160. In.: Proceedings VI. from International Scientific Conference: Health, Social and Nursing Aspects of Diseases of Civilization 15.11.2019. Collegium Humanum, Warsaw 2020, 209 p. ISBN: 978-83-952951-3-3.
7. Vansáč, P. 2018. Moderate diet as a prevention of obesity. P. 365-372. In: Proceedings from the Days of practical obesitology and metabolic syndrome 21-22.06.2018. Department of Philosophy, Department of Psychology, University of Finance and Management in Warsaw, Warsaw 2018, 388 p. ISBN 83-89884-07-0.
8. Kimáková, T., Pavlík, V. 2017. Antioxidants and their importance in the prevention of chronic diseases. Košice: Pavel Jozef Šafárik University in Košice, 2017. 153 p. ISBN 978-80-8152-513-1.
9. Belovičová, M., Vansáč, P. 2019. Selected aspects of medical and social care for long-term ill persons. Towarzystwo Slowaków w Polsce, Kraków, 2019, 153 p. ISBN 978-83-811110-9-6.
10. Belovičová, M. 2019. Physiotherapy as a part of a complex non-pharmacological treatment of obesity in medical spa environment. I науково-практична конференція з міжнародною участю, присвячена 20-й річниці з дня заснування факультету здоров'я та фізичного виховання. «Сучасні підходи до формування професійних компетентностей фахівців фізичної терапії та ерготерапії» 17-18.10.2019 Užhorod. Україна. Zdorovja nacii. 2019; 55(2): 146-147. ISSN 2077-6594.
11. Málková, I. 2020. Possibilities of using STOBU activities in the practice of doctors and nutrition therapists. P. 185-192. In.: Proceedings VI. from International Scientific Conference: Health, Social and Nursing Aspects of Diseases of Civilization 15.11.2019. Collegium Humanum, Warsaw 2020, 209 p. ISBN 978-83-952951-3-3.
12. Hudáková, T., Popovičová, M. 2020. Extremely obese patient in the intensive care unit in terms of nursing approach. p. 117-124. In : Proceedings VI. from International Scientific Conference: Health, Social and Nursing Aspects of Diseases of Civilization 15.11.2019. Collegium Humanum, Warszawa 2020, 209 p. ISBN 978-83-952951-3-3.
13. Nemcová, J. Et al. 2010. Modern education in nursing. Martin: Osveta, 2010. 259 p. ISBN 978-80-8063-321-9.
14. Popovičová, M., Kováčsová, B. 2016. The importance of fasting and postprandial glycemia in the prevention of diabetic retinopathy. In Florence. Praha: Ambit Media, a. s., ISSN 1801-464X, 2016, roč. 7, č. 11., s. 18-22.
15. Dimunová, L., Raková, J. 2018. Education as a part of secondary prevention of obesity. P. 65-71. In: Proceedings from the Days of practical obesitology and metabolic syndrome 21-22.06.2018. Department of Philosophy, Department of Psychology, University of Finance and Management in Warsaw, Warsaw 2018, 388 p. ISBN 83-89884-07-0.
16. Lauková, J., Melichová, A., Turáneková, Z. 2020. Management of nursing care for patients with metabolic syndrome. Nursing and midwifery, 2020, no.1, p.30. ISSN 1339-5920.
17. Dimunová, L., Raková, J., Zamboriová, M. et al. 2019. Modern education as a tool of secondary cardiovascular prevention. p.33. In: Proceedings of abstracts VI. from International Scientific Conference: Health, Social and Nursing Aspects of Diseases of Civilization 15.11.2019. VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava, ISBN 978-80-8132-207-5.
18. Raková, J., Sušinková, J., Dimunová, L., Kurcinová, H. 2019. A new look at the educational work of a nurse in a child with overweight and obesity. p. 65. In: Proceedings of abstracts VI. from International Scientific Conference: Health, Social and Nursing Aspects of Diseases of Civilization 15.11.2019. VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava, ISBN 978-80-8132-207-5.
19. Babečka, J. 2019 Nursing education for patients with diabetes mellitus type 2. Zdorovja nacii. 2019; 57(4): 82-84. ISSN 2077-6594.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.03.2020 р.

Goal of research: to study the level of awareness of patients undergoing sanatorium-and-spa treatment about metabolic syndrome, methods of its prevention by means of lifestyle changes and the role of nurses in patients' training on metabolic syndrome prevention.

Materials and methods. 100 patients who were undergoing treatment at the Ružbachy Cherry Resort were anonymously interviewed with the use of the original questionnaire. The issue of the questionnaire consisted of a block of questions on the metabolic syndrome and block of issues relating to the lifestyle of the respondents.

Results. When creating the design of the study, 7 hypotheses were set which were verified through a questionnaire. 100 patients were interviewed, including 49 males and 51 women. The average age of respondents was 40 years. When processing data from the questionnaire, we found that 56% of respondents said they could not calculate their body mass index. According to our findings, most respondents are overweight or obese and unable to determine whether they have overweight or obese. It can be noted for sure that according to the answers received, patients with higher education pay more attention to physical training and sports, both active and entertaining. Patients with higher education are more likely to eat healthy foods compared to patients with other education levels. Women eat healthier compared to men, their diet is more diverse. It consists of more fruits and vegetables compared to men's diets, in which, on the contrary, meat dishes dominate. More than half of the respondents are ready to receive information on the metabolic syndrome from educational lectures or training materials. In the work we specify the importance of nursing in the prevention of this serious civilization disease and the indispensable role of nurses in training the patients.

Conclusions. Education is one of the non-pharmacological ways of influencing the patient and his family in the context of secondary prophylaxis and is an important part of the patient's overall treatment. This is a process that affects their behavior. This allows us to make changes in the knowledge, relationships and skills necessary to strengthen, protect and develop the health of patients. This is an important part of all nursing activities.

Key words: metabolic syndrome, diseases of civilization, education, prevention, nursing.

Мета дослідження: вивчити рівень інформованості пацієнтів, що проходять санаторно-курортне лікування про метаболічний синдром, методи його профілактики за допомогою зміни способу життя і ролі медсестер в навчанні пацієнтів з питань попередження метаболічного синдрому.

Матеріали та методи. З використанням оригінальної анкети анонімно опитано 100 пацієнтів, які проходили лікування на курорті Вишні Ружбахи. Питання анкети склалися з блоку питань по метаболічному синдрому і блоку питань, що стосуються способу життя респондентів.

Результати. При створенні дизайну дослідження було сформульовано 7 гіпотез, які проходили перевірку за допомогою анкети. Всього опитано 100 пацієнтів, з них 49 чоловіків і 51 жінка. Середній вік респондентів склав 40 років. При обробці даних з анкети ми з'ясували, що 56% респондентів заявили, що не можуть розрахувати свій індекс маси тіла. Згідно з нашими результатами, більшість респондентів мають надлишкову вагу або страждають ожирінням і не в змозі визначити самі, чи мають вони надлишкову вагу або ожиріння. Можна з упевненістю сказати, що згідно з отриманими відповідями, пацієнти з вищою освітою приділяють більше уваги заняттям фізкультурою і спортом, як активними, так і розважальними. Пацієнти з вищою освітою частіше їдять здорову їжу в порівнянні з пацієнтами з іншими рівнями освіти. Жінки харчуються здоровіше чоловіків, їх раціон харчування більш різноманітний. Він складається з більшої кількості овочів і фруктів в порівнянні з чоловічими дієтами, в яких, навпаки, переважають м'ясні страви. Більше половини респондентів готові отримувати інформацію по метаболічному синдрому за допомогою навчальних лекцій або навчальних матеріалів. У роботі ми вказуємо на важливість сестринської справи в профілактиці цього серйозного цивілізаційного захворювання і на незамінну роль медсестри в навчанні пацієнтів.

Висновки. Освіта являє собою один з нефармакологічних способів впливу на пацієнта і його сім'ю в контексті вторинної профілактики і є важливою частиною загального лікування пацієнта. Це процес, який впливає на їх поведінку. Це дозволяє нам вносити зміни в знання, відносини і навички, необхідні для зміцнення, захисту і розвитку здоров'я пацієнтів. Це важлива частина всієї сестринської діяльності.

Ключові слова: метаболічний синдром, цивілізаційні захворювання, навчання, профілактика, сестринська справа.

Цель исследования: изучить уровень информированности пациентов, проходящих санаторно-курортное лечение о метаболическом синдроме, методах его профилактики посредством изменения образа жизни и роли медсестер в обучении пациентов по вопросам предупреждения метаболического синдрома.

Материал и методы. С использованием оригинальной анкеты анонимно опрошено 100 пациентов, которые проходили лечение на курорте Вышне Ружбахи. Вопросы анкеты состояли из блока вопросов о метаболическом синдроме и блока вопросов, касающихся их образа жизни респондентов.

Результаты. При создании дизайна исследования было сформулировано 7 гипотез, которые проходили проверку с помощью анкеты. Всего опрошено 100 пациентов, из них 49 мужчин и 51 женщина. Средний возраст респондентов составил 40 лет. При обработке данных из анкеты мы выяснили, что 56% респондентов заявили, что не могут рассчитать свой индекс массы тела. Согласно нашим результатам, большинство респондентов имеют избыточный вес или страдают ожирением и не в состоянии судить сами, имеют ли они избыточный вес или ожирение. Можно с уверенностью сказать, что согласно полученным ответам, пациенты с высшим образованием уделяют больше внимания занятиям физкультурой и спортом, как активными, так и развлекательными. Пациенты с высшим образованием чаще едят здоровую пищу по сравнению с пациентами с другими уровнями образования. Женщины питаются здоровее мужчин, их рацион питания более разнообразен. Он состоит из большего количества овощей и фруктов по сравнению с

мужскими диетами, в которых, наоборот, мы можем чаще употреблять мясные блюда. Более половины респондентов готовы получать информацию о метаболическом синдроме с помощью учебных лекций или учебных материалов. В работе мы указываем на важность сестринского дела в профилактике этого серьезного цивилизационного заболевания и на незаменимую роль медсестры в обучении пациентов.

Выводы. Образование представляет собой один из нефармакологических способов воздействия на пациента и его семьи в контексте вторичной профилактики и является важной частью общего лечения пациента. Это процесс, который влияет на их поведение. Это позволяет нам вносить изменения в знания, отношения и навыки, необходимые для укрепления, защиты и развития здоровья пациентов. Это важная часть всей сестринской деятельности.

Ключевые слова: метаболический синдром, цивилизационные заболевания, обучение, профилактика, сестринское дело.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Відомості про авторів

Вс. Petreková Veronika – student; St. Elizabeth University of Health and Social Sciences, Bratislava, n. o. Institute of Social Sciences and Health Care of the blessed P.P. Gojdič and V. Hoptko, Spišská Nová Ves – Prešov.
veronikape76@centrum.sk.

Belovičová Mária – assoc. Prof., MD. PhD, St. Elizabeth University of Health and Social Sciences, Bratislava – teacher; Field office in Michalovce a Prešov; Internal Clinic for Liver Disease Diagnosis and Treatment, Remedium s.r.o. Bardejov Spa, Slovakia.
mriab9@gmail.com.

Dimunová L., Raková J.

Specification of drug administration in geriatric patients within the competences of the nurse

Pavol Jozef Šafárik University in Košice, Faculty of Medicine, Department of the Nursing Care, Slovakia

lucia.dimunova@upjs.sk, jana.rakova@upjs.sk

Дімунова Л., Ракова Я.

Особливості прийому ліків у геріатричних хворих в межах компетенції медсестри

Університет імені Йозефа Шафарика в м. Кошице,
медичний факультет, відділ сестринської допомоги,
м. Кошице, Словаччина

Дімунова Л., Ракова Я.

Особенности приема лекарств у геріатрических больных в пределах компетенции медсестры

Университет имени Йозефа Шафарика в г. Кошице,
медицинский факультет, отделение сестринской помощи,
г. Кошице, Словакия

Introduction

As the world's population ages, global health care systems will face the burden of chronic diseases and polypharmacy use among older adults [1]. According to WHO there are about 600 million people aged 60 and over worldwide; this total will double by 2025 and will reach virtually two billion by 2050 [2]. Geriatrics deals with the so called "aging" phenomenon. The framework of geriatrics includes areas such as clinical geriatrics, social geriatrics, pharmacology in geriatrics and geriatric nursing [3,4].

Geriatric nursing is one of the nursing disciplines; it includes the competences of nursing practice and holistic approach to the care of these patients [5]. The nurse is expected to perform roles in providing individualized nursing care with respect to the biological, psychological and social specifics of geriatric patients. The nursing profession also requires critical thinking, high-level expertise, and practical skills [6]. One of the areas of nursing care is also pharmacotherapy. As a part of pharmacological treatment, the nurse administers medicine on behalf of the doctor's authorization. She performs various interventions, which depend on the type of healthcare facility, health, mental and socio-economic condition. The nurse should have adequate knowledge and skills needed to work with seniors. The nurse is obliged to master the rules and proper techniques of drug administration, drug handling, and storage [7]. In many cases, the nurse provides the patient with a feedback on understanding the proper use of medication. The nurse participates in the education process and her work is also important in increasing of the patient's compliance [8]. The positive effect of nursing interventions in primary care focused on drug use in patients with an average age of 72 years was also demonstrated by a study of Steinman et al. [9]. The positive role of the nurse was similarly proved by an Egyptian study by Mohamed et al. [10], where seniors also demonstrated better knowledge of drug administration and use after nurse

interventions. The pharmacotherapy risk and the occurrence of adverse reactions in elderly patients are increased. The safety of drug treatment is directly related to risk perception and is one of the most important quality principles of pharmacotherapy. Problems that accompany treatment of the elderly are: economic cost, multimorbidity and polypharmacology associated with drug side effects, insufficient diagnosis, non-compliance of the geriatric patient [11]. The nurse must also be aware of the possible risks associated with medications in order to be able to effectively provide quality nursing care in cooperation with a doctor and a pharmacist [12,13].

Methodology

The aim of the study was to find out how nurses perceive the specifics of pharmacotherapy in geriatric patients. Subsequently, it attempted to identify the most common problems within pharmacotherapy and patients' safety in clinical practice.

The group of respondents was intentional; it consisted of 48 nurses working in a facility providing nursing care for geriatric patients in Slovakia. The selection criteria were at least one year of nurses' working experience, practice skills, current employment in the ward with geriatric patients and willingness to cooperate. The questionnaire was anonymous.

We used a self-designed questionnaire to collect data for the survey. The questions in the questionnaire were divided into two areas: the area of intervention of nurses in pharmacotherapy and the area of problems related to pharmacotherapy. Empirical data collection was carried out from January to March 2020. 50 nurses were contacted in the facility, 48 questionnaires were returned, which represents a 96% return. The obtained data are processed in Microsoft Excel software into tables and graphs. We used methods of descriptive statistics to describe the results.

Results

The average length of practice of nurses was 12.77±2.11 years. The first part focused on identifying the interventions that nurses implement in the framework of pharmacotherapy in geriatric patients. Table 1 shows the specific interventions and statements of nurses on their application in clinical practice. Nurses are actively involved in the preparation and administration of drugs and actively

cooperate with the doctor. As for monitoring the effects of medication by nurses, we recorded 19 responses that said 'no' or 'occasionally', which we assess as incorrect. Ordering medicine is largely the responsibility of a head nurse, which corresponds to the marked answers of the nurses.

The frequency of the responses of nurses (n=40) related to the communication of seniors indicates shortcomings in this area, similarly to the area of education of family members (n=41).

Table 1. Interventions of nurses in pharmacotherapy

Options	Yes		No		Occasionally	
	n	%	n	%	n	%
Medicine preparation	39	81	1	2	8	17
Medicine administration	39	81	1	2	8	17
Monitoring of medicine effects	29	60	9	19	10	21
Informing doctor about health state	34	71	0	0	14	29
Cooperation with doctor	41	85	0	0	7	15
Ordering of medicine	7	15	33	68	8	17
Communication with senior about pharmacotherapy	8	17	28	58	12	25
Education of senior and family members	7	15	30	62	11	23

In the next part, we focused on the most common problems that nurses encounter in pharmacotherapy in geriatric patients. Pharmacotherapy is one of the important indicators of patient safety.

We analysed the statements of the nurses about the **most common problems** they encounter in the execution of their profession. The most frequent response was non-cooperation of seniors in administration of drugs, which was reported by 37% (n=35) of nurses, the option "negative attitude to treatment" was reported by 20% (n=19) of nurses.

Distrust of medical staff was reported in 22% (n=21) of respondents and as for the option "patient's mental state", 21% (n=20) of nurses indicated such answer. This implies that the most frequently indicated responses were non-cooperation and distrust of medical staff. These options are considered by nurses to be a common problem in relation to geriatric patient.

We formulated questions for the nurses in a specific way to find out **which mistakes in medicine administration they consider to be the most severe**. The items are processed in Table 2. The data suggest the answers "administration of wrong dose" and "exchange of medicine" are indicated the most often. Based on the respondents' answers, we can conclude that the nurses possess knowledge about the risk factors of pharmacotherapy in relation to patient safety.

Table 2. Error possibilities in pharmacotherapy

Options	n	%
Exchange of medicine	31	31
Exchange of patient	24	23
Administration of wrong dose	33	33
Failure to administer medicine	13	13

Discussion

The interventions by which nurses engage in pharmacotherapy administered to geriatric patients have their own specifics. In our monitored group, a high percentage of nurses are dedicated to a thorough preparation and administration of drugs. The results are in agreement with a study performed in Slovakia and the Czech Republic in connection with the competencies of nurses in pharmacotherapy [14]. We recorded a low percentage of responses among nurses in the field of education and communication, what may have an impact on successful treatment. Most nurses state workload and insufficient number of staff as their reason for not devoting enough time to education and communication. Senior education has a significant position in nursing care. It is similarly important in the field of pharmacotherapy with its peculiarities in the elderly. For education of the elderly to be effective, the educator must have general knowledge about aging, the changes that are taking place in old age and about the educational process. The seniors are educated about pharmacotherapy most often by healthcare professionals involved in their treatment; this includes doctors, nurses and pharmacists. Education for the elderly focuses on pharmacotherapy instruction, medication use, and possible side effects. It is important to assess the level of seniors' knowledge and skills related to prescribed medicine as well as over-the-counter drugs [15]. The positive effect of nursing education on the pharmacotherapy topic is also discussed in the study of Dilles et al. [16]. In education, it is important that the relatives who help the senior in care are also given instructions. One is supported systems are information systems. For many, their use is beneficial in terms of saving time and ease of accessibility [17]. In this context the term health literacy is

often being mentioned [18] in the process of education in planning and preparation of nursing interventions. Nurses can minimize shortcomings in primary and secondary care by adapting the content and methods of communicating health information in the interview. Forms of correct reinterpretation of information to patients can contribute to understanding the content of the information and lower occurrence of errors caused by lack of knowledge.

A quality healthcare is unthinkable without communication between the nurse and the geriatric patient. With proper conversation, knowledge and the use of communication skills, the nurse can obtain information, positively influence the patients, educate them, motivate them and persuade them to cooperate.

In our survey, nurses identified the most common problems related to pharmacotherapy in clinical practice as follows: non-cooperation of seniors in adhering to the treatment, distrust of medical staff, negative attitude of the patient and mental state. All of these issues are intertwined and interrelated. Because if the mental state of a senior is bad, he or she is not willing to cooperate or does not trust the medical staff, what causes negative attitude to the treatment and thus it follows that he/she is not cooperating. Similar findings are reported in the study by Zrubáková et al., [14] where they identified fear of patients as a significant factor associated with pharmacotherapy. Fear creates a barrier that can trigger problems with pharmacotherapy and as a result it causes difficulties in cooperation between the patient and the healthcare professionals. It causes negative behaviour, nervousness, distrust, worries; it worsens the patient's mental state, increases tension. This confirms to us that the most common problems mentioned by the nurses in our focus group are distrust and non-cooperation.

With regards to the patient safety connected with pharmacotherapy, we found in our cohort that nurses perceive as a possible risk exchange of medicine or administration of a wrong dose. These errors are very serious and great care is constantly taken to prevent them as much as possible. At present, nurses prepare medications manually according to the doctor's schedule and instructions, then assign and introduce them to a specific senior. This method requires substantial amount of time. In various European countries, hospitals are switching to electronic prescribing and dispensing of medicine to patients – Drug Dosage Monitoring System (MSDL) [19]. This saves time which the nurse can dedicate otherwise to the patients while reducing the error rate in allocating drugs or administering a wrong dose of medication. The safety of medicine practices is also overseen by the Institute for Safe Medication Practice in the form of Guidelines, which relate to the safe use of specific drug technologies and the treatment of at-risk patient communities, including the elderly.

Conclusions

Pharmacotherapy is one of the important competencies of nurses. They apply its principles in execution of their profession every day. Our effort was to make an inquiry into clinical practice and obtain the views of nurses. All in all, we can conclude that nurses apply their competencies in the field of pharmacotherapy very actively and responsibly, taking into account the specifics of geriatric patients. We have identified slight shortcomings in the field of education and communication, which we consider important and perceive it as an incentive for postgraduate education of nurses. We also regard the expressed opinions of nurses on possible risks to patient safety to be serious. It is currently a much-discussed topic, and our findings confirm its validity.

References

1. Lee, J.K., Alshehri, S., Kutbi, H., Martin, J.R. Optimizing pharmacotherapy in elderly patients: the role of pharmacists. *Integr Pharm Res Pract.*, 2015; 4:101-111. doi: 10.2147/IPRP.S70404.
2. WHO. Ageing and life course. [online] 2018. Available at: https://www.who.int/ageing/primary_health_care/en/
3. Belovičová, M., Vansáč, P. Selected aspects of medical and social care for long-term ill persons. *Towarzystwo Słowaków w Polsce, Kraków*, 2019, 153 p. ISBN 978-83-811110-9-6.
4. Mauk, K.L. *Gerontological nursing competencies for care*. 4th ed. Burlington, MA: Jones & Barlett Learning 2017.
5. Grešš Halász, B., Hudáková, A., Kaščáková, M. Gerontological advanced nurse practitioners in senior care. *General Practitioner*, 2019; 99(5):210-214.
6. Dimunová, L., Mohnyánszki, F., Raková, J. *Pracovní zátěž sestry*. Praha: powerprint. 2018. s. 75. ISBN 978-80-7568-097-6.
7. Pilotto, F., Martin, F. *Comprehensive geriatric assessment*. E-book. Springer nature publishing company, 1st ed., 2018; p. 182. Available at: <http://www.twirpx.com/file>.
8. Zrubáková, K., Krajčík, Š., et al. *Pharmacotherapy in geriatrics*. Grada publishing, a.s., 2016. 224 p. ISBN 978-80-247-5229-7.
9. Steinman, M.A., Low, M., Balicer, R.D., Shadmi E. Impact of a nurses-based intervention on medication outcomes in vulnerable older adults. *BMC Geriatr.* 2018; 18(1):207. doi: 10.1186/s12877-018-0905-1.
10. Mohamed, N.A., Hafez, S.H., Shrief, S.E. Nursing based intervention to optimize knowledge and practices of old age patients about polypharmacy. *IOSR-JNHS*, 2019; 8(1):29-37.
11. Hegyi, L. Long-term or health-social care? *Geriatrics*, 2015; 1:7-13. ISSN 1335-1850.
12. Petrovič, M., Sommers, A., Onder, G. Optimisation of geriatric pharmacotherapy: role of multifaceted cooperation in the hospital setting. *Drugs Aging*. 2016. doi:10.1007/s40266-016-0352-7.

13. Bednarek, A., Zarzycka, D. Trends in vaccinology education of nurses in Poland. *Medical and Biological Sciences*, 2015.29(1):5-11. doi: <http://dx.doi.org/10.12775/MBS.2015.001>.

14. Zrubáková, K., Magerčiaková, M., Teperová, M. New trends in the education and practice of health professionals. "Pharmacotherapy of seniors and its problems in Slovakia and the Czech Republic" Prohuman [online]. Available at <https://www.prohuman.sk/files/Nove-trendy-vo-vzdelavani-a-praxi-zdrav-prac-2014.pdf>.

15. Zánovítová, M., Kurucová, R., Tomagová, M., Boriková, I., Miertová, M. Selected aspects of health care for the elderly. *Martin: UK JLF*, 2015. 83 s. ISBN: 978-80-89544-93-6.

16. Dilles, T., Stichele R.V., van Rompaey, B., van Bortel, L., Elseviers, M. Nurses' practices in pharmacotherapy and their association with educational level. *Journal of Advanced Nursing*, 2010. 66(5):1072–1079. doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05268.x.

17. Popovičová M., Belovičová M. eHealth healthcare electronization in Slovakia. ISSN 2077-6594. *Ukraine. Nation's Health*. 2020.1 (58): 23-27. doi 10.24144/2077-6594.1.2020.197015.

18. Dingová, M., Jakubcová, T. Health Literacy – New Concept for Nursing Practice. *Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelávanie*, 2011;1(1):34–41.

19. Tóth, M. Monitoring system for drug delivery suitable for elderly people who have been using medicines for long periods in social care facility and at home environment [online]. Prohuman, 2020. Available at: <https://www.prohuman.sk/socialne-sluzby/monitorovaci-system-davkovania-liekov-msdl>.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.03.2020 р.

Aim. The study's objective was to obtain the views of nurses on the application of competencies in the field of pharmacotherapy in geriatric patients in clinical practice. Subsequently, it attempted to identify the most common problems that nurses encounter in relation to pharmacotherapy and safety of geriatric patients.

Material and methods. The group consisted of 48 nurses working in a facility providing care for geriatric patients. A non-standardized questionnaire was used for data collection, which included two areas: the area of intervention of nurses in pharmacotherapy and the area of problems related to pharmacotherapy.

Results. Nurses apply their competencies focused on pharmacotherapy, especially in the preparation and administration of drugs. The answers of nurses in the field of education (62%) and communication (58%) related to pharmacotherapy in the elderly can be considered insufficient. The most common problems that nurses encounter in clinical practice are non-cooperation of seniors, their distrust and negative attitude towards treatment. Nurses identified incorrect dosing and drug substitution as potential errors that could compromise the safety of the geriatric patient.

Conclusions. Based on the results of our research, we can state that nurses actively apply their competencies in pharmacotherapy, taking into account the specifics of geriatric patient care. The shortcomings we have identified in the field of education and communication related to pharmacotherapy indicate the need to support the education and practical training of nurses' skills. Further attention needs to be paid to the safety of the patient in pharmacotherapy.

Key words: geriatric patient, pharmacotherapy, education, nurses, safety patients.

Мета дослідження – вивчити думку медсестер щодо застосування компетенцій в області фармакотерапії у геріатричних пацієнтів в клінічних умовах. Згодом виявити найбільш поширені проблеми, з якими стикаються медсестри в рамках фармакотерапії і безпеки пацієнтів із захворюваннями шлунку.

Матеріали та методи. Група дослідження складалася з 48 медсестер, які працюють в установі, що забезпечує догляд за геріатричними пацієнтами. Для збору даних використовувалася нестандартизована анкета, яка включала дві області: область втручання медсестер в фармакотерапію і область проблем, пов'язаних з фармакотерапією.

Результати. Медсестри застосовують свої компетенції, орієнтовані на фармакотерапію, особливо в області підготовки і прийому ліків. Інформованість медсестер в галузі освіти (62%) і комунікації (58%), пов'язаних з фармакотерапією у літніх людей, можна вважати недостатніми. Найбільш поширені проблеми, з якими медсестри стикаються в клінічній практиці, – це відсутність взаємодії з людьми похилого віку, їх недовіру і негативне ставлення до лікування. Медсестри визначили введення неправильної дози препарату і заміну препарату як потенційно можливі помилки, які можуть поставити під загрозу безпеку геріатричного пацієнта.

Висновки. Виходячи з результатів нашого дослідження, ми можемо констатувати, що медсестри активно застосовують свої компетенції в фармакотерапії з урахуванням специфіки догляду за геріатричними пацієнтами. Недоліки, які ми виявили в галузі освіти і комунікації, пов'язані з фармакотерапією, вказують на необхідність підтримки навчання і практичного підготовки медсестер. Необхідно і далі приділяти велику увагу безпеці пацієнтів під час фармакотерапії.

Ключові слова: літній (геріатричний пацієнт), фармакотерапія, освіта, медсестри, безпека пацієнтів.

Цель исследования – изучить мнение медсестер относительно применения компетенций в области фармакотерапии у геріатрических пациентов в клинических условиях. Впоследствии выявится наиболее

распространенные проблемы, с которыми сталкиваются медсестры в рамках фармакотерапии и безопасности пациентов с заболеваниями желудка.

Материалы и методы. Группа исследования состояла из 48 медсестер, работающих в учреждении, обеспечивающем уход за гериатрическими пациентами. Для сбора данных использовалась нестандартизированная анкета, которая включала две области: область вмешательства медсестер в фармакотерапию и область проблем, связанных с фармакотерапией.

Результаты. Медсестры применяют свои компетенции, ориентированные на фармакотерапию, особенно в области подготовки и приема лекарств. Информированность медсестер в области образования (62%) и коммуникации (58%), связанных с фармакотерапией у пожилых людей, можно считать недостаточными. Наиболее распространенные проблемы, с которыми медсестры сталкиваются в клинической практике, – это отсутствие взаимодействия с пожилыми людьми, их недоверие и негативное отношение к лечению. Медсестры определили введение неправильной дозы препарата и замену препарата как потенциально возможные ошибки, которые могут поставить под угрозу безопасность гериатрического пациента.

Выводы. Исходя из результатов нашего исследования, мы можем констатировать, что медсестры активно применяют свои компетенции в фармакотерапии с учетом специфики ухода за гериатрическими пациентами. Недостатки, которые мы выявили в области образования и коммуникации, связанные с фармакотерапией, указывают на необходимость поддержки обучения и практической подготовки медсестер. Необходимо и далее уделять большое внимание безопасности пациентов во время фармакотерапии.

Ключевые слова: пожилой (гериатрический пациент), фармакотерапия, образование, медсестры, безопасность пациентов.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Ethical aspects: the research followed ethical guidelines in accordance with the Helsinki Declaration of 1975, as revised on 2013.

Відомості про авторів

Dimunová Lucia – PhD., doc., PhDr. – teacher, Pavol Jozef Šafárik University in Košice, Faculty of Medicine, Department of The Nursing Care; Tr. SNP 1, Košice, Slovakia.
+421 (55) 234-32-92, lucia.dimunova@upjs.sk.

Raková Jana – PhD., PhDr. – teacher, Pavol Jozef Šafárik University in Košice, Faculty of Medicine, Department of The Nursing Care; Tr. SNP 1, Košice, Slovakia.
jana.rakova@upjs.sk.

Поповичева М., Баркаси Д.

Нагрузка медсестёр в лечебном учреждении при уходе за пациентами

Высшая школа здравоохранения и социальной работы св. Алжбеты,
н.о. филиал бл. Метода Доминика Тричку, г. Братислава, Словакия

maria.popovic911@gmail.com, daniela.barkasi@gmail.com

Поповичева М., Баркаси Д.

Навантаження медсестер в лікувальних закладах при догляді за пацієнтами

Вища школа охорони здоров'я та соціальної роботи св. Алжбети, н.о. філія бл. Методу Домініка Трічку, м. Братислава, Словаччина

Popovichova M., Barkasi D.

The ballast of nurses in the provision of nursing care in a hospital

Medical University of Health and Social Work Algeria, n.o., branch of bl. Methods of Dominic Trchku, Bratislava, Slovakia

Введение

Профессия медсестры – одна из самых востребованных и многозатратных. Медсестры являются неотъемлемым и очень важным членом медицинской команды. Образно говоря, они его «костяк». Работа медсестры связана с высокими требованиями к выполняемой работе, высокой ответственностью, постоянным стрессом, недооцененностью или сложными межличностными отношениями. Это связано с высоким уровнем эмоционального напряжения, то есть с потенциальным ущербом для здоровья и низким уровнем удовлетворенности работой. Эта профессия всегда требовала не только больших умственных, но так же больших физических затрат. Несмотря на то, что существуют нормы для медицинского персонала, мы знаем, что они часто не соблюдаются. В больницах не хватает вспомогательного персонала, что влияет на работу медсестры, потому что они нагружаются и другими обязанностями. Эта работа отнимает у них время, которое они могли бы посвятить профессиональной деятельности или общению с пациентом. От них ожидают не только отличных результатов, но и эмпатического подхода, личной заинтересованности при оказании сестринской помощи или обучения в течение всей жизни и приобретения новых навыков. Источником нагрузки для медсестры также может быть плохое управление работой, плохая организационная структура или неудовлетворительная социальная атмосфера на рабочем месте. Это профессия, в которой медсестра находится в постоянном контакте со многими стрессовыми факторами. Они находятся в ежедневном контакте с болью, страданием, смертью. Причины психологического стресса могут быть основаны на собственно работе медсестры или ее личной жизни. Это переутомление может привести к выгоранию.

Физическая нагрузка медсестер

Мы характеризуем физическую активность как рабочую нагрузку на костно-мышечную, сердечно-сосудистую и дыхательную системы с отражением в обмене веществ и терморегуляции. Современная тенденция развития условий труда приводит к сокращению доли физически тяжелой работы и, наоборот, к увеличению психического напряжения. Тем не менее, существуют профессии, в которых физическая нагрузка все еще остается значительной, и в эти профессии также входит профессия медсестры. Поскольку медсестра ходит или стоит большую часть рабочего времени, костно-мышечная система наиболее подвержена физическим нагрузкам. У них часто наблюдается варикозное расширение вен, боли в ногах и суставах. При работе с неподвижным пациентом позвоночник и верхние конечности наиболее подвержены нагрузке [1]. Что касается подъема пациента, должен быть задан вопрос: является ли пациент бременем. В других профессиях, таких как работники почты, в магазине и т.д. согласно законам, женщины могут поднимать груз до 15 кг. Но в больнице часто 50-килограммовые медсестры только своими руками поднимают 100-килограммовых пациентов, которые обездвижены.

Психосоциальная нагрузка медсестер

Человек – живое существо, динамичная личность, но с другой стороны, очень чувствительная и уязвимая личность. Эти качества применимы к медсестре, которая на основе «мягких» навыков проявляет эмпатию и сочувствие к пациенту, это значит что она хочет создать маленький кусочек мира, в котором она находит лучшее и светлое. Поэтому профессия медсестры утомительна, и вызывает стресс [2]. Психосоциальная нагрузка является профессиональной составляющей в работе медсестры. Это отношения между медсестрой и пациентом, медсестрой и членами семьи, а также медсестрой и коллегами.

В рабочих отношениях часто возникают конфликты между врачом и медсестрой, когда врач не считает медсестру равноправным партнером и часто заставляет почувствовать субординацию. Он также делегирует свои медицинские полномочия таким образом, чтобы медсестра не могла эффективно защищать себя [3]. Эти факты связаны не с личностью медсестры или врача, а с неопределёнными границами их компетенции. Мы часто обнаруживаем, что даже медсестёр с университетским образованием врачи не считают равными членами команды. Плохая организация работы, отсутствие обратной связи со стороны руководителей, низкий уровень оценки со стороны начальства, ссоры, оскорбления в команде, отсутствие взаимного доверия, проявление зависти или неуважение к людям также оказывают негативное и обременительное влияние на медсестру. Ситуации, связанные с контактом с тяжело больными и умирающими людьми и их семьями, также являются источником сильного психосоциального напряжения. Они часто переносят свое беспокойство, состояния тревоги и гнев на медсестру. Мы также можем рассматривать паллиативную помощь как одну из психологически сложных областей медицины, когда состояние пациента очень серьезное и прогноз заболевания очень плохой. Поэтому медсестра должна смириться с тем фактом, что ее работа хоть и гуманна и достойна похвалы, но она не ведёт к положительной цели, то есть исцелению [4].

Цель исследования

Работа медсестер в стационарных отделениях связана с высокими требованиями как физического, так и психического характера, что может привести к ущербу для здоровья и низкому уровню удовлетворенности работой. Нейропсихологическая нагрузка возникает в основном из-за эмоционального напряжения, связанного с ответственностью за жизнь пациента, с организацией работы или условиями труда. Мы часто ищем ответы на вопрос, сильно ли психически перегружены медсестры работающие в стационаре? Могут ли преодолевать чрезмерный стресс с которым ежедневно сталкиваются? Целью нашей работы является помощь в расширении знаний о психологической нагрузке медсестер в связи с оказанием сестринского ухода в стационарных отделениях.

Исходя из поставленной задачи, мы ставим следующие цели:

- выяснить, является ли чувство нехватки времени и высокая ответственность на работе причиной психологической нагрузки медсестер;
- выяснить, вызывает ли чрезмерное психическое напряжение у медсестер чувство усталости и нервозности;
- выяснить, является ли умственная нагрузка медсестер причиной снижения производительности труда и возникновения частых проблем и конфликтов.

На основании теоретических и практических знаний мы выдвинули следующие гипотезы:

- Г1 Мы предполагаем, что чувство нехватки времени на работе является причиной психологической нагрузки медсестер.
- Г2 Мы предполагаем, что психологическая нагрузка медсестер вызывает чувство усталости и нервозности у медсестер.
- Г3 Мы предполагаем, что психическое напряжение является причиной снижения работоспособности медсестер и возникновения частых проблем и конфликтов.
- Г4 Мы предполагаем, что образование связано со знанием техники релаксации для снятия стресса.

Материалы и методы

Для получения данных мы выбрали метод анкетирования. Мы использовали стандартизованную анкету Мейстера, чтобы оценить нагрузку медсестер. Microsoft Office Excel 2007 и STATISTICA v.10. использовались для статистической обработки. Для статистической оценки гипотез мы использовали коэффициент корреляции Спирмена, с помощью которого мы искали связь между двумя количественными переменными, и другой статистический тест, хи-квадрат Пирсона, для поиска связи между образованием и использованием методов релаксации. Группа состояла из 102 медсестер, работающих в стационарных отделениях больниц. Из общего числа 102 респондентов женщины составляли 97%, а мужчины – 3%. Отсюда следует, что женщины по-прежнему занимают доминирующее положение в профессии медсестры.

Результаты исследований

В следующих таблицах представлены результаты обработки полученных данных анкетирования с использованием методов статистической обработки. Оценка была основана на вопроснике Мейстера, и мы выясняли значимость различий в вопросах, которые включают отдельные факторы.

Г1 Мы предполагаем, что чувство нехватки времени на работе является причиной психологической нагрузки медсестер

При мониторинге зависимости вопросов № 1, 3, 5 и суммарный коэффициент перегрузки (таблица 1), можно говорить о высокой корреляции, что понятно, учитывая, что этот коэффициент был создан как их сумма. Однако нас интересовало, является ли нехватка времени причиной психологического стресса. Эта связь была подтверждена коэффициентом корреляции 0,222, который является значительным. Мы можем утверждать, что гипотеза 1 была подтверждена.

Таблиця 1. Коэффициенты корреляции для мониторинга коэффициента перегрузки

Переменная	Корреляция Спирмена			
	Отмеченные корреляции значимы на уровне переменных $p < 0,05$			
	Вопрос 1	Вопрос 3	Вопрос 5	FI
Ot_1	1,000000	0,222161	0,270908	0,694430
Ot_3	0,222161	1,000000	0,259559	0,671627
Ot_5	0,270908	0,259559	1,000000	0,705665
FI	0,694430	0,671627	0,705665	1,000000

Г2 Мы предполагаем, что психологическая нагрузка медсестер вызывает чувство усталости и нервозности у медсестер.

В таблице 2 представлены коэффициенты корреляции как результаты отношений между вопросами, представляющими неспецифический фактор, и самим неспецифическим фактором, который был создан как их

сумма. Вопрос № 7 представляющий чувства нервозности при психических нагрузках в значительной степени связан с усталостью и слабостью (вопрос № 9), что можно сказать, что гипотеза 2 была подтверждена. В результате чрезмерного психического напряжения заставляет медсестер чувствовать себя усталым и нервными.

Таблиця 2. Коэффициенты корреляции для мониторинга неспецифического фактора

Переменная	Корреляция Спирмена				
	Отмеченные корреляции значимы на уровне переменных $p < 0,05$				
	Вопрос 7	Вопрос 8	Вопрос 9	Вопрос 10	FIИ
Ot_7	1,000000	0,547277	0,600310	0,445605	0,777386
Ot_8	0,547277	1,000000	0,617931	0,448442	0,811718
Ot_9	0,600310	0,617931	1,000000	0,469377	0,818300
Ot_10	0,445605	0,448442	0,469377	1,000000	0,762263
FIИ	0,777383	0,811718	0,818300	0,762263	1,000000

Г3 Мы предполагаем, что психическое напряжение является причиной снижения работоспособности медсестер и возникновения частых проблем и конфликтов

Значительная зависимость была подтверждена при поиске связи между снижением производительности труда и возникновением частых проблем и конфликтов в результате психологического стресса (таблица 3). Таким образом, мы можем констатировать, что подтверждена гипотеза 3, в которой говорится, что психическое напряжение является причиной снижения работоспособности у медсестер и возникновения частых проблем и конфликтов.

Г4 Мы предполагаем, что образование связано со знанием техники релаксации для снятия стресса

Мы предполагали, что медсестры с высшим уровнем образования будут иметь более обширные знания о том, как справиться со стрессовыми ситуациями, чем их коллеги с более низким уровнем образования, благодаря

более обширным теоретическим и психологическим знаниям. Этот тезис не был подтвержден для нас, и мы можем утверждать, что образование не влияет на знание техники релаксации в нашей выборке. На основании расчетов в таблице 4 мы обнаружили, что образование медсестер не связано со знанием техники релаксации, поскольку при расчете χ^2 Пирсона уровень p достиг 0,64 и 0,23, что не подтвердило гипотезу 4.

Таблиця 3. Коэффициенты корреляции вопросов, связанных со снижением производительности труда и возникновением частых проблем и конфликтов

Переменная	Корреляция Спирмена	
	Отмеченные корреляции значимы на уровне переменных $p < 0,05$	
	Вопрос 10	Вопрос 5
Ot_10	1,000000	0,263671
Ot_5	0,263671	1,000000

Таблица 4. Ожидаемые цифры, касающиеся регулярного использования комнаты медсестрами, выделенной работодателем для перерыва

Количество меченых клеток > 10, χ^2 Пирсона: 3,3614949, sv = 5, p = 0.644442							
Ot_22	Образование						Общая линия
	af	d	c	a	f	ab	
n	20,7058	16,94118	22,58824	22,58824	0,941176	12,23529	96,0000
a	1,29412	1,05882	1,41176	1,41176	0,058824	0,76471	6,0000
Вместе	22,0000	18,0000	24,0000	24,0000	1,0000	13,0000	102,000
Количество меченых клеток > 10, χ^2 Пирсона: 6,83219, sv = 5, p = 0,233423							
Ot_16	Образование						Общая линия
	af	d	c	a	f	ab	
n	6,90196	5,64706	7,52941	7,52941	0,313725	4,07843	32,0000
a	15,09804	12,35294	16,47059	14,47059	0,686275	8,92157	70,0000
Вместе	22,0000	18,0000	24,0000	24,0000	1,0000	13,0000	102,000

Обсуждение

Медсестра находится в постоянном контакте со многими стрессогенными факторами во время своей работы. Она часто сталкивается со смертью, страданиями, умирающими или неизлечимо больными людьми. Она ежедневно контактирует с людьми, которые по-разному реагируют на болезнь, на пребывание в больнице или вызывают конфликт. Если к этим проблемам добавятся конфликтные ситуации на рабочем месте или проблемы повседневной жизни, может случиться так, что медсестра попадает в трудную жизненную ситуацию. В связи с этим мы сосредоточили свое внимание на психологической нагрузке медсестер в оказании сестринской помощи в стационарных отделениях. В начале исследования мы ставим цели, из которых мы потом выводим гипотезы. Чтобы подтвердить или опровергнуть эти гипотезы, мы использовали стандартизованную анкету Мейстера. Анкета была заполнена 102 медсестрами, работающими в стационарных отделениях. Мы обратились к медсестрам из хирургических и нехирургических отделений, то есть из других стандартных отделений. Процент возврата анкеты составил 85%. Демографические вопросы показали, что из 102 медсестер к которым мы обратились, наиболее многочисленную группу составили медсестры в возрасте от 30 до 39 лет, 41%. 26% респондентов были медсестрами в возрасте от 40 до 49 лет. 17% медсестер были старше 50 лет. 16% медсестер были моложе 29 лет.

При определении умственной нагрузки медсестер согласно опроснику Мейстера были оценены 3 компонента: перегрузка FI, монотонность FII и неспецифический фактор FIII. Мы оценили анкету по факторам и по отдельным вопросам. Впоследствии мы определили степень нагрузки. При индивидуальной оценке мы можем констатировать, что при коэффициенте перегрузки 25% медсестер имели тенденцию иметь более низкие оценки в ответах, что означало, что они не согласились с тезисом слабой перегрузки, напротив, 75% согласились с перегрузкой. Второй фактор FII оказался высоким процентом – около 88% – как несогласие с однообразием или утверждение, что работа будет

малоинтересной. Мы записали относительно разные проценты с третьим неспецифическим фактором, где процентные различия могут быть вызваны разными типами больниц – университетскими и городскими. Оценивая отдельные элементы, мы исходили из превышения критических значений медианы. Сравнение с критическими значениями показывает, что медсестры оценивали отрицательное влияние ограничения по времени и длительную нагрузку на работе. Другие параметры были оценены положительно. В 2007 году Влкова провела исследование среди медсестер в гериатрических палатах, домах престарелых и агентствах по уходу на дому, используя анкету Мейстера. Она обнаружила наименьшую перегрузку, монотонность и наименьший неспецифический фактор у медсестер, работающих на дому. Эти сестры имели наибольшее удовлетворение от работы и меньше всего конфликтовали. Они испытывали низкую степень нервозности, усталости и перенасыщенности на работе по сравнению с другими группами [5]. Общая оценка анкеты Мейстера показывает, что медсестры были включены в уровень 2, который говорит о психической нагрузке, во время которой может быть продолжительное влияние субъективного состояния, соответственно низкая производительность. Немцова (2009) утверждает, что медсестры в гериатрических отделениях в Чешской Республике были отнесены к 1 классу, это значит, что эти нагрузки не влияют на здоровье или работоспособность. Поэтому можно предположить, что для медсестер, работающих с пожилыми людьми, предъявляются более высокие требования к физической выносливости [6]. В гипотезе 5, мы проверили, связано ли образование медсестер со знанием методов релаксации для преодоления стресса. На основании статистических расчетов мы обнаружили, что уровень образования опрошенных медсестер не связан со знанием техники релаксации, поскольку при расчете хи-квадрат уровень p достиг 0,64 и 0,23, что не подтвердило гипотезу № 4. Комачева (2009) также получила дополнительные данные в своей работе, где она предполагала, что длительность практики будет влиять на использование

ефективних стратегій боротьби со стрессом [7]. Но даже это предположение не подтвердилось.

Выводы

Исходя из теоретических знаний и результатов исследований, было бы целесообразно:

- создавать и укреплять хорошие межличностные отношения, так как работа в условиях нехватки времени негативно влияет на них;
- организовать, в сотрудничестве с руководством отделения, внерабочие встречи, которые будут одной из форм расслабления, но также помогут укрепить отношения между сотрудниками;
- повышать уровень коммуникабельности, которая составляет значительную часть повседневной деятельности медсестры;
- стараться не переносить свои личные проблемы на рабочее место, так как это негативно отражается не только на работе медсестры, но и на всей команде (большой риск ошибки);
- научиться быть настойчивым и сказать «НЕТ», пройти курс ассертивного поведения (индивидуально или через работодателя, если это позволяет);
- научиться правильно реагировать в конфликтных ситуациях и реагировать соответствующим, общественно приемлемым образом;
- научиться отдыхать – сделать перерыв, пополнить силы, освоить техники релаксации, иметь свои интересы;
- обратить внимание на здоровый образ жизни – здоровое и сбалансированное питание, правильные

физические нагрузки, физические упражнения, хорошее состояние, стрессоустойчивость, хорошее настроение, позитивный подход к жизни, качественный сон, правильное дыхание, закаливание и т.д.

Учитывая тот факт, что ни одна медсестра не имеет возможности встретиться с психологом на своем рабочем месте, мы рекомендуем связаться с работодателем через руководство отделения, чтобы убедиться, что медсестры имеют контакт с психологом, соответственно подготовить поддерживающую психологическую программу, которая позволила бы медицинским работникам справиться с накопленными эмоциями.

Работа медсестры – одна из самых много затратных профессий. Её основная задача – уход за больными. Медсестры, работающие у постели больного, занимают особенно важное место. Здесь буквально платит, что человек, привязанный к кровати, зависит от своей медсестры. Она – та, кто с ним, когда встает, когда засыпает, когда страдает от боли, когда переживает, но также она рядом когда пациент улыбается и радуется улучшению своего состояния или выздоравливает. Именно она проводит с ним 24 часа в сутки. Без самоотверженной работы медсестры лечение не было бы таким успешным. Что бы доктор ни делал для пациента, он никогда не заменит работу медсестры. Благодаря ее трудолюбию, терпению и любви к ближнему пациентам легче преодолевать пребыванием в больнице и двигаться к скорейшему выздоровлению. Поэтому очень важно обеспечить медсестрам здоровую рабочую атмосферу, так как чрезмерная нагрузка и стресс сопровождают их ежедневно и могут привести к выгоранию.

Література

1. Гучкова, М. 2007. Физическая нагрузка медсестер. В *Sestra*, ISSN 1210-0404, 2007, vol. 17, no. 6, с. 21.
2. Вансач, П. Избранные главы из этики, историческое развитие этики, основы этики, этика в социальной работе, Университет здравоохранения и социальной работы Св. Альжбеты Братислава, Институт социальных наук и здравоохранения бл. П. П. Гойдич в Прешове, Прешов 2011, с. 128, ISBN 978-80-8132-030-9.
3. Ёбанкова, М. 2007. Источники психосоциальной нагрузки в профессии медсестры. В *Sestra*, ISSN 1210-0404, 2007, vol.17, no. 7-8, с.18-19.
4. Балогова, Э. 2009. Сестринское дело как естественная стрессовая профессия. В книге «Медсестра и врач на практике», ISSN 1335 – 9444, 2009, том 8, №. 7-8, с. 46-47.
5. Влкова, J. 2007. Психические и физические нагрузки медсестер, работающих с гериатрическими пациентами. (диплом бакалавра). Брно: Масарикский университет, медицинский факультет, 2007, с.66.
6. Немцова, Z. 2010. Психическое и физическое напряжение медсестер, работающих с гериатрическими клиентами (бакалавриат). Пардубице. Университет Пардубице, ФЗС, 2010, с.77.
7. Комачекова, Д. 2009. Физический и психический стресс при оказании сестринской помощи – профилактика, защита и поддержка здоровья медсестры. В *Sestra*, ISSN 1210-0404, 2009, vol. 19, no. 7-8, с. 26-27.
8. Беловичова, М., Вансач, П. 2019. Отдельные аспекты медико-социальной помощи для длительно больных людей. *Towarzystwo Slowaków w Polsce, Kraków*, 2019, 153 p. ISBN 978-83-811110-9-6.
9. Угринова, Д. 2011. Психологическая нагрузка медсестер при оказании сестринской помощи (магистерская работа). Трнава: Трнавский университет, ФЗаСП, 2011, с. 76.

References

1. Guchkova, M. 2007. Fizicheskaya nagruzka medsester. V Sestra, ISSN 1210-0404, 2007, vol. 17, no. 6, s. 21.
2. Vansach, P. Izbranny'e glavy` iz e`tiki, istoricheskoe razvitie e`tiki, osnovy` e`tiki, e`tika v soczial`noj rabote, Universitet zdavookhraneniya i soczial`noj raboty` Sv.. Al`zhbety` Bratislava, Institut soczial`ny`kh nauk i zdavookhraneniya bl. P. P. Goidich v Preshove, Preshov 2011, s. 128, ISBN 978-80-8132-030-9.
3. Yobankova, M. 2007. Istochniki psikhosoczial`noj nagruzki v professii medsestry`. V Sestra, ISSN 1210-0404, 2007, vol.17, no. 7-8, s.18-19.
4. Balogova, E`. 2009. Sestrinskoe delo kak estestvennaya stressovaya professiya. V knige «Medsestra i vrach na praktike», ISSN 1335 – 9444, 2009, tom 8, # 7-8, s. 46-47.
5. Vlkova, J. 2007. Psikhicheskie i fizicheskie nagruzki medsester, robotayushhikh s geriatricheskimi paczientami. (diplom bakalavra). Brno: Masarikskij universitet, mediczinskij fakul`tet, 2007, s.66.
6. Nemezova, Z. 2010. Psikhicheskoe i fizicheskoe napryazhenie medsester, robotayushhikh s geriatricheskimi klientami (bakalavriat). Pardubice. Universitet Pardubice, FZS, 2010, s.77.
7. Komachekova, D. 2009. Fizicheskij i psikhicheskij stress pri okazanii sestrinskoj pomoshhi – profilaktika, zashhita i podderzhka zdorov`ya medsestry`. V Sestra, ISSN 1210-0404, 2009, vol. 19, no. 7-8, s. 26-27.
8. Belovichova, M., VANSACH, P. 2019. Otdel`ny`e aspekty` mediko-soczial`noj pomoshhi dlya dlitel`no bol`ny`kh lyudej. Towarzystwo Slowakow w Polsce, Krakow, 2019, 153 p. ISBN 978-83-811110-9-6.
9. Ugrinova, D. 2011. Psikhologicheskaya nagruzka medsester pri okazanii sestrinskoj pomoshhi (magisterskaya rabota). Trnava: Trnavskij universitet, FZaSP, 2011, s. 76.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.01.2020 р.

Целью исследования является содействие расширению знаний о психологическом бремени медсестер в связи с оказанием сестринского ухода в стационарных отделениях.

Материалы и методы. Группа состояла из 102 медсестер, работающих в стационарных отделениях. Проводилось исследование: являются ли чувство нехватки времени и высокая ответственность на работе причиной психологической нагрузки на медсестер и было ли чрезмерное психическое напряжение и усталость у медсестер, причиной снижения работоспособности, возникновения частых проблем и конфликтов. Оценка была основана на вопроснике Мейстера, и мы выяснили значимость различий в вопросах, которые включают отдельные факторы. Для подтверждения гипотезы мы использовали инструменты статистики коэффициента корреляции Спирмена и хи-квадрат Пирсона. Мы приняли решение о значимости различий на основе рассчитанного значения и уровня значимости 0,05.

Результаты. Анализ показал, что нехватка времени является причиной психического стресса. Исследования также показывают, что чрезмерное психическое напряжение вызывает у медсестер усталость и нервозность, а также является причиной снижения работоспособности у медсестер и возникновения частых проблем и конфликтов.

Выводы. Работа медсестры – одно из самых многозатратных занятий. Его основная задача – уход за больными. Медсестры, работающие у постели больного, занимают особенно важное место. Поэтому очень важно обеспечить медсестрам здоровую рабочую среду, так как чрезмерная нагрузка и стресс сопровождают их ежедневно и могут привести к выгоранию.

Ключевые слова: медицинская сестра, психическое бремя, физическая активность, уход за больными.

Метою дослідження є сприяння розширенню знань про психологічний тягар медсестер в зв'язку з наданням сестринського догляду в стаціонарних відділеннях.

Матеріали та методи. Група складалася з 102 медсестер, які працюють в стаціонарних відділеннях. Проводилось дослідження: чи є відчуття браку часу і висока відповідальність на роботі причиною психологічного навантаження на медсестер і чи було надмірне психічне напруження і втому у медсестер причиною зниження працездатності, виникнення частих проблем і конфліктів. Оцінка була заснована на опитувальнику Мейстера, і ми з'ясували значимість відмінностей в питаннях, які включають окремі фактори. Для підтвердження гіпотези ми використовували інструменти статистики: коефіцієнта кореляції Спирмена і хи-квадрат Пірсона. Ми прийняли рішення про значущість відмінностей на основі розрахованого значення і рівня значущості 0,05.

Результати. Аналіз показав, що нестача часу є причиною психічного стресу. Дослідження також показують, що надмірне психічне напруження викликає у медсестер втому і нервозність, а також є причиною зниження працездатності і виникнення частих проблем і конфліктів.

Висновки. Робота медсестри – одне з найбільш багатозатратних занять. Її основне завдання – догляд за хворими. Медсестри, які працюють біля ліжка хворого, займають особливо важливе місце. Тому дуже важливо забезпечити медсестрам здорове робоче середовище, так як надмірне навантаження і стрес супроводжують їх щодня і можуть призвести до вигорання.

Ключові слова: медична сестра, психічний тягар, фізична активність, догляд за хворими.

The aim of the research is to contribute to the expansion of knowledge about the psychological ballast of nurses in connection with the provision of nursing care in inpatient wards.

Research file and aim of the research. The research file consisted of 102 nurses working in hospital wards. We investigated whether the feeling of time pressure and high responsibility at work are the cause of the psychological ballast on the nurses. We examined whether excessive mental stress in nurses felt tired, nervous, and also whether it was the cause of reduced performance in nurses and the occurrence of frequent problems and conflicts.

Methods. The evaluation was based on Meister's questionnaire and we found out the significance of differences in questions that include individual factors. We used the tools of inductive statistics Spearman's correlation coefficient and Pearson's chi-square to verify the hypotheses. We make a decision on the significance of differences based on the calculated value and the significance level of 0.05.

Results. The analysis found that time pressure is the cause of mental stress. Our research also shows that excessive mental stress causes fatigue and nervousness in nurses and is the cause of reduced performance in nurses and the occurrence of common problems and conflicts.

Conclusions. The work of a nurse is one of the most demanding occupations. Its main task is nursing care for the sick. Nurses working at the patient's bedside have a particularly important place. Therefore, it is essential to provide nurses with a healthy work environment, as excessive workload and stress accompany them on a daily basis and can result in burnout.

Key words: nurse, mental ballast, physical ballast, nursing care.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Відомості про авторів

doc. PhDr. Popovičová Mária, PhD. – Высшая школа здравоохранения и социальной работы св. Алжбеты, Братислава, н.о. филиал бл. Метода Доминика Тричку, Словакия.
maria.popovic911@gmail.com.

doc. RNDr. Mgr. Barkasi Daniela, PhD. – Высшая школа здравоохранения и социальной работы св. Алжбеты, Братислава, н.о. филиал бл. Метода Доминика Тричку, Словакия.
daniela.barkasi@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201466
УДК 616.5+616.97]:614.253.4

Кравченко В.Г.¹, Ищейкін К.Є.¹, Степаненко В.І.², Попова І.Б.¹

Реформування дерматовенерологічної галузі і шляхи налаштування інтегративних відносин з первинною ланкою охорони здоров'я

¹Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна
²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

vladkrav38@gmail.com, dvk2@ukr.net, churzo@i.ua

¹Кравченко В.Г., ¹Ищейкин К.Е.,
²Степаненко В.И., ¹Попова И.Б.

Реформирование дерматовенерологической отрасли и пути налаживания интегративных отношений с первичным звеном здравоохранения

¹Украинская медицинская стоматологическая академия,
г. Полтава, Украина

²Национальный медицинский университет
имени О.О. Богомольца, г. Киев, Украина

¹Kravchenko V.G., ¹Ischeykin K.E.,
²Stepanenko V.I., ¹Popova I.B.

Reforming of the dermatovenological service and the ways of the settling of integrative relations with the primary health care

¹Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

²National Medical University O.O. Bogomolets, Kyiv

Вступ

Реалізацією Закону України «Про реформування охорони здоров'я» з 01.04.2020 р. передбачено старт програми медичних гарантій з поширенням медичної допомоги на всіх рівнях організації, зокрема, на первинному і вторинному. В цих умовах постає актуальною виважена і чітка координація організаційних нововведень, раціональний розподіл і оптимізована інтеграція повноважень дерматовенерологічної служби із лікарями первинної медичної ланки.

Боротьба із сексуально-трансмісивними хворобами або інфекціями, що передаються статевим шляхом (ПСШ), становлять на сьогодні реальну загрозу у світі, оскільки вони належать до соціально-небезпечних для здоров'я хворих і впливом на нащадків, а також широкою розповсюдженістю, в тому числі у високорозвинених країнах Європи і Америки [1]. Навіть нестримний наступ ВІЛ/СНІД та ТОРСН-інфекції (хламідійної, трихомонадної, мікоплазмозової, герпетичної) в останні часи не зменшив уваги органів охорони здоров'я до сифілітичної патології, її епідеміологічної підступності і важких наслідків. Упродовж багатьох десятиліть сифіліс був і залишається головним маркером і люстратором венерологічної напруженості в світі, небезпечність якого є не тільки одним із показників рівня охорони здоров'я країн, а і завжди визнавався моральним тягарем будь-якого суспільства. Динаміка захворюваності на сифіліс представлена на рисунку. Таким чином, епідеміологічна ситуація в Україні після чергового епідемічного спалаху наразі відзначається поступовим зниженням рівня захворюваності на сифіліс – реєстрація хворих в 2017 році

зменшилася у порівнянні з 2000 роком у 14 разів, хоча показники все ще залишаються вище бажаних [2,3]. Проте, офіційні статистичні дані жодним чином не відображають реальний стан захворюваності та інфікованості населення на ПСШ. Реєстрація сифілісу, зокрема, за різними оцінками, здійснюється лише від 10 до 40% реальної кількості випадків сифілісу [4,6,8]. Підтвердженням цього висновку є так зване «зниження» захворюваності на гонорею і іншу уrogenітальну венеричну інфекцію [7].

Нереалістичне «зниження» рівня захворюваності на сифіліс, гонорею і інші уrogenітальні інфекції пов'язане, крім інших причин, з порушеннями в реєстрації пацієнтів, в тому числі структурами, які не контролюються органами та закладами охорони здоров'я (лікарі приватної практики і т.п.) [2,3].

Сьогодні сифіліс, як і раніше, залишається своєрідним індикатором венеризму і глобальною проблемою у світі, оскільки число щорічно виявлених нових випадків захворювань неухильно збільшується. За прогнозами аналітичної компанії «GlobalData», протягом наступного десятиліття число вперше виявлених випадків зараження сифілісом в США, Європі і інших країнах азійського і американського континенту буде сукупно збільшуватися щорічно із середньорічним темпом приросту (CAGR) 2,32% і до 2027 р. досягне 1,2 млн.

В нашій країні на сучасному етапі відзначається нестабільна ситуація не тільки із захворюваністю на ПСШ та інфекційно-заразні, а і на неінфекційні хвороби шкіри (псоріаз, алергійні дерматози, atopічний дерматит і ін.). На високому рівні перебуває захворюваність на дерматофітози (мікроспорію і ін.), коросту, інфекційні хвороби шкіри [9,11] (таблиця).

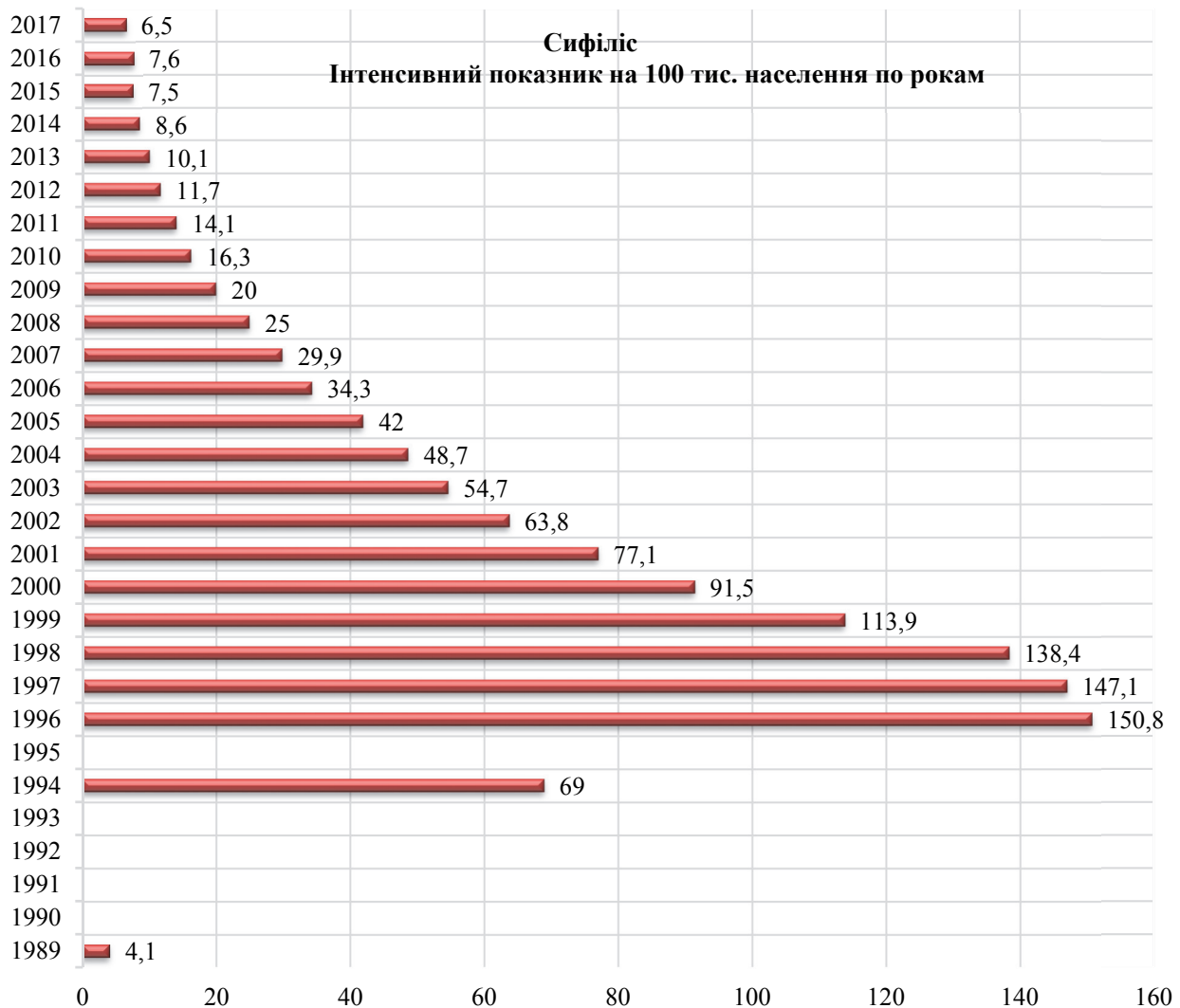


Рис. Динаміка захворюваності на сифіліс в Україні за період 1989–2017 рр.
(за даними Кравченка В.Г., Степаненка В.І., 2018) [3]

Таблиця. Структура захворюваності на дерматози з вперше в житті встановленим діагнозом в Україні в 2007–2017 рр. (за Я.Ф. Кутасевич, В.М. Волкославською, 2019) [9]

	2007		2014		2016		2017	
	Інтенсивний показник на 100 тис. населення	Питома вага (%)	Інтенсивний показник на 100 тис. населення	Питома вага (%)	Інтенсивний показник на 100 тис. населення	Питома вага (%)	Інтенсивний показник на 100 тис. населення	Питома вага (%)
Усього хворих	4200,3	-	3659,6	-	3671,8	-	3688,4	-
Інфекції шкіри	1467,8	34,9	1106,7	30,2	1067,4	29,1	1039,5	28,2
Атопічний дерматит	82,5	1,96	86,5	2,4	86,7	2,4	89,8	2,43
Контактний дерматит	700,3	16,7	653,3	17,9	674,2	18,4	687,1	18,63
Псоріаз	29,7	0,71	31,5	0,86	28,8	0,78	30,0	0,81
Мікози стоп	96,7	2,3	95,4	2,6	98,7	2,7	99,6	2,7
Дерматофітози	32,0	0,77	41,2	1,13	45,7	1,2	49,8	1,35
Короста	63,1	1,5	24,8	0,68	20,4	0,6	19,2	0,52

Поглибленого аналізу захворюваності на інфекційні хвороби шкіри, зокрема, стрепто-стафілодерміти на теренах України провести не вдається, оскільки офіційна реєстрація цієї патології у нас не передбачена. Не підлягають обов'язковій статистичній реєстрації, на жаль, численні хворі на хронічні рецидивуючі дерматози, які найчастіше потребують стаціонарної допомоги, супроводжуються великими втратами тимчасової працездатності хворих, або призводить до стійкої інвалідизації пацієнтів. Не маючи можливості орієнтуватися на офіційні статистико-інформаційні джерела, доводиться орієнтуватися на інформацію із наукових публікацій.

В період 2007–2017 рр. спостерігаються досить високо інтенсивні показники захворюваності на ряд широко розповсюджених дерматозів – (загалом 4200-3688 на 100 тис. населення). Цілком очевидно, що ці дані не відображають повністю реальних параметрів всієї дерматологічної патології на теренах України.

В окремому дослідженні ХНДІДіВ [10] приводяться дані захворюваності на дерматози серед дітей і підлітків за 11 років, згідно яких показник в цілому по Україні збільшився на 62,0%, а поширеність хвороб шкіри та підшкірної жирової клітковини – на 5,4%. Відзначається також зростання поширеності алергійних дерматозів, зокрема атопічного дерматиту (АД) на 69,7%.

Суттєво зростає рівень захворюваності на псоріатичну хворобу, яка сьогодні є не лише захворюванням, а і пожиттєвим станом. Питома вага псоріазу в загальній структурі захворюваності шкіри становить від 7 до 10% [12,13,15]. За даними Міжнародної Федерації асоціацій псоріазу (International Federation of Psoriasis Associations) поширеність псоріазу у світі неоднакова і залежить від регіону, коливаючись в межах 1,2-5%, а середній показник поширеності становить близько 3% від загальної популяції. За даними ВООЗ, загальна кількість хворих на псоріаз в усьому світі сягає близько 125 млн осіб. Дві третини пацієнтів на псоріаз страждають легкими і помірними формами захворювання, а одна третина – середнім і важким ступенем. Найбільша розповсюдженість відзначається у Північній та Західній Європі, причому найвищі показники захворюваності на псоріаз із 18 країн світу виявлені у Німеччині (до 6,5%), Нідерландах (до 5%), Норвегії (до 4,8%), Франції (до 4,7%), Данії (до 4,2%), де середній рівень поширеності сягає 2,8%. Поширеність захворювання у Східній Азії набагато нижча (Китай – 0,05-1,23%, Японія – 0,29-1,18%), рідше на псоріаз хворіють представники монголоїдної раси, рідко- негроїдної, серед американських індіанців та ескімосів захворюваність на псоріаз практично не зустрічається [15]. Усереднені показники захворюваності на псоріаз в європейських країнах у осіб віком до 18 років складають близько 13%. Загальний стан захворюваності на псоріаз в Україні наразі важко оцінювати із-за відсутності суворого обліку хворих і звітності дерматологічних закладів. Орієнтовні дані з цих питань, які зовсім не претендують на репрезентативність, можна отримати переважно із наукових джерел. За даними ХНДІДіВ в 2017 р. в Україні було зареєстровано 110 155 хворих на псоріаз (що складає 259,7 на 100 тис. населення), тоді як у

2007 р. їх було 93 713 (201,7 на 100 тис. населення). Уже навіть не повні дані свідчать про досить велику поширеність даного дерматозу в нашій країні. Важким ускладненням псоріазу є артропатична форма (АП), поширеність якого становить від 2,0 до 29,6% і навіть більше третини від загального числа хворих на псоріаз [12,14-16]. В нашій країні стан проблеми псоріатичної хвороби з артропатичним ускладненням погіршується з кожним роком. Це зумовлюється недостатніми профілактичними заходами, спрямованими на раннє виявлення хворих, повільним впровадженням новітніх методів лікування псоріазу, недосконалою матеріально-технічною базою дерматологічних закладів, недостатнім охопленням санаторно-курортним лікуванням і санітарно-просвітницькою роботою серед населення [15].

Мета дослідження – аналітичне і організаційно-методичне визначення шляхів, механізмів та об'єму співпраці лікарів дерматовенерологів і лікарів первинної медичної ланки у спільній злагодженій роботі по наданню лікарських послуг при хворобах шкіри та інфекціях, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

Результати дослідження та їх обговорення

Боротьба із інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), інфекційними хворобами шкіри і підшкірної клітковини, хронічними і важкими інвалідизуючими дерматозами сьогодні представляється як комплексна проблема вітчизняної системи охорони здоров'я. Дерматовенерологічній службі в останні роки, попри недостатнє фінансування, вдається стримувати поширення гостро-заразних, паразитарних, хронічно рецидивуючих і важких та загрозливих для життя пацієнтів захворювань шкіри. Проте, висока захворюваність на сифіліс і венеричні уrogenітальні інфекції, зростаюча поширеність інфекційних та неінфекційних дерматозів, особливо інвалідизуючих форм зобов'язує службу бути цілковито готовою до можливих епідеміологічних колізій.

В сучасних умовах ефективна діяльність дерматовенерологічної служби можлива лише за тісної співпраці із лікарями первинної ланки. Запобігання широкого розповсюдження заразно-шкірних хвороб і сифілітичної патології залежить в великій мірі від чітко окреслених рівнів і обсягів надання медичної допомоги пацієнтам лікарями сімейної медицини. Лікарі первинної ланки мають активно долучитися до роботи по ранньому і профілактичному виявленню корости, грибкових захворювань шкіри, заразних гноячкових хвороб, особливо у дітей дошкільного і шкільного віку з реєстрацією таких хворих. Лікарям сімейної медицини повинна бути властива добра підготовленість у питаннях візуальної (попередньої) діагностики розповсюдженої інфекційної патології (кір, короста, дерматофітози, шарлатина, тиф, туберкульоз і ін.) і особливо сифілісу. Візуальне запідозрення інфекційних хвороб необхідне для оперативного скерування пацієнтів до спеціалізованого рівня, як це перебачається Настановами НСЗУ. Необхідність своєчасного виявлення інфекційних хвороб шкіри і ІПСШ належить до надважливих завдань первинної медичної ланки. У цьому відношенні постають

деякі застереження. Вони стосуються, насамперед, заключної діагностики, як інфекційних і важких дерматозів, так і ІПСШ, яка повинна проводитися лише в спеціалізованих закладах, де є для цього необхідні умови. Недотримання існуючих стандартів діагностики може спричинити не тільки неадекватну терапію дерматозів, а і епідемічні спалахи інфекцій. Пацієнти на хронічні дерматози можуть обслуговуватися лікарями сімейної медицини після встановлення діагнозу і проведення специфічного курсового лікування. Прерогативою лікарів сімейної ланки є проведення підтримуючого, в тому числі кортикостероїдного лікування після «відтитування» підтримуючої стероїдної дози.

Лікування пацієнтів із заразними хворобами шкіри повинно проводитися також лікарями-спеціалістами після лабораторного обстеження і з'ясування етіологічного діагнозу. Тільки такий алгоритм здатний забезпечити максимальне запобігання розповсюдження заразних шкірних хвороб. Лікування хворих на псоріатичну хворобу і АД повинно забезпечуватися спеціалізованими закладами, в яких зосереджені необхідні кадрові, матеріальні ресурси і спеціальне медичне обладнання (бактеріологічні, біохімічні лабораторії, рентген-кабінети, лікарі високої кваліфікації, установки ПУВА-терапії, солярії тощо). Лікування пацієнтів на важкі і хронічно-рецидивуючі дерматози на первинному рівні можливе в міжрецидивний період, як і контроль за виконанням пацієнтами плану підтримуючої терапії після лабораторно-інструментального підтвердження діагнозу і призначення спеціалістами відповідних лікувальних і профілактичних заходів. Лікування коморбідних станів тяжких форм псоріатичної хвороби (в тому числі артропатичний псоріаз), наприклад, в терапевтичному відділенні повинен бути можливим лише за направленням спеціалістів обласного дерматологічного закладу.

Діагностика і призначення специфічної терапії пацієнтам на ІПСШ повинні проводитися безумовно лише в умовах спеціалізованого закладу, де існують всі необхідні засоби і методи дослідження (сифілітичних шанкрів на білуді трепонему, мазків-зішкребів із уретри на урогенітальні інфекції, дослідження секрету простати на патогени, трепонемні і нетрепонемні серологічні тести, уретроскопічне дослідження і т.і.). Недотримання зазначених стандартів діагностики і лікування венеричних хвороб може стати причиною не тільки неадекватної терапії з непередбачуваними наслідками для здоров'я пацієнтів і нащадків, а і причиною епідеміологічних спалахів інфекцій. Проведення санітарно-просвітницької роботи по профілактиці ІПСШ і заразних шкірних хвороб є одним із дієвих ресурсів співпраці сімейних лікарів з

дерматовенерологами. Спільна діяльність дерматовенерологів і сімейних лікарів повинна проводитися максимально в інтересах пацієнтів і громадянського суспільства в цілому, оскільки заразні шкірні захворювання і ІПСШ є хворобами соціальними і загрозою епідеміологічного характеру. Така аргументована і переконлива позиція дерматовенерологічної служби, на наш погляд, повинна знайти підтримку у керівництва охорони здоров'я, як актуальна, аргументована і виправдана.

Вірогідна і можлива «гонитва» за збільшенням кількості обслужених пацієнтів була би у даному випадку вкрай некоректною і неприпустимою, здатною принести очевидну шкоду не тільки окремому пацієнту, але і суспільству.

Висновки

Організація надання спеціалізованої медичної допомоги хворим, безумовно, потребує налагодження і постійного зміцнення інтегративних зв'язків між лікарями дерматовенерологами і сімейної медицини. Для досягнення спільної мети лікарі первинної ланки мають долучитися до активної роботи, головним чином, в таких сферах: а) раннього виявлення захворювань на коросту, заразних інфекційних, грибкових захворювань шкіри, а також хронічно рецидивуючих і важких дерматозів та оперативного скерування пацієнтів на спеціалізований рівень; б) по обслуговуванню пацієнтів з тяжкими і хронічними дерматозами в міжрецидивний період, в) до контролю за виконанням пацієнтами плану підтримуючого лікування, в т.ч. стероїдними гормонами; г) проведення санітарно-просвітницької роботи, адже щоб боротися із соціальним злом, про нього треба говорити відверто і голосно!

Важливою складовою у готовності лікарів первинної ланки до успішної роботи з дерматовенерологами слід вважати запровадження обов'язкового циклу удосконалення на кафедрах шкірних та венеричних хвороб за спеціально розробленою програмою.

Реформування системи охорони здоров'я в Україні в цілому повинно відбуватися з урахуванням переконливого вітчизняного досвіду дермато-венерологічної служби. Кожній галузі медицини притаманні свої повноваження і обов'язки, але запорукою успіху можуть бути лише чітка інтеграція спільних обов'язків. Від раціонального вирішення цього питання залежить ефективність діяльності обох служб. Отриманий досвід спільної роботи може стати підґрунтям для розроблення та видання відповідної нормативно-регламентуючих матеріалів.

Література

1. Короленко В.В. Аналіз епідеміологічної ситуації щодо сифілісу в країнах Європейського Союзу та Сполучених Штатах Америки як передумова створення системи державного управління соціально небезпечними інфекціями. - Укр. журнал дерматології, венерології, косметології, 2016, №2, с.98-104.
2. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, Проект «Сифіліс» державного експертного центру МОЗ України, Київ, 2017.

3. Кравченко В.Г., Степаненко В.І. Аналітичний огляд захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, у період 1945-2017рр. та можливі перспективні заходи щодо зниження їх поширеності в Україні. - Український журнал дерматології, венерології, косметології, 2018, №3, с.15-21.
4. Бондаренко Г.М., Унучко С.В., Губенко Т.В., Матюшенко В.П. Клініко-епідеміологічні особливості сифілісу на сучасному етапі. - Дерматологія та венерологія, 2014, № 2 (64), с.65-70.
5. Волкославская В.Н., Гутнев А.Л. О заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, в Украине. Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. Спец- випуск № 1, 2011. – С. 10–12.
6. Нізова Н.М. Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні. - Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю 24–25.05.17 р., м. Ужгород. Здоров'я нації, 2017, №3 (44), с.12-13.
7. Щорічні доповіді про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2013–2015 рр. – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».
8. Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). – ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». – Київ, 2017.
9. Кутасевич Я.Ф., Волкославська В.М. Стан ресурсів і діяльність дерматовенерологічної служби за 1998–2018 рр. в Україні. Нагальні задачі. - Дерматологія, венерологія, 2019, №2(84) с.46-49.
10. Волкославська В.М., Гутнев О.Л. Про стан захворюваності та особливості перебігу деяких дерматозів у підлітків в Україні. - Дерматологія, венерологія, с.16-20.
11. Статистичні відомості інформаційно-аналітичного відділу Полтавської обл. ради, 2018.
12. Вантюх Н.В. Сучасні аспекти етіології та патогенезу псоріазу. - Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина», Ужгород, 2013, в. 1(46), с.182-187.
13. Ємченко Я.О., Ішейкін К. Є., Кайдашев І. П. Аналіз захворюваності та поширеності на псоріаз в Україні та в Полтавській області. - Вісник проблем біології і медицини, Полтава, 2014, том 14, Вип. 3(47), с.72-76.
14. Сизон О.О. Епідеміологія та взаємозалежність коморбідності артропатичного псоріазу і клінічного перебігу хвороби. - Український журнал дерматології, венерології, косметології, 2014, №1(52). С.14-24.
15. Котвіцька А.А., Карло В.В. Дослідження показників поширеності псоріазу в країнах світу та в Україні. - Запорізький медичний журнал, 2013, №3(78), с.38-42.
16. Харченко Т. Псоріаз в Україні: современные подходы к решению проблемы. - Український медичний часопис, 01.10.2012 р., www.umj.com.ua., с. 1-3.

References

1. Korolenko V.V. Analiz epidemiologichnoi sytuatsii shchodo syfilisu v krainakh Yevropeiskoho Soiuzu ta Spoluchenykh Shtatakh Ameryky yak peredumova stvorennia systemy derzhavnoho upravlinnia sotsialno nebezpechnymy infektsiyamy. - Ukr.zhurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii, 2016, №2, s.98-104.
2. Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh, Proekt «Syphilis» derzhavnoho ekspertnoho tsentru MOZ Ukrainy, Kyiv, 2017.
3. Kravchenko V.H., Stepanenko V.I. Analitichnyi ohliad zakhvoriuvanosti na infektsii, shcho peredaiutsia statevym shliakhom, u period 1945-2017 rr. ta mozhylyv perspektyvni zakhody shchodo znyzhennia yikh poshyrenosti v Ukraini. - Ukrainysky zhurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii, 2018, №3, s.15-21.
4. Bondarenko H.M., Unuchko S.V., Hubenko T.V., Matiushenko V.P. Kliniko-epidemiologichni osoblyvosti syfilisu na suchasnomu etapi. - Dermatologhiia ta venerologhiia, 2014№ 2 (64), s.65-70.
5. Volkoslavskaia V.N., Hutnev A.L. O zaboлеваemosti ynfektsiyamy, peredaiushchymysia polovym putem, v Ukrayne. Klinichna imunologhiia. Alerholohiia. Infektologhiia. Spets- vypusk № 1, 2011. – S. 10–12.
6. Nizova N.M. Aktualni pytannia rozvytku systemy hromadskoho zdorovia v Ukraini -Materialy naukovo-praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu 24–25.05.17 r., m. Uzhhorod. Zdorovia natsii, 2017, №3 (44), s.12-13.
7. Shchorichni dopovidi pro stan zdorovia naseleennia, sanitarno-epidemiologichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy, 2013-2015 rr. - DU «Ukrainskyi instytut stratehichnykh doslidzhen MOZ Ukrainy».
8. Infektsii, shcho peredaiutsia statevym shliakhom (IPSSh). - DU «Tsentr hromadskoho zdorovia Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy», Kyiv, 2017.
9. Kutasevych Ya.F., Volkoslavska V.M. Stan resursiv i diialnist dermatovenerologichnoi sluzhby za 1998–2018 rr. v Ukraini. Nahalni zadachi. - Dermatologhiia, venerologhiia, 2019, №2(84) s.46-49.
10. Volkoslavska V.M., Hutniev O.L. Pro stan zakhvoriuvanosti ta osoblyvosti perebihu deiakykh dermatoziv u pidlitkiv v Ukraini. - Dermatologhiia, venerologhiia, s.16-20.
11. Statystychni vidomosti informatsiino-analitychnoho viddilu Poltavskoi obl. rady, 2018.
12. Vantiukh N.V. Suchasni aspekty etiologii ta patohenezu psoriazu. - Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho universytetu, seriia «Medytsyna», Uzhhorod, 2013, v. 1(46), s.182-187.
13. Iemchenko Ya.O., Ishcheikin K. Ye., Kaidashev I. P. Analiz zakhvoriuvanosti ta poshyrenosti na psoriaz v Ukraini ta v Poltavskii oblasti. - Visnyk problem biolohii i medytsyny, Poltava, 2014, tom 14, Vyp. 3(47), s.72-76.
14. Syzon O.O. Epidemiologhiia ta vzaiemozalezhnist komorbidnosti artropatychnoho psoriazu i klinichnoho perebihu khvoroby. - Ukrainysky zhurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii, 2014, №1(52). S.14-24.

15. Kotvitska A.A., Karlo V.V. Doslidzhennia pokaznykiv poshyrenosti psoriazu v krainakh svitu ta v Ukraini. - Zaporizkyi medychnyi zhurnal, 2013, №3(78), s.38-42.

16. Kharchenko T. Psoryaz v Ukrainy: sovremennye podkhodi k resheniyu problemi.-Ukrainskyi medychnyi chasopys, 01.10.2012 r., www.umj.com.ua., s. 1-3.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.02.2020 р.

Мета дослідження – визначення механізмів та об'єму співпраці лікарів дерматовенерологів і лікарів первинної медичної ланки у спільній роботі по наданню лікарських послуг.

Матеріали – аналіз стану захворюваності на ІПСШ і дермальну патологію в Україні на основі багаторічного досвіду авторів.

Результати. Запропоновані алгоритм, об'єм і раціональні підходи до надання послуг пацієнтам на первинному і спеціалізованому рівні.

Висновки. Діагностика і лікування хворих на важкі і інфекційні дерматози, як і ІПСШ, повинні проводитись на спеціалізованому рівні. Перманентне спостереження за пацієнтами з хронічно-рецидивуючими і поширеними дерматозами в між рецидивні періоди покладається на лікарів сімейної медицини.

Ключові слова: дерматози, захворюваність, інфекції, ІПСШ, сімейна медицина.

Цель исследования – определение механизмов и объема сотрудничества врачей дерматовенерологов и врачей первичного медицинского звена в общей работе по оказанию врачебных услуг.

Материалы – анализ заболеваемости ИППП и дермальной патологии в Украине на основе многолетнего опыта авторов.

Результаты. Предложены алгоритм, объем и рациональные подходы к предоставлению услуг пациентам на первичном и специализированном уровне.

Выводы. Диагностика и лечение больных тяжелыми и инфекционные дерматозы, как и ИППП, должны проводиться на специализированном уровне. Перманентное наблюдение за пациентами с хронически-рецидивирующим и распространенными дерматозами в между рецидивные периоды возлагается на врачей семейной медицины.

Ключевые слова: дерматозы, заболеваемость, инфекции, ИППП, семейная медицина.

The aim of the study was to identify the pathways, mechanisms and scope of collaboration between dermatovenerologists and primary care physicians in working together to provide medical services

Materials are the analytical studies of STI disease and skin pathology in Ukraine and results of many years of experience of the organizational and methodological activity of the authors.

Results: the algorithm, scope and rational approaches of professional relations to the provision of services to patients of dermatovenerological profile at the primary and specialized level are offered, as well as clear integrative responsibilities of doctors of both levels, are outlined.

Conclusions. Diagnosis and treatment of patients with severe and infectious dermatoses, as well as STIs, should be performed at a specialized level. Permanent supervision of patients with chronic recurrent and widespread dermatoses in between recurrent periods relies on family medicine physicians.

Key words: dermatoses, morbidity, infections, STIs, family medicine

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Відомості про авторів

Кравченко Володимир Григорович – д.м.н., професор кафедри шкірних та венеричних хвороб УМСА; м. Полтава. vladkrav38@gmail.com, ORCID 0000-0001-5538-3991.

Ишейкін Костянтин Євгенович – д.м.н., професор, зав. кафедрою шкірних та венеричних хвороб УМСА; м. Полтава.

Степаненко Віктор Іванович – д.м.н., професор, зав. кафедри дерматовенерології НМУ ім. О.О. Богомольця; м. Київ. dvk2@ukr.net, ORCID 0000-0003-4710-1151.

Попова Ірина Борисівна – к.м.н., доцент кафедри шкірних та венеричних хвороб УМСА, головний лікар Полтавського ОК ШВД; м. Полтава. churzo@i.ua.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201468
УДК 616.97

Кошмякова Т.В.

Аналіз захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом серед населення Закарпатської області у розрізі районів

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра нейрореабілітації із курсами медичної психології, пульмонології та фізіотерапії, м. Ужгород, Україна

tanyaivano87@gmail.com

Кошмякова Т.В.

Анализ заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем среди населения Закарпатской области в разрезе районов

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», факультет последипломного образования и доуніверситетской подготовки, кафедра нейрореабілітації с курсами медицинской психологии, пульмонологии и фтизиатрии, г. Ужгород, Украина

Koshmiakova T.V.

The analysis of morbidity of sexually transmitted infections among the population of Transcarpathian region in the context of regions

Uzhhorod National University, Faculty of postgraduate and pre-University education, Department of neurorehabilitation with the course of medical psychology, pulmonology and phthisiology, Uzhhorod, Ukraine

Вступ

Демографічна криза в країні, низький економічний та соціальний рівень життя, закордонні «модні» тенденції та статевий проміскуїтет залишають інфекціям, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) право на існування, але рівень їх є мінливим, відмічається ріст одних та зменшення захворюваності на інші [1,2]. При чому цікавим є не тільки сам рівень захворюваності та поширеності ІПСШ, а що знаходиться «всередині», які фактори впливають на їх рівень, що змінилося протягом останніх років, якими є тенденції сьогодення на прикладі Закарпатської області у період з 2017 по 2019 роки.

Мета дослідження – проаналізувати захворюваність на ІПСШ у Закарпатській області у розрізі районів за 2017-2019 роки.

Матеріали та методи

Було проаналізовано статистичні звіти форми комунального некомерційного підприємства «Обласний клінічний шкірно-венерологічний центр» Закарпатської обласної ради (КНП «ОМКШВЦ» ЗОР) (ф.9 коротка, ф.9 розгорнута, ф.34 здоровий) за 2017, 2018 та 2019 роки.

Результати дослідження та їх обговорення

Протягом останніх 14 років (після останнього спалаху сифілісу в Україні у 1996 році) Україна змінилася в цілому, а разом з нею і ІПСШ [3,11]. Якщо раніше ІПСШ вражали найбільш соціально незабезпечені групи населення, то на даний момент найбільш вразливими є молоді люди віком до 25 років [5,6]. Низький рівень

освіченості, запозичена із-за кордону пропаганда ранніх статевих стосунків, понівечена система етичних норм та правил, статевий проміскуїтет та гомосексуальні стосунки роблять прошарок молодого підростаючого покоління найбільш вразливим, що особливо виразно простежуються і на рівні Закарпатської області, яка межує відразу з чотирма Європейськими країнами – Словаччина, Угорщина, Польща та Румунія [15,16]. Особливістю нашої області є сезонна міграція осіб на заробітки саме через близькість кордонів до сусідніх Європейських країн, де система охорони здоров'я сильно відрізняється від такої в Україні і рівень захворюваності на ІПСШ є контрольованим та облікованим недостатньо адже поняття патронажної роботи, активного виявлення контактних осіб та обстеження декретованих зберіглося в декількох країнах світу, в Україні зокрема [7,10,14]. Разом з тим актуальним залишається питання уразливих груп, а саме – споживачів ін'єкційних наркотиків, жінок секс-бізнесу та чоловіків, які мають секс з чоловіками, адже зауважимо, що в середині цих груп є високий ризик інфікування не тільки ВІЛ, а й ІПСШ, що робить значно уразливішим населення Закарпатської області, адже сезонна міграція осіб та європейські норми статевої поведінки суттєво відрізняються від таких в Україні [4,9]. Варто відмітити що вартість індивідуальних засобів захисту (презервативів) для населення є дуже високим, що значно підвищує ризик інфікування ІПСШ серед населення області в тому числі. Також значимим є той факт, що соціальна роль ІПСШ в останні роки на фоні росту ВІЛ-інфекцій, онкозахворювань та серцево-судинних захворювань дещо знизилась, ці хвороби активно не висвітлюються в засобах СМІ, на даний момент в області відсутні державні та регіональні програми щодо протидії ІПСШ, а 30%

невиношування вагітності та чоловічого безпліддя зумовлено саме данми захворюваннями [1,8,13]. Неконтрольоване використання антибіотиків, синдроми підхід до лікування ІПСШ а також недостатня обізнаність первинної ланки та лікарів суміжних спеціальностей зводить діагностику, лікування та профілактичну роботу до максимально низького рівня [10,12,17].

На базі КНП «ОМКШВЦ» ЗОР нами було проаналізовано захворюваність на ІПСШ серед населення Закарпатської області за 2017-2019 роки. Захворюваність сифілісом у 2018 році порівняно з 2017 роком в абсолютних числах знизилась на 34 випадки і склала 74 випадки або 6,0 на 100 тис. населення проти 108 або 8,7 на 100 тис. населення, а у 2019 році зросла на 13 випадків і склала 87 випадків або 6,9 на 100 тис. населення. Аналізуючи захворюваність на сифіліс у розрізі районів Закарпатської області звертає на себе увагу ріст захворюваності у 2018 році порівняно з 2017 роком у

певних районах, а саме: Рахівський район +5 випадків, Хустський +4 випадки або 15,1 та 9,8 на 100 тис. населення при середньообласному показнику 6,0. У 2019 році ріст захворюваності на сифіліс теж відмічається у окремих районах області, а саме: Перечинський район +5 випадків та Тячівський район +6 випадків, що склало 18,6 та 6,3 на 100 тис. населення відповідно проти 6,9 на 100 тис. населення по області за рік. Захворюваність гонореею по області продовжує знижуватися. За 2018 рік зареєстровано 63 випадки проти 75 у 2017 році та 44 випадків у 2019 році. На 100 тис. населення це складає 3,5 у 2019 році проти 5,1 в 2018 році та 6,0 у 2017 році відповідно. Але так само простежується тенденція до збільшення облікованої захворюваності на гонореею у розрізі районів: ріст у 2018 р. гонореею у Свалявському та Тячівському районах (по +2 випадки у кожному) та ріст у 2019 році у Хустському та Рахівському районах області (+2 та +1 випадок в абсолютних числах відповідно) (таблиці 1 і 2).

Таблиця 1. Захворюваність на сифіліс та гонореею за 2017-2018 роки у розрізі районів

Район	Сифіліс					Гонореею				
	абс.		ріст чи спад	На 100 тис.		абс.		ріст чи спад	На 100 тис.	
	2017	2018		2017	2018	2017	2018		2017	2018
Берегівський	7	3	-4	0,9	4,0	0	0	0	0,0	0,0
В.-Березнянський	0	2	2	0,0	7,5	0	0	0	0,0	0,0
Виноградівський	1	1	0	0,9	0,8	3	0	-3	2,6	0,0
Волівецький	1	1	0	4,1	4,1	3	3	0	12,2	12,3
Іршавський	15	8	-7	15,2	8,0	6	8	2	6,1	8,0
Міжгірський	1	1	0	2,1	2,1	0	1	1	0,0	2,1
Мукачівський	5	5	0	2,7	2,7	8	2	-6	4,3	1,1
Перечинський	2	0	-2	6,4	0,0	4	2	-2	12,4	6,4
Рахівський	9	14	5	9,9	15,1	4	2	-2	4,3	2,2
Свалявський	3	2	-1	5,6	3,7	1	5	4	1,8	9,3
Тячівський	20	5	-15	11,7	2,9	27	31	4	15,4	18,1
Ужгородський	13	6	-7	17,1	7,5	1	0	-1	1,2	0,0
Хустський	7	11	4	5,5	9,8	5	5	0	4,4	3,9
м.Ужгород	24	15	-9	20,9	11,8	13	4	-9	10,2	3,5
Всього	108	74	-34	8,7	5,9	75	63	-12	6,0	5,1

Таблиця 2. Захворюваність на сифіліс та гонореею за 2018-2019 роки у розрізі районів

Район	Сифіліс					Гонореею				
	абс.		ріст чи спад	На 100 тис.		абс.		ріст чи спад	На 100 тис.	
	2018	2019		2018	2019	2018	2019		2018	2019
Берегівський	3	6	3	0,4	8,0	0	0	0	0,0	0,0
В.-Березнянський	2	2	0	7,4	7,5	0	0	0	0,0	0,0
Виноградівський	1	0	-1	0,9	0,0	0	0	0	0,0	0,0
Волівецький	1	1	0	4,1	4,1	3	2	-1	12,2	8,2
Іршавський	8	5	-3	8,1	5,0	8	5	-3	8,1	5,0
Міжгірський	1	1	0	2,1	2,1	1	0	-1	2,1	0,0
Мукачівський	5	9	4	2,7	4,8	2	0	-2	1,1	0,0
Перечинський	0	6	6	0,0	18,6	2	0	-2	6,2	0,0
Рахівський	14	4	-10	15,5	4,3	2	3	1	2,2	3,3

Свалявський	2	2	0	3,7	3,7	5	4	-1	9,2	7,5
Тячівський	5	11	6	2,9	6,3	31	21	-10	17,7	12,2
Ужгородський	6	8	2	7,9	10,0	0	0	0	0,0	0,0
Хустський	11	12	1	8,7	10,7	5	7	2	4,4	5,5
м.Ужгород	15	20	5	13,1	15,7	4	2	-2	3,1	1,7
Всього	74	87	13	6,0	6,9	63	44	-19	5,0	3,5

Протягом 2017–2019 років відмічається спад з захворюваності на трихомоніаз – 1080 випадків у 2017 р. проти 970 у 2018 та 945 випадків у 2019 році або 941,0 у 2017 проти 845, 2 та 840,4 у 2018 та 2019 рр на 100 тис населення відповідно. Захворюваність на урогенітальний хламідіоз продовжує знижуватись : у 2017 році 135 випадків, у 2018 році 125 випадків та 90 випадків у 2019 році. На 100 тис населення цей показник становить 10,9 проти 10,1 та 7,2 за 2017, 2018 та 2019 рр.

Мікоуреаплазмоз також знижується – 108 у 2017 році проти 104 випадки у 2018 та 56 випадків у 2019 році або 8,7 на 100 тис. населення у 2017 році проти 8,4 та 4,5 на 100 тис. населення у 2018 та 2019 роках. Аналізуючи захворюваність на трихомоніаз, урогенітальний хламідіоз та мікоуреаплазмоз у окремих районах області на фоні тенденції до загального спаду простежується ріст даних ІПСШ у Перечинському, Свалявському, Іршавському, Тячівському та Хустському районах (таблиці 3 і 4).

Таблиця 3. Захворюваність хламідійною, мікоплазменною, уреоплазменною інфекціями за 2017–2018 рр. в розрізі районів

Район	Трихомоніаз					Хламідії					Мікоплазми та уреоплазми				
	абс.		ріст чи спад	На 100 тис.		абс.		ріст чи спад	На 100 тис.		абс.		ріст чи спад	На 100 тис.	
	2017	2018		2017	2018	2017	2018		2017	2018	2017	2018		2017	2018
Берегівський	34	1	-33	44,3	1,3	0	1	1	0,0	1,3	0		0	0,0	0,0
В.-Березнянський	9	7	-2	33,5	26,0	6		-6	22,3	0,0	0		0	0,0	0,0
Виноградівський	75	51	-24	63,8	43,4	7	2	-5	6,0	1,7	0		0	0,0	0,0
Волівецький	238	216	-22	970,2	880,5	0		0	0,0	0,0	0		0	0,0	0,0
Іршавський	148	146	-2	149,9	147,9	6	6	0	6,1	6,1	5	5	0	5,1	5,1
Міжгірський	31	16	-15	63,9	33,0	0	1	1	0,0	2,1	0		0	0,0	0,0
Мукачівський	49	40	-9	26,9	21,9	22	26	4	12,1	14,3	29	24	-5	15,9	13,2
Перечинський	121	165	44	387,1	527,9	0		0	0,0	0,0	1		-1	3,2	0,0
Рахівський	84	79	-5	92,8	87,3	21	19	-2	23,2	21,0	16	21	5	17,7	23,2
Свалявський	46	50	4	85,7	93,2	17	12	-5	31,7	22,4	0	8	8	0,0	14,9
Тячівський	35	39	4	20,4	22,7	0		0	0,0	0,0	0		0	0,0	0,0
Ужгородський	21	21	0	27,6	27,6	2	1	-1	2,6	1,3	2		-2	2,6	0,0
Хустський	124	95	-29	97,7	74,9	11	14	3	8,7	11,0	1		-1	0,8	0,0
м.Ужгород	65	44	-21	56,6	38,3	43	43	0	37,5	37,5	54	46	-8	47,1	40,1
Всього	1080	970	-110	941,0	845,2	135	125	-10	10,9	10,1	108	104	-4	8,7	8,4

Таблиця 4. Захворюваність хламідійною, мікоплазменною, уреоплазменною інфекціями за 2018–2019 рр. в розрізі районів

Район	Трихомоніаз					Хламідії					Мікоплазми та уреоплазми				
	абс.		ріст чи спад	На 100 тис.		абс.		ріст чи спад	На 100 тис.		абс.		ріст чи спад	На 100 тис.	
	2018	2019		2018	2019	2018	2019		2018	2019	2018	2019		2018	2019
Берегівський	1	1	0	1,3	1,3	1	1	0	1,3	1,3			0	0,0	0,0
В.-Березнянський	7	5	-2	26,0	18,7		6	6	0,0	22,4			0	0,0	0,0
Виноградівський	51	49	-2	43,4	40,4	2		-2	1,7	0,0			0	0,0	0,0
Волівецький	216	181	-35	880,5	740,2			0	0,0	0,0			0	0,0	0,0
Іршавський	146	131	-15	147,9	130,4	6	9	3	6,1	9,0	5	6	1	5,1	6,0
Міжгірський	16	12	-4	33,0	25,1	1		-1	2,1	0,0			0	0,0	0,0

Мукачівський	40	47	7	21,9	25,2	26	26	0	14,3	14,0	24	21	-3	13,2	11,3
Перечинський	165	237	72	527,9	736,1			0	0,0	0,0			0	0,0	0,0
Рахівський	79	79	0	87,3	85,0	19	24	5	21,0	25,8	21	19	-2	23,2	20,5
Свалявський	50	33	-17	93,2	61,0	12	11	-1	22,4	20,3	8	9	1	14,9	16,6
Тячівський	39	34	-5	22,7	19,4			0	0,0	0,0			0	0,0	0,0
Ужгородський	21	14	-7	27,6	17,5	1		-1	1,3	0,0			0	0,0	0,0
Хустський	95	99	4	74,9	77,7	14	13	-1	11,0	10,2		1	1	0,0	0,8
м.Ужгород	44	23	-21	38,3	20,5	43		-43	37,5	0,0	46		-46	40,1	0,0
Всього	970	945	-25	845,2	840,4	125	90	-35	9,0	7,2	104	56	-48	8,4	4,5

Перспективи подальших досліджень пов'язані із розробкою програм транскордонного співробітництва щодо удосконалення діагностики, лікування та профілактики ІПСШ серед населення Закарпатської області, що мігрують на сезонні роботи у прилеглі країни Євросоюзу.

Висновки

Соціально-економічні зміни в країні ведуть до змін усіх її ланок, змінюються і хвороби ХІ століття, в тому числі і інфекції, що передаються статевим шляхом. Низький рівень освіченості населення, в першу чергу молоді, занепад ідеалів та поглядів на морально-етичні цінності та норми статевої поведінки, алкоголізм та наркоманія, пропаганда ранніх статевої відносин та невпорядковані статеві зв'язки особливо серед молодого підростаючого покоління, висока вартість контрацептивів, коли алкоголь та наркотики більш доступні по ціні ніж презервативи, безконтрольне вживання антибіотиків та недостатня компетентність лікарів первинної ланки веде до змін у діагностиці, перебізі та лікуванні ІПСШ як в Україні, так і в Закарпатській області зокрема. Окрім того, Закарпатській області присутні певні особливості, що

пов'язані з географічним розміщенням та сусідством з Польщею, Угорщиною, Словаччиною та Румунією та у зв'язку з цим сезонною міграцією осіб на заробітки в країни Європи чим і зумовлений ріст таких ІПСШ як сифіліс, гонорея, трихомоніаз, урогенітальний хламідіоз та уреамікоплазмоз у Хустському, Перечинському, Рахівському та Тячівському районах області. Водночас вищий показник захворюваності по містах, а саме М. Ужгород та м. Мукачево не пов'язаний із сезонною міграцією осіб, а пов'язаний із високою виявляемістю ІПСШ та проведенням патронажної роботи по виявленню як джерел зараження так і контактним осіб щодо ІПСШ. Відсутність програм належного контролю за поширеністю та протидії поширеності ІПСШ, відсутнє активне виявлення сифілісу у Закарпатській області за лікарями суміжних спеціальностей, синдромний підхід до лікування ІПСШ сімейним лікарями, низький рівень пропаганди адекватної статевої поведінки серед молоді призвели до відсутності об'єктивної картини поширеності ІПСШ та реальності показників серед районів Закарпатської області, переважання прихованих та пізніх форм сифілісу зокрема, безсимптомного носійства ІПСШ і як наслідок зниження рівня фертильності та росту безпліддя, як жіночого так і чоловічого зокрема.

Література

1. Бондаренко Г.М. Клініко-епідеміологічні аспекти хламідіозу / Г.М. Бондаренко, С.К. Джораєва, І.М. Нікітенко // Дерматологія та венерологія. – 2013. – № 2 (60). – С. 85.
2. Волкославська В.М. Фактори, що сприяють існуванню венеричних хвороб у дітей та молоді в Україні / В.М. Волкославська, О.Л. Гутнев, В.М. Романенко, В.Г. Радіонов // Журнал дерматовенерології, косметології ім. М.О. Торсуєва. – 2010. – № 1–2 (20). – С. 94–97.
3. Волкославська В.М. Стан та основні організаційні задачі дерматовенерологічної служби на сучасному етапі в Україні / В.М. Волкославська // Дерматологія та венерологія – 2015. – № 2 (68). – С. 85–93.
4. Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні». – 2016. – № 45. – 130 с.
5. Степаненко В.І. Епідеміологічна ситуація із захворюваністю на інфекції, що передаються статевим шляхом. Проблеми та завдання дерматовенерологічної служби України / В.І. Степаненко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2004. – № 2. – С. 5–7.
6. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання. – Міністерство охорони здоров'я України, 2009. – № 312. – Режим доступу: <https://docs.dtki.ua/doc/1039.9255.0>.
7. Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги дітям з підозрою на вроджений сифіліс. – Міністерство охорони здоров'я України, 2009. – № 769. – Режим доступу: <http://document.ua/pro-zatverdzhennja-klinichnogo-protokolu-nadannja-medichnoyi-doc12495.html>.
8. Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України. – Міністерство охорони здоров'я України, 2004. – № 286. – Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=3242>.
9. Про затвердження Методичних рекомендацій «Сучасні підходи до лабораторної діагностики сифілісу». – Міністерство охорони здоров'я України, 2013. – № 997. – Режим доступу: <https://www.zakon-i-normativ.info/index.php/component/lica/?href=0&view=text&base=1&id=1341349&menu=1>.

10. Иванова М.А. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период с 2000 по 2008 г.: основные тенденции / М.А. Иванова, О.К. Лосева, Н.С. Малыгина, О.В. Поршина, С.А. Меркулова // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. – № 6. – С. 26–30.
11. Мавров Г.И. Инфекции, передающиеся половым путем, и проблема сексуального и репродуктивного здоровья / Г.И. Мавров, А.Е. Нагорный, Г.П. Чинов // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2010. – № 1. – С. 5–14.
12. Нагорный А.Е. Эпидемиология генитального герпеса, хламидиоза и трихомоноза в Украине и регионах в период 2005–2010 гг. / А.Е. Нагорный // Дерматологія та венерологія. – 2011. – № 2 (52). – С. 5–14.
13. Проценко О.А. ВИЧ-ассоциированные поражения кожи и слизистых оболочек / О.А. Проценко // References 1. Bondarenko GN, Hubenko TV, Osynskaya TV, et al. Suchasni problemi dermatovenerologii, kosmetologii ta upravlinnja ohoronoju zdorov'ja : zbirnik naukovih prac' (On the question of the incidence of urogenital mycoplasmosis trends in Ukraine). Modern problems of dermatology, cosmetology and health management: collection of scientific works; 2015. P. 186-187.
14. Щербакова Ю.В. Заболеваемость сифилисом в Украине / Ю.В. Щербакова // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2009. – № 1. – С. 82–85.
15. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006–2015 гг. // Всемирная организация здравоохранения, 2007. – 70 с.
16. Satterwhite C.L. Sexually Transmitted Infections Among US Women and Men / C.L. Satterwhite, E. Torrone, E. Meites, E.F. Dunne, R. Mahajan, M.C.B. Ocfemia et. al. // Sexually Transmitted Diseases. – 2013. – Vol. 40, Issue 3. – P. 187–193.
17. Comparison of CDC and sequence-based molecular typing of syphilis treponemes: tpr and arp loci are variable in multiple samples from the same patient / L. Mikalová, P. Pospíšilová, V. Woznicová [et al.] // BMC Microbiology. – 2013. – Vol. 13. – P. 178.

References

1. Bondarenko H.M. Kliniko-epidemiologichni aspekty khlamidiozu / H.M. Bondarenko, S.K. Dzhorayeva, I.M. Nikitenko // Dermatohiia ta venerohiia. – 2013. – № 2 (60). – S. 85.
2. Volkoslavs'ka V.M. Faktory, shcho spryyayut' isnuvannyu venerychnykh khvorob u ditey ta molodi v Ukraini / V.M. Volkoslavs'ka, O.L. Hutnyev, V.M. Romanenko, V.H. Radionov // Zhurnal dermatovenerolohiyi, kosmetolohiyi im. M.O. Torsuyeva. – 2010. – № 1–2 (20). – S. 94–97.
3. Volkoslavs'ka V.M. Stan ta osnovni orhanizatsiyni zadachi dermatovenerolohichnoyi sluzhby na suchasnomu etapi v Ukraini / V.M. Volkoslavs'ka // Dermatohiia ta venerohiia – 2015. – № 2 (68). – S. 85–93.
4. Informatsiynyy byuletyn' «VIL-infektsiya v Ukraini». – 2016. – № 45. – 130 s.
5. Stepanenko V.I. Epidemiologichna sytuatsiya iz zakhvoryuvanistyu na infektsiyi, shcho peredayut'sya statevym shlyakhom. Problemy ta zavdannya dermatovenerolohichnoyi sluzhby Ukrainy / V.I. Stepanenko // Ukrayins'kyy zhurnal dermatolohiyi, venerolohiyi, kosmetolohiyi. – 2004. – № 2. – S. 5–7.
6. Pro zatverdzhennya klinichnykh protokoliv nadannya medychnoyi dopomohy khvorym na dermatovenerologichni zakhvoryuvannya. – Ministerstvo okhorony zdorov'ya Ukrainy, 2009. – № 312. – Rezhym dostupu: <https://docs.dtk.ua/doc/1039.9255.0>.
7. Pro zatverdzhennya klinichnoho protokolu nadannya medychnoyi dopomohy dityam z pidrozroyu na vrodzheny syfilis. – Ministerstvo okhorony zdorov'ya Ukrainy, 2009. – № 769. – Rezhym dostupu: <http://document.ua/pro-zatverdzhennja-klinichnogo-protokolu-nadannja-medichnoyi-doc12495.html>.
8. Pro udoskonalennya dermatovenerolohichnoyi dopomohy naseleunny Ukrainy. – Ministerstvo okhorony zdorov'ya Ukrainy, 2004. – № 286. – Rezhym dostupu: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=3242>.
9. Pro zatverdzhennya Metodychnykh rekomendatsiy «Suchasni pidkhody do laboratornoyi diahnostry syfilisu». – Ministerstvo okhorony zdorov'ya Ukrainy, 2013. – № 997. – Rezhym dostupu: <https://www.zakon-i-normativ.info/index.php/component/lica/?href=0&view=text&base=1&id=1341349&menu=1>.
10. Yvanova M.A. Zabolevaemost' syfilyosom v Rossyyskoy Federatsyy za peryod s 2000 po 2008 r.: osnovnye tendentsyy / M.A. Yvanova, O.K. Loseva, N.S. Malyhyna, O.V. Porshyna, S.A. Merkulova // Klynycheskaya dermatolohyya y venerolohyya. – 2009. – № 6. – S. 26–30.
11. Mavrov H.Y. Ynfektsyy, peredayushchyesya polovym putem, y problema seksual'noho y reprodutyvnoho zdorov'ya / H.Y. Mavrov, A.E. Nahornyy, H.P. Chynov // Klinichna imunolohiya. Alerholohiya. Infektolohiya. – 2010. – № 1. – S. 5–14.
12. Nahornyy A.E. Épidemyolohyya henyta'noho herpesa, khlamydyoza y trykhomonozu v Ukrainy y rehyonakh v peryod 2005–2010 hh. / A.E. Nahornyy // Dermatohiia ta venerolohiya. – 2011. – № 2 (52). – С. 5–14.
13. Protsenko O.A. VYCH-assotsyrovannye porazhenyya kozhy y slyzistykh obolochek / O.A. Protsenko // References 1. Bondarenko GN, Hubenko TV, Osynskaya TV, et al. Suchasni problemi dermatovenerologiyi, kosmetologiyi ta upravlinnja ohoronoju zdorov'ja : zbirnik naukovih prac'' (On the question of the incidence of urogenital mycoplasmosis trends in Ukraine). Modern problems of dermatology, cosmetology and health management: collection of scientific works; 2015. P. 186-187.
14. Shcherbakova YU.V. Zabolevaemost' syfilyosom v Ukrainy / YU.V. Shcherbakova // Klinichna imunolohiya. Alerholohiya. Infektolohiya. – 2009. – № 1. – S. 82–85.
15. Hlobal'naya stratehiya profylaktyky ynfektsyy, peredavaemykh polovym putem, y bor'by s nymy, 2006–2015 rr. // Vsemyrnaya orhanyzatsyya zdavookhranenyia, 2007. – 70 s.
16. Satterwhite C.L. Sexually Transmitted Infections Among US Women and Men / C.L. Satterwhite, E. Torrone, E. Meites, E.F. Dunne, R. Mahajan, M.C.B. Ocfemia et. al. // Sexually Transmitted Diseases. – 2013. – Vol. 40, Issue 3. – P. 187–193.

17. Comparison of CDC and sequence-based molecular typing of syphilis treponemes: tpr and arp loci are variable in multiple samples from the same patient / L. Mikalová, P. Pospíšilová, V. Woznicová [et al.] // BMC Microbiology. – 2013. – Vol. 13. – R. 178.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.02.2020 р.

Мета дослідження полягала у аналізі захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом серед населення Закарпатської області у розрізі районів за 2017-2019 роки.

Матеріали та методи. Було проаналізовано статистичні звітні форми Обласного клінічного шкірно-венерологічного центру Закарпатської обласної ради за 2017-2019 рр.

Результати. Ситуація з сифілісом нестабільна. Відмічається спад облікованої захворюваності на гонорею, трихомоніаз, уrogenітальний хламідіоз та уреамікоплазмоз та ріст цих ІПСШ у Рахівському, Тячівському, Перечинському та Хустському районах, що пов'язано із сезонною міграцією осіб на заробітки.

Висновки. У Закарпатській області присутні особливості, пов'язані з її географічним розміщенням та сезонною міграцією осіб на заробітки. Відсутність програм контролю за поширеністю ІПСШ, відсутність активного виявлення сифілісу лікарями суміжних спеціальностей, синдромний підхід до лікування ІПСШ сімейним лікарями, низький рівень пропаганди адекватної статевої поведінки призвели до відсутності об'єктивної поширеності ІПСШ у Закарпатській області. Так, на фоні облікованого, а не реального зниження показників захворюваності на ІПСШ відмічається їх ріст у певних районах за рахунок сезонної міграції осіб на заробітки.

Ключові слова: інфекції, що передаються статевим шляхом, Закарпатська область.

Цель исследования состояла в анализе заболеваемости на инфекции, передающиеся половым путем среди населения Закарпатской области в разрезе районов за 2017-2019 годы.

Материалы и методы. Были проанализированы статистические отчетные формы Областного клинического кожно-венерологического центра Закарпатского областного совета за 2017-2019 гг.

Результаты. Ситуация с сифилисом нестабильная. Отмечается спад учтенной заболеваемости на гонорею, трихомониаз, урогенитальный хламидиоз и уреамикоплазмоз и рост этих ИППП в Раховском, Тячевском, Перечинском и Хустском районах, что связано с сезонной миграцией людей на заработки.

Выводы. В Закарпатской области присутствуют особенности, связанные с ее географическим расположением и сезонной миграцией людей на заработки. Отсутствие программ контроля за распространенностью ИППП, отсутствие активного выявления сифилиса врачами смежных специальностей, синдромный подход к лечению ИППП семейными врачами, низкий уровень пропаганды адекватного полового поведения привели к отсутствию объективной распространенности ИППП в Закарпатской области. Так, на фоне учтенного, а не реального снижения показателей заболеваемости ИППП отмечается их рост в определенных районах за счет сезонной миграции людей на заработки.

Ключевые слова: инфекции, передающиеся половым путем, Закарпатская область.

The aim of research was to analyze the incidence of sexually transmitted infections among the population of Transcarpathian region in the context of regions for 2017-2019.

Materials and methods. There were analyzed statistical reporting forms of Regional clinical dermatovenerologic center of the Transcarpathian regional Council for the 2017-2019 biennium.

Results. The situation with syphilis is unstable. The slump into account the incidence of gonorrhoea, trichomoniasis, genital chlamydia and urealms the growth of these STI in Rakhiv, Tyachiv, Mukachevo and Perechyn districts that is associated with the seasonal migration of people for work.

Conclusions. In the Transcarpathian region, there are characteristics associated with its geographical location and seasonal migration of people for work. The absence of programmes monitoring the prevalence of STIs, the absence of active identification of syphilis with doctors of related specialties, syndromic approach to treatment of STIs by family doctors, the low level of propaganda of adequate sexual behavior have led to the lack of an objective of STI prevalence in Transcarpathian region. Thus, the background taken into account, and not a real decline in the incidence of STIs observed their growth in certain areas due to seasonal migration of people for work.

Key words: sexually transmitted infections, Transcarpathian region.

Відомості про автора

Кошмякова Тетяна Володимирівна – асистент кафедри нейрореабілітації з курсами медичної психології, пульмонології та фізіотрії ДВНЗ «УЖНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки.
+380 (95) 387-17-68, tanyaivano87@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201469
УДК 616.5-006.5-018:616.379-008.64-056.52[2]-039

Літус І.О., Свістунов І.В.

Особливості гістологічної будови рецидивуючих фіброепітеліальних поліпів шкіри у хворих з метаболічним синдромом та цукровим діабетом 2-го типу

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

irinalitus@gmail.com, svistunov.iv@gmail.com

Литус И.А., Свистунов И.В.

Особенности гистологического строения рецидивирующих фиброэпителиальных полипов кожи у больных с метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2-го типа

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

Litus I.A., Svistunov I.V.

Features of the histological structure of recurrent fibroepithelial skin polyps in patients with metabolic syndrome and type 2 diabetes

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Вступ

Фіброепітеліальні поліпи шкіри (син. акрохордон, м'яка фіброма, skin tag) є розповсюдженим варіантом неоплазій шкіри, які часто асоційовані з ожирінням і цукровим діабетом 2-го типу [5,6]. Зокрема, фіброепітеліальні поліпи у пацієнтів з метаболічним синдромом дослідники вважають найпоширенішими дерматозами, разом із стріями, акантозом і підошовним гіперкератозом [3,7].

Фіброепітеліальні поліпи шкіри зустрічаються з рівною частотою як у чоловіків, так і у жінок. Частіше всього з'являються в середньому та похилому віці, у вагітних та людей з надлишком ваги [1]. В деяких випадках фіброепітеліальні поліпи можуть бути предикторами злоякісних утворень шкіри [2]. В літературі є описи гістологічної структури фіброепітеліальних поліпів шкіри [4], але практично відсутні дані про відмінності їх морфологічних ознак у пацієнтів з метаболічним синдромом та/або цукровим діабетом 2-го типу та у хворих без такої патології. Разом з тим є можливим передбачити такі особливості гістології цих утворень внаслідок метаболічних порушень, вивчення яких може мати важливе прогностичне і практичне значення.

Мета дослідження – вивчити особливості гістологічної будови рецидивуючих фіброепітеліальних поліпів шкіри у хворих з метаболічним синдромом та цукровим діабетом 2-го типу.

Завдання, матеріали та методи дослідження

Завдання дослідження передбачали проведення порівняння гістологічної будови фіброепітеліальних поліпів шкіри у досліджуваних осіб в залежно від наявності метаболічних порушень. Загалом у дослідження було включено 133 пацієнта, які мали більше трьох

рецидивуючих фіброепітеліальних поліпів шкіри. Діагноз фіброепітеліального поліпу шкіри (папілома, папілома фіброепітеліальна, фібропапілома, м'яка фіброма, акрохордон) встановлювався відповідно до МКХ-X (D23.9).

Пацієнти були розподілені на три групи. Першу групу склали пацієнти без метаболічних порушень в кількості 62 осіб (контрольна група), до другої та третьої груп увійшли відповідно пацієнти з верифікованим метаболічним синдромом (49 осіб) та хворі на цукровий діабет 2-го типу (22 особи), загалом хворих з метаболічними порушеннями (друга і третя група) нараховувалось 71 особа.

Видалені у пацієнтів фіброепітеліальні поліпи шкіри досліджувались в повному обсязі морфологічним методом (мікроскопія гістологічних препаратів). Отриманий біоматеріал фіксували у 10% розчині забуференого нейтрального формаліну. Проводку біоматеріалу (дегідратацію та просочування парафіном) здійснювали у автоматизованих гістопроекторах (Milestone LOGOS Microwave Hybrid Tissue Processor, Milestone, Italy). Після проводки проводили заливку матеріалу у парафін з виготовленням парафінових блоків на станціях заливки та виготовлення парафінових блоків Thermo Scientific HistoStar (Thermo Fisher Scientific, USA).

Гістологічні зрізи товщиною 4 мкм виготовляли на напівавтоматизованому ротаційному мікротомі Thermo Scientific HM 340E. Препарати забарвлювали гематоксиліном та еозином з використанням автоматизованого коверстейнера Dako CoverStainer (Agilent, USA). При мікроскопічному дослідженні матеріалу використовували мікроскоп NIKON ECLIPSE E200 (NIKON CORPORATION, Japan).

Обробка результатів проводилась медико-статистичним методом за допомогою програми «Minitab 16». Для перевірки розподілу на нормальність

використовували тест Колмогорова-Смірнова; порівняльний аналіз центральних тенденцій двох незалежних вибірок здійснювали з використанням U-критерію Манна-Уїтні і середніх величин двох незалежних вибірок за критерієм Стюдента (p). Кількісні змінні представлені у вигляді відносних величин (%) та середніх значень (\bar{X}) і середньоквадратичних відхилень (SD) або 95% довірчим інтервалом для параметричних методів, і медіани (Me) з 1 (Q1) і 3 (Q3) квантилем або 95% довірчим інтервалом для непараметричних даних.

Робота виконувалась в рамках планових науково-дослідних тем наукових робіт кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. У всіх пацієнтів отримано добровільну письмову згоду на участь в науковому дослідженні.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз окремих демографічних характеристик пацієнтів засвідчив, що за віком і статтю контрольна (перша) та дослідні (друга і третя) групи достовірно не відрізнялися (табл.).

Таблиця. Вікові та статеві характеристики дослідної та контрольної груп

Характеристики	Дослідні групи (усього 71 пацієнт)	Контрольна група (62 пацієнти)	Статистичні критерії
Середній вік $\bar{X} \pm SD$ (роки)	45,63 \pm 12,98	46,27 \pm 10,73	p=0,756
Розподіл пацієнтів за статтю, абс. (%):			
чоловіча	36 (51%)	29 (47%)	$\chi^2=0,077$
жіноча	35 (49%)	33 (53%)	p=0,781

Встановлено, що форма та розмір фіброепітеліальних поліпів шкіри пацієнтів виокремлених груп значно варіювали. Проте середній розмір біоматеріалів не мав статистично значущих розбіжностей в групах, і становив у пацієнтів: контрольної групи – 0,57 \pm 0,13 см (95% ДІ 0,23-0,90); групи з верифікованим метаболічним синдромом – 0,53 \pm 0,09 см (95% ДІ 0,28-0,77); групи з цукровим діабетом 2-го типу – 0,50 \pm 0,06 см (95% ДІ 0,32-0,76).

При мікроскопічному дослідженні фіброепітеліальних поліпів шкіри пацієнтів контрольної групи

було визначено класичну гістологічну картину (рис. 1). Досліджувані утворення мали характерну поліпоподібну форму, не містили придатків шкіри (волосся та залоз), а отже, були утворені за рахунок інтерфолікулярного компартменту шкіри. Окрім грибоподібних фіброепітеліальних поліпів, в цій групі визначалися варіанти поліпів витягнутої, іноді ниткоподібної форми. Центральна частина (стрижень) поліпів була представлена щільною волокнистою неоформленою сполучною тканиною, що містила крупні, подекуди дилатовані судини.

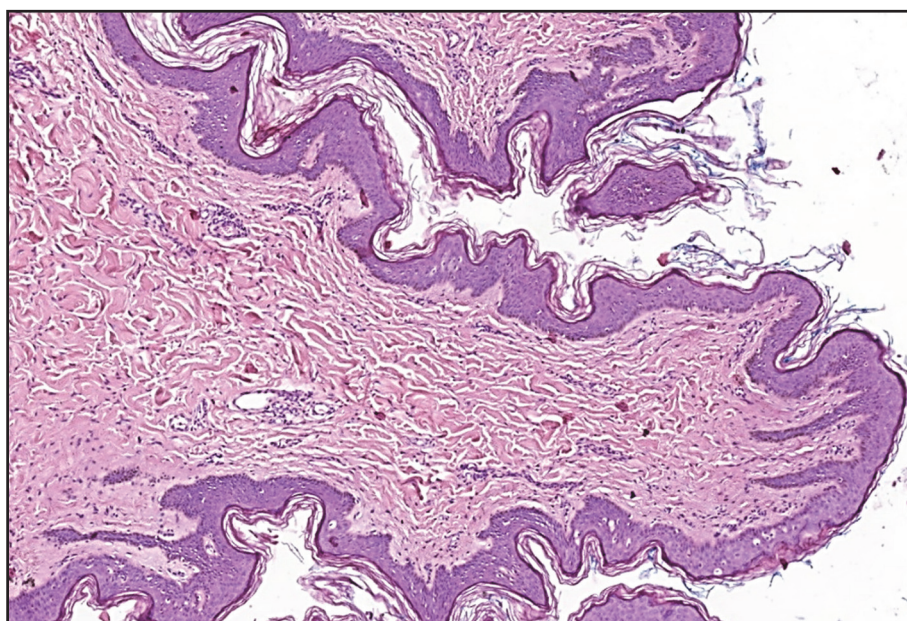


Рис. 1. Будова фіброепітеліального поліпу у пацієнтів контрольної групи. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Зб. 50.

Поверхня фіброепітеліальних поліпів шкіри була вкрита багат шаровим плоским зроговілим епітелієм, в якому подекуди визначалися реактивні зміни. Дерма в межах фіброепітеліальних поліпів зберігала шарову будову. Під епідермісом визначався сосочковий шар дерми, утворений пухкою волокнистою сполучною тканиною з численними судинами мікроциркуляторного русла. В більшості випадків поверхня поліпу була нерівна з формуванням вторинних вип'ячувань – сосочків, які мали переважно покату форму.

При аналізі епідермо-дермальної межі виявлялися як ділянки формування невиразних вторинних сосочків дерми та гребінців епідермісу, так і зони згладженої епідермо-дермальної межі. В межах сітчастого шару визначалася щільна волокниста неоформлена сполучна

тканина, в центральній частині фіброепітеліальних поліпів визначалися розширені кровоносні судини, переважно неправильної форми з тонкими стінками. Сполучна тканина була з ознаками набряку та розпушення колагенових волокон, більше – в центральній частині поліпу. Судини поверхневого судинного сплетення в межах поліпу були нерівномірними за діаметром, місцями широкі та розгалужені. В окремих випадках периваскулярна зона мала ознаки помірного набряку та слабкої лімфогістіоцитарної інфільтрації.

При дослідженні гістологічної будови фіброепітеліальних поліпів шкіри у пацієнтів другої та третьої груп було зафіксовано значний папіломатоз поверхні поліпів за рахунок формування численних виразних розгалужених вторинних і третинних сосочків (рис. 2).

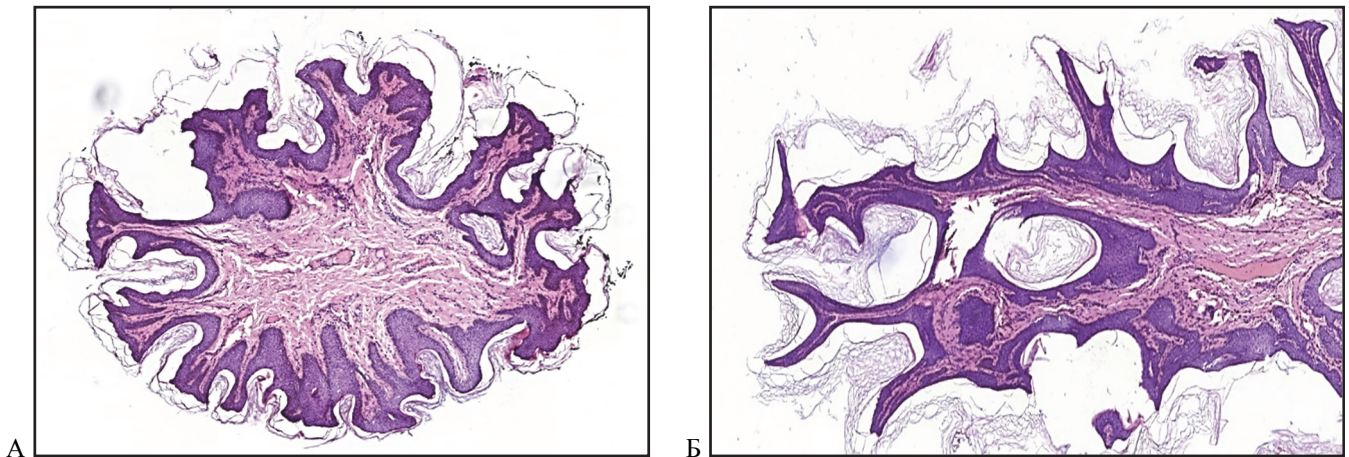


Рис. 2. Гістологічна будова фіброепітеліальних поліпів шкіри пацієнтів з метаболічним синдромом (А) та з цукровим діабетом 2-го типу (Б). Папіломатоз поверхні фіброепітеліальних поліпів шкіри асоційований з виразними розгалуженими вторинними сосочками. Забарвлення гематоксиліном та еозиним. Зб. 20.

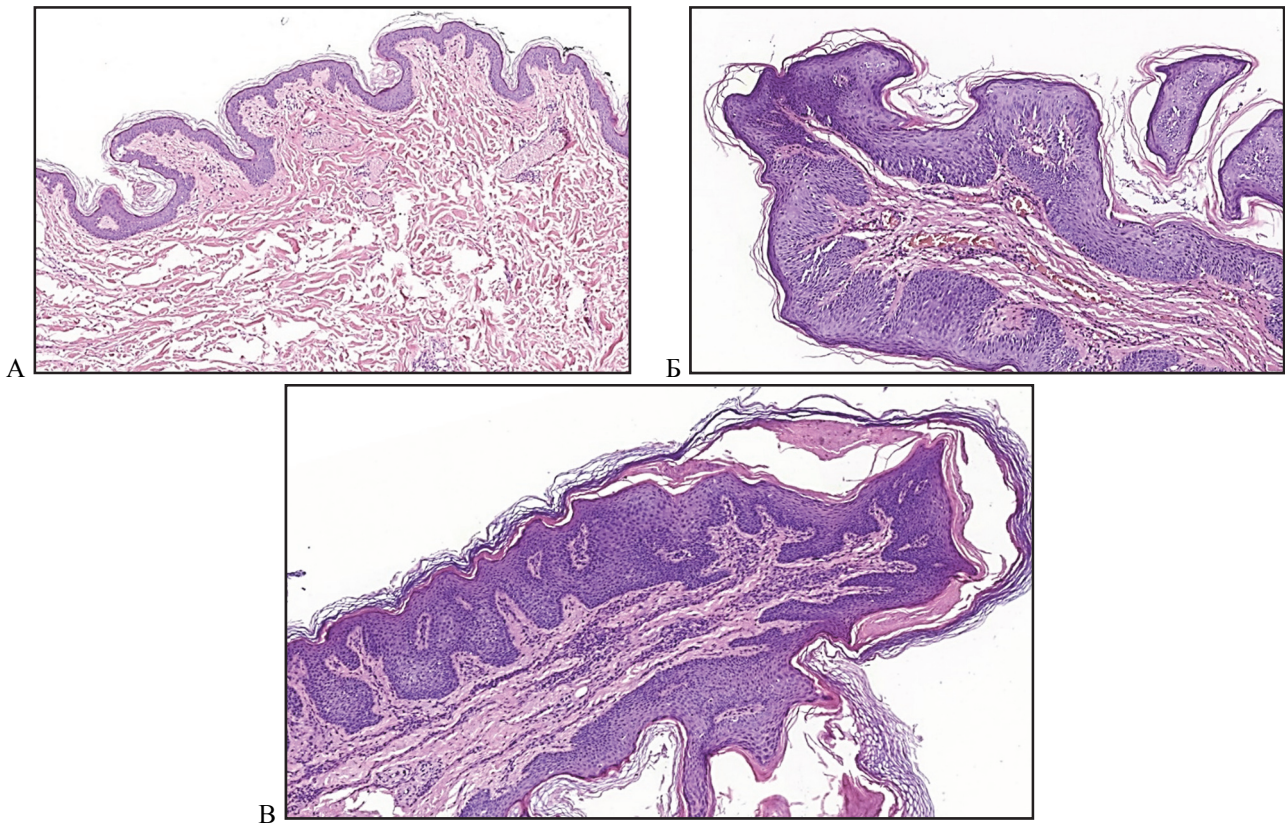
Частина їх була грибоподібної форми, проте переважали видовжені або конусоподібні вторинні вирости. Епідерміс мав ознаки помірного або виразного акантозу, в ряді випадків визначалися ознаки гіперкератозу, формування рогових псевдокіст. За рахунок цих змін значно зростала площа епідермо-дермальної межі, що по суті відбиває зміну міжтканинних відносин у межах фіброепітеліальних поліпів при інсулінорезистентності і може бути наслідком посилення проліферації клітин епідермісу та сосочкового шару дерми в межах поліпів.

Другою особливістю будови фіброепітеліальних поліпів шкіри у хворих другої та третьої груп виявлено значну кількість судин і наявність судинних мальформацій з переважанням тонкостінних судин нерівномірного діаметру та периваскулярного набряку навколо судин поверхневого судинного сплетіння та в субепідермальному компартменті.

Третьою особливістю будови фіброепітеліальних поліпів шкіри у хворих на метаболічний синдром та цукровий діабет 2-го типу встановлено значно більш виразну лейкоцитарну інфільтрацію, що відображало наявність хронічного запального процесу (рис. 3).

Лейкоцитарна інфільтрація була помірною чи виразною й визначалася як у периваскулярному компартменті, так і в сосочковому шарі дерми поліпів поблизу від епідермісу; при цьому інфільтрати були представлені переважно клітинами лімфогістіоцитарного ряду. Місцями ділянки лімфогістіоцитарної інфільтрації були асоційовані з менш вираженим набряком та виразним фіброзуванням строми поліпу.

Таким чином, результати нашого дослідження чітко ідентифікували морфологічні патерни фіброепітеліальних поліпів шкіри, які можуть використовуватись як додаткові критерії, за допомогою яких лікар-дерматолог може запідозрити наявність метаболічних порушень у даного контингенту пацієнтів.



А – контрольна (перша) група, Б – група пацієнтів з метаболічним синдромом (друга група),
В – група пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу (третя група)

Рис. 3. Різна виразність лімфогістіоцитарної інфільтрації в межах фіброепітеліальних поліпів у пацієнтів контрольної та дослідних груп. Забарвлення гематоксином та еозином. Зб. 50.

Висновки

Фіброепітеліальні поліпи шкіри у хворих на метаболічний синдром та цукровий діабет 2-го типу мають характерні специфічні особливості гістологічної будови: ознаки значно вираженого папіломатозу поверхні поліпів за рахунок формування численних виразних розгалужених вторинних та третинних сосочків; значну кількість судин і

наявність судинних мальформацій; значно більш виразну лейкоцитарну інфільтрацію в порівнянні з гістологічною структурою аналогічного біоматеріалу пацієнтів без метаболічних порушень.

Отримані результати можуть бути використані в практиці лікарів-дерматологів як додатковий критерій діагностики можливих метаболічних порушень у хворих з фіброепітеліальними поліпами шкіри.

References

1. Goryachkina M. V., Belousova T. A. Dermatologiya. Dobrokachestvennyye epithelial'nyye opukholi kozhi. Prilozheniye k zhurnalu Consilium Medicum. 2014. № 4. S. 20-23.
2. Aksoy B., Aksoy H M. Keratoacanthoma in an acrochordon. Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereology. 2017. № 51. P. 24–25.
3. Comparison of cutaneous manifestations in diabetic and nondiabetic obese patients: A prospective, controlled study / Ozlu E. et al. North Clin Istanb. 2018. May 21;5 (2). P. 114-119. doi: 10.14744/nci.2017.68553.
4. Cutaneous Manifestations of Diabetes Mellitus / M. Duff et al. Clin Diabetes. 2015. Jan; 33 (1). P. 40–48. doi: 10.2337/diaclin.33.1.40.
5. Higgins J., Maner M., Douglas M. Diagnosing Common Benign Skin Tumors / Am Fam Physician. 2015. Oct 1; 92 (7). P. 601-607.
6. Tapaswini Tripathy, Bhabani S.T.P. Singh, R. Kar. Association of Skin Tag with Metabolic Syndrome and its Components: A Case-control Study from Eastern India. Indian Dermatol Online J. 2019. May-Jun; 10 (3). P. 284–287.

7. Uzuncakmak T.K., Akdeniz N., Karadag A.S. Cutaneous manifestations of obesity and the metabolic syndrome. Clin Dermatol. 2018. Jan-Feb; 36 (1). P. 81-88. doi: 10.1016/j.clindermatol.2017.09.014. Epub 2017. Sep 8.

Дата надходження рукопису до редакції: 27.01.2020 р.

Мета: вивчити особливості гістологічної будови рецидивуючих фіброепітеліальних поліпів шкіри у хворих з метаболічним синдромом і цукровим діабетом 2-го типу.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження слугували фіброепітеліальні поліпи шкіри, видалені у 133 пацієнтів, розподілених на три групи: без метаболічних порушень (контрольна група, 62 особи); з верифікованим метаболічним синдромом (49 осіб); з цукровим діабетом 2-го типу (22 особи). Використані методи дослідження: морфологічний (мікроскопія гістологічних препаратів); порівняльного аналізу; медико-статистичний.

Результати. Виявлено, що фіброепітеліальні поліпи шкіри у хворих на метаболічний синдром і цукровий діабет 2-го типу мають відмінності гістологічної будови в порівнянні з аналогічним біоматеріалом пацієнтів без метаболічних порушень: виражений папіломатоз поверхні поліпів, значна кількість судин і судинних мальформацій, виражена лейкоцитарна інфільтрація.

Висновки. Особливості гістологічної будови фіброепітеліальних поліпів шкіри можуть використовуватись як додаткові критерії для діагностики можливих метаболічних порушень у пацієнтів.

Ключові слова: фіброепітеліальні поліпи шкіри, метаболічний синдром, цукровий діабет 2-го типу, гістологічна будова.

Цель: изучить особенности гистологического строения рецидивирующих фиброэпителиальных полипов кожи у больных с метаболіческим синдромом и сахарным диабетом 2-го типа.

Материалы и методы. В качестве материалов исследования использованы фиброэпителиальные полипы кожи, удаленные у 133 пациентов, распределенных на три группы: без метаболіческих нарушений (контрольная группа, 62 человека); с верифицированным метаболіческим синдромом (49 человек); с сахарным диабетом 2-го типа (22 человека). Методы: морфологический (микроскопия гистологических препаратов); сравнительного анализа; медико-статистический.

Результаты. Виявлено, что фиброэпителиальные полипы кожи у больных метаболіческим синдромом и сахарным диабетом 2-го типа имеют отличия в гистологическом строении по сравнению с аналогичным биоматериалом пациентов без метаболіческих нарушений: выраженный папилломатоз поверхности полипов, значительное количество сосудов и сосудистых мальформаций, выраженную лейкоцитарную инфильтрацию.

Выводы. Особенности гистологического строения фиброэпителиальных полипов кожи могут использоваться как дополнительные критерии для диагностики возможных метаболіческих нарушений у пациентов.

Ключевые слова: фиброэпителиальные полипы кожи, метаболіческий синдром, сахарный диабет 2-го типа, гистологическое строение.

The aim: to study the features of the histological structure of recurrent fibroepithelial skin polyps in patients with metabolic syndrome and type 2 diabetes.

Materials and methods. Fibroepithelial skin polyps were removed in 133 patients, divided into three groups: without metabolic disturbances (control group, 62 people); with verified metabolic syndrome (49 people); with type 2 diabetes (22 people). Methods: morphological (microscopy of histological preparations); comparative analysis; medical and statistical.

Results. Fibroepithelial skin polyps in patients with metabolic syndrome and type 2 diabetes mellitus have differences in the histological structure compared to the same biomaterial of patients without metabolic disorders: severe papillomatosis of the polyps surface, a significant number of vessels and vascular malformations, severe leukocyte infiltration.

Conclusion: the features of the histological structure of fibroepithelial skin polyps can be used as additional criteria for the diagnosis of possible metabolic disorders in patients.

Key words: fibroepithelial skin polyps, metabolic syndrome, type 2 diabetes mellitus, histological structure.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Відомості про авторів

Лігус Ірина Олександрівна (контактна особа) – аспірант кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; м. Київ, вул. Богатирська 32.
+380 (50) 330-31-87, ORCID 0000-0002-5218-7095, irinalitus@gmail.com.

Свистунов Ігор Ваніфатійович – д. мед. н. професор; професор кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; м. Київ, вул. Богатирська 32.
svistunov.iv@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201470
УДК 618.2+618.4+618.6–06:616.36–002–022

Мицода Р.М.

Прогнозування акушерських ускладнень у жінок з вперше виявленою реплікативною активністю гепатиту В

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

rmitsoda@gmail.com

Мицода Р.М.

Прогнозирование акушерских осложнений у женщин с впервые выявленной репликативной активностью гепатита В
ГБУЗ «Ужгородский национальный университет»

Mitsoda R.M.

Prediction of obstetric complications in women with newly discovered hepatitis B repetitive activity
SU “Uzhhorod National University”

Вступ

Не дивлячись на досягнення медицини та постійне впровадження нових медичних технологій у практику з метою контролю над інфекційними процесами, вірусні гепатити є суттєвою причиною підвищення захворюваності та смертності [1–4]. На сьогодні у світі 1 млрд інфікованих та 350 млн чоловік носіїв вірусу ГВ, які є постійним резервуаром та джерелом інфекції [5].

Мета роботи – простежити перебіг вагітності, пологів, післяродового періоду у жінок з вперше виявленою реплікативною активністю гепатиту В під час вагітності та ранній неонатальний період їх новонароджених для прогнозування та попередження акушерських ускладнень.

Клінічний матеріал та методи дослідження

Проведене комплексне обстеження 43 жінок, які страждали на гострий гепатит В протягом вагітності та їх новонароджених і 100 соматично здорових жінок та їх новонароджених.

Групи жінок є однорідними за віком, соціальним станом (жінки заміжні), в певній мірі за спеціальністю (домогосподині, або працюють за фахом, що не пов'язаний з фізичними навантаженнями та контактом з тератогенними речовинами), проживають у межах одного часового поясу та умовах помірно-континентального клімату.

Статистична обробка результатів спостереження проведена за допомогою пакетів програм STATISTICA 5.0 та Excel 6.0. Для обчислення прогностичної значимості ознак був використаний критерій Стьюдента у модифікації Амосова Н.М. та співавторів (1975 р.).

Для інтегральної оцінки ускладнень виділяли і систематизували ускладнення гестаційного процесу, що є найбільш значущими на погляд акушера:

- під час вагітності – загроза самовільного викидня, загроза пізнього самовільного викидня, загроза передчасних родів, ранній токсикоз, гестаційний набряк, преєклампсія, пієлонефрит, плацентарна недостатність, анемія, гострі респіраторно-вірусні інфекції, наркоманія;

- під час пологів та післяродового періоду – передчасні роди, переношена вагітність, швидкі пологи, слабкість родових сил, неефективність родозбудження, родозбудження, родопідсилення, дородове та раннє злиття навколоплідних вод, дефект плаценти та/або оболонки, ручна або інструментальна ревізії порожнини матки, гіпотонія, гіпертермія, анемія, післяродовий ендометрит, лохіометра, багато- та маловіддя, зелені або меконіальні навколоплідні води;

- стосовно стану плода – антенатальна загибель, асфіксії, кефалогематоми, перелом ключиці, гостре ішемічне ураження ЦНС, гіпорекфлексія, синдром дихальних розладів, ціанози, внутрішньоутробна гіпотрофія, недоношеність, незрілість, гемолітична або кон'югаційна жовтяниця, абстинентний синдром та парез Ерба.

Результати дослідження та їх обговорення

Усі жінки з вперше виявленою реплікативною активністю збудника гепатиту В під час вагітності були поділені на дві групи:

- з акушерськими ускладненнями в пологах;
- без патологічних акушерських змін протягом родового акту.

На основі аналізу 54 факторів відібрали 12 найбільш значущих факторів для прогнозування виникнення акушерських ускладнень в пологах саме для жінок з вперше виявленою реплікативною активністю ГВ під час гестації. Причому, загалом добиралися фактори, що є простими у спостереженні та доступними для лікаря навіть в умовах жіночої консультації (табл. 1).

Таблиця 1. Прогностична значимість факторів, які визначають акушерські ускладнення в пологах у жінок з вперше виявленою реплікативною активністю збудника ГВ під час вагітності

№ п/п	Фактор	Кількість випадків	Результат			Середня частота несприятливих результатів, %	Значення, бали
			Добрий осіб	Несприятливий осіб %			
1	Плацентарна недостатність	3	0	3	100	47,5	1,80
2	Загроза пізнього самовільного викидня	9	2	7	77,8	47,5	1,41
3	Підвищення рівня АлАТ більш ніж у 3 норми	12	3	9	75,0	47,5	1,23
4	Загроза самовільного викидня	7	1	6	85,7	47,5	1,20
5	Наявність екстрагенітальної патології	7	1	6	85,7	47,5	1,20
6	Вік до 20 років	13	4	9	69,2	47,5	1,19
7	Артифіційні переривання в анамнезі	8	2	6	75,0	47,5	1,16
8	Підвищення рівня загального білірубіну більше 100 мкмоль/л	8	2	6	75,0	47,5	1,16
9	Підвищення рівня АсАТ більш ніж у 3 норми	8	2	6	75,0	47,5	1,16
10	Гострі респіраторно-вірусні інфекції під час вагітності	1	0	1	100	47,5	1,02
11	Самовільні викидні в анамнезі	1	0	1	100	47,5	1,01
12	Гепатит важкого ступеню	1	0	1	100	47,5	1,01

У табл. 1 наведено фактори лише з позитивними значеннями, тобто ті, які погіршують прогноз. У зв'язку з відносно невеликою кількістю хворих з вперше виявленою реплікативною активністю збудника ГВ, що пояснюється невеликою частотою у популяції, а тим більше при поєднанні з вагітністю, низка ознак, наведених у таблиці, також траплялася рідко. Однак їхня клінічна важливість не викликає сумнівів. Значущість їх у балах визначали за допомогою евристичного оцінювання.

Надалі у процесі диспансеризації чи для короткострокового прогнозування, додавали показники прогностично важливих ознак (бали). З огляду на небезпеку неправильного збільшення суми балів за рахунок застосування тісно взаємопов'язаних факторів, перевіряли кореляційні зв'язки між вибраними клінічними показниками. З'ясувалося, що істотного зв'язку між ними немає (у жодному випадку коефіцієнт кореляції не перевищував 0,3).

Слід зазначити, що значна кількість факторів ризику узгоджується з літературними даними, що в

основному характеризують важкість запалення печінки вірусного генезу (підвищення рівня аланін- та амінотрансферази, рівня загального білірубіну та ступінь важкості гепатиту) та такі, що окреслюють "масивність" гінекологічного анамнезу жінки (наявність в анамнезі артифіційних переривань та самовільних викиднів).

Для практичної зручності у процесі передбачення перебігу пологів у вагітних з вперше виявленою реплікативною активністю ГВ виділяли чотири ступені ймовірності несприятливого результату:

- I ступінь – сума балів менше 1,5;
- II ступінь – 1,5–3 бала;
- III ступінь – 3,1–4,5 бала;
- IV ступінь – >4,5 бала.

Додаючи показники ознак кожного пацієнта, визначали загальну суму балів. Поділ вагітних у залежності від суми балів наведено в табл. 2.

Встановлено статистично достовірне збільшення ймовірності несприятливих результатів у міру зростання ступеня ризику (рис.).

Таблиця 2. Залежність ймовірності виникнення акушерських ускладнень у вагітних з вперше виявленою реплікативною активністю ГВ від ступеня ризику

Ступінь ризику	Сума балів	Кількість спостережень	Результат			Середня теоретична частота несприятливих результатів, %
			Сприятливий	Несприятливий		
				осіб	%	
I	<1,5	23	19	4	21,1	<21,1
II	1,5–3	6	2	4	66,7	66,7
III	3,1–4,5	8	2	6	75,0	75,0
IV	>4,5	6	0	6	100	100
Усього		43	23	20	47,5	

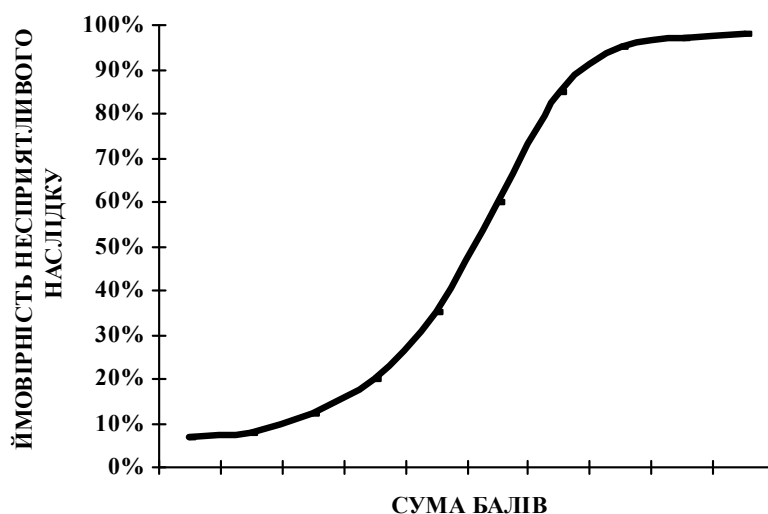


Рис. Загальний вигляд залежності ймовірності несприятливого результату від суми балів ризику

Як бачимо з табл. 2, при I ступені ризику ймовірність виникнення акушерських ускладнень не перевищує 21,1%, тоді як вже при II ступені він сягає 66,7% ($p < 0,05$). Таке різке зростання ймовірності виникнення ускладнень свідчить, про необхідність пошуку додаткових факторів ризику для забезпечення більш плавного підвищення інтегрального ризику ускладнень. З іншого боку, можна стверджувати, що визначення II, а тим більше III чи 4 потребує обов'язкового застосування профілактичних заходів у системі надання медичної допомоги жінкам з вперше виявленою реплікативною активністю ГВ.

Слід зауважити, що поява гепатиту ще не означає невідворотності акушерських ускладнень у цих вагітних. Навіть наявність високого ступеня ризику не обов'язково призводить до виникнення ускладнень. Показовим з цього приводу є перебіг гестаційного процесу у хворій Ш., 22 років. Жінка перенесла у 15-17 тижнів вагітності гострий вірусний гепатит В середнього ступеня важкості, жовтушну форму. У даної пацієнтки спостерігалися 3 встановлених нами фактори – наявність екстрагенітальної патології (міокардіодистрофія, пролапс мітрального клапану, хронічний холецистит та гіперплазія щитовидної залози I ст.), підвищення рівня загального білірубіну більше 100 мкмоль/л (максимальний рівень білірубіна становив

196,08 мкмоль/л) та середня ступінь важкості гепатиту) і сума балів (3,56) відповідала III ступеню ризику, але пологи пройшли без аналізованих нами ускладнень.

Подальшого дослідження потребують додаткові фактори, що визначають виникнення ускладнень гестаційного процесу у вагітних з гострим гепатитом В.

Висновки

Ймовірність виникнення акушерських ускладнень статистично вірогідно ($p < 0,05$) збільшується у міру зростання ступеня ризику. При I ступені ризику ймовірність виникнення акушерських ускладнень не перевищує 25,1%, тоді як вже при II ступені він сягає 66,7% ($p < 0,05$). Таке різке підвищення ймовірності виникнення ускладнень в пологах у жінок з гострим гепатитом В протягом вагітності свідчить про необхідність пошуку додаткових факторів ризику для забезпечення більш плавного підвищення інтегрального ризику ускладнень. З іншого боку, можна стверджувати, що визначення II, а тим більше III чи IV ступеня ризику потребує обов'язкового застосування профілактичних заходів у системі надання медичної допомоги жінкам з даною патологією.

References

1. Castillo E., Murphy K., Shalkwyk J. Hepatitis B and pregnancy // Journal of Obstetrics and Gynecology Canada. – 2017. – V. 39. – P. 181-190.
2. Jin J. Screening for Hepatitis B in Pregnant Women // JAMA. 2019;322(4):376. doi:10.1001/jama.2019.9229.
3. Menzo S., Minosse C., Vincenti D. Long-Term Follow-Up of Acute Hepatitis B: New Insights in Its Natural History and Implications for Antiviral Treatment // Genes (Basel). – 2018. – № 9(6). – PubMed ID 29895748P.
4. Yang L., Wu T., Li J., Xin J. Artificial liver treatment improves survival in patients with hepatitis B-related acute-on-chronic liver failure: a case-control matched analysis // Hepatol Res. – 2020. – PubMed ID 3213453.
5. Zhang X., Ying Y., Zhou P., Liu X. A Stepwise Evaluation of Hepatitis B Virus-Related Acute-on-Chronic Liver Failure to Optimize the Indication for Urgent Liver Transplantation // Dig Dis Sci. – 2020. – PubMed ID 32140946.

Дата надходження рукопису до редакції: 06.03.2020 р.

Мета роботи – простежити перебіг вагітності, пологів, післяродового періоду у жінок з вперше виявленою реплікативною активністю гепатиту В під час вагітності та ранній неонатальний період їх новонароджених для прогнозування та попередження акушерських ускладнень.

Проведене обстеження 43 жінок, які страждали на гострий гепатит В протягом вагітності та їх новонароджених і 100 соматично здорових жінок та їх новонароджених. Усі жінки з вперше виявленою реплікативною активністю збудника гепатиту В під час вагітності були поділені на дві групи: з акушерськими ускладненнями в пологах та без патологічних акушерських змін протягом родового акту. На основі аналізу 54 факторів відібрали 12 найбільш значущих факторів для прогнозування виникнення акушерських ускладнень в пологах саме для жінок з вперше виявленою реплікативною активністю ГВ під час гестації. Ймовірність виникнення акушерських ускладнень статистично вірогідно ($p < 0,05$) збільшується у міру зростання ступеня ризику. При I ступені ризику ймовірність виникнення акушерських ускладнень не перевищує 21,1%, тоді як вже при II ступені він сягає 66,7% ($p < 0,05$).

Ключові слова: гепатит, прогнозування, ускладнення.

Цель работы – проследить ход беременности, родов, послеродового периода у женщин с впервые выявленной репликативной активностью гепатита В во время беременности и ранний неонатальный период их новорожденных для прогнозирования и предупреждения акушерских осложнений.

Проведено обследование 43 женщин, страдающих острым гепатитом В в течение беременности и их новорожденных и 100 соматически здоровых женщин и их новорожденных. Все женщины с впервые выявленной репликативной активностью возбудителя гепатита В во время беременности были разделены на две группы: с акушерскими осложнениями в родах и без патологических акушерских изменений в течение родового акта. На основании анализа 54 факторов отобрали 12 наиболее значимых факторов для прогнозирования возникновения акушерских осложнений в родах именно для женщин с впервые выявленной репликативной активностью ГВ во время гестации. Вероятность возникновения акушерских осложнений статистически достоверно ($p < 0,05$) увеличивается по мере роста степени риска. При I степени риска вероятность возникновения акушерских осложнений не превышает 21,1%, тогда как уже при II степени он достигает 66,7% ($p < 0,05$).

Ключевые слова: гепатит, прогнозирование, осложнения.

The goal of the work – to trace the course of pregnancy, childbirth, postpartum period in women with newly discovered hepatitis B replicative activity during pregnancy and early neonatal period of their newborns to predict and prevent obstetric complications.

A survey of 43 women who suffered from acute hepatitis B during pregnancy and their newborns and 100 somatically healthy female women and their newborns. All women with newly identified hepatitis B pathogenic activity during pregnancy were divided into two groups: obstetric complications in childbirth and no pathological obstetric changes during the birth act. Based on the analysis of 54 factors, the 12 most significant factors were selected to predict the occurrence of obstetric complications in childbirth, specifically for women with newly diagnosed HS replicative activity during gestation. The probability of obstetric complications is statistically significant ($p < 0.05$) increasing as the degree of risk increases. At the 1st degree of risk the probability of occurrence of obstetric complications does not exceed 21.1%, whereas already at the second stage it reaches 66.7% ($p < 0.05$).

Key words: hepatitis, prognosis, complications.

Відомості про автора

Мицода Роман Миронович – доктор медичних наук, професор, професор кафедри охорони материнства та дитинства факультету післядипломної освіти та до університетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

+380 (50) 529-13-36, rmitsoda@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201472
УДК 616.313/.317-053.6

Мельник В.С., Горзов Л.Ф., Білишук Л.М., Зомбор К.В., Ратушний Р.І.

Лікування атопічного хейліту у підлітків з зубощелепними аномаліями

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

volodymyr.melnyk@uzhnu.edu.ua, liudmyla.horzov@uzhnu.edu.ua,
liubov.bilyschuk@uzhnu.edu.ua, kateryna.zombor@uzhnu.edu.ua, rus.ratus.rus@gmail.com

Мельник В.С., Горзов Л.Ф.,

Білишук Л.М., Зомбор К.В., Ратушний Р.І.

Лечение атопического хейлита у подростков с зубочелюстными аномалиями

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

Melnyk V.S., Horzov L.F.,

Bilyshchuk LM., Zombor K.V., Ratushnyi R.I.

Treatment of atopic cheilitis in adolescents with dentoalveolar anomalies

SU «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

Вступ

Стан здоров'я підлітків – це не тільки показник існуючого соціально-економічного та суспільного розвитку країни, а й важливий індикатор майбутнього трудового, економічного, культурного потенціалу суспільства [1,11].

Зубощелепні аномалії є одним з компонентів, які формують стоматологічний статус індивідуума, тим самим визначаючи і загальний стан організму. Аналіз спостережень стоматологів у світі показав, що більше 80% населення земної кулі до 25 років мають аномалію розташування зубів, виражену в тій чи іншій мірі. І від 35 до 60% з цього числа вимагають втручання ортодонта [12].

Одним з найбільш частих супутніх захворювань у підлітків з зубощелепними аномаліями є хейліт. За даними літератури при обстеженні 100 дітей у віці від 12 до 15 років встановлено, що у дітей, які мають зубощелепні аномалії, хейліт зустрічається значно частіше (66,0%), ніж у дітей без патології зубощелепної системи (28,0%) [2].

Хейліти представляють собою групу різноманітних по етіології, патогенезу і клінічній картині хронічних захворювань червоної облямівки губ. Поширеність окремих видів хронічних, часто рецидивуючих самостійних захворювань червоної облямівки губ серед різних груп населення коливається в межах від 3,9 до 26,4%. Найбільш поширеним є атопічний хейліт [4,9]. Серед факторів, які сприяють розвитку даного захворювання, виділяють порушення архітектоники губ, шкідливі звички: облизування і покусання губ та причини, які сприяють виникненню хейлітів у дітей: ротове і змішане дихання, патологія прикусу, короткі вуздечки губ [6].

Хейліт має суттєвий вплив на самопочуття і соціальну активність хворих, погано піддається стандартним методам терапії, а у деяких хворих протікає у вигляді моносимптому атопічного дерматиту. Періоральні

ураження сприяють формуванню у дітей депресії, ускладнюють соціальну адаптацію, що є фактором стресу у підлітків, впливають на рівень якості їх життя [7,10].

Мета дослідження – розробка та впровадження в практику мазі для лікування атопічного хейліту у підлітків з зубощелепними аномаліями.

Матеріали та методи

Проведено стоматологічне обстеження 139 підлітків у віці від 12 до 15 років. З них 67 юнаків і 72 дівчат. Визначали поширеність зубощелепних аномалій та потребу в їх лікуванні, поширеність захворювань червоної облямівки губ. Для визначення ступеня важкості аномалій та потребу в лікуванні застосовували рекомендований ВООЗ естетичний стоматологічний індекс DAI (N.C. Cons, 1986). Також визначали компонент стоматологічного статусу DHC індексу потреби в ортодонтичній допомозі IOTN (Shaw W. C., Evans R., 1987) [5].

Результати дослідження та їх обговорення

Поширеність зубощелепних аномалій склала 73,2% (73,24% серед дівчат, 73,11% серед юнаків). Структура зубощелепних аномалій виглядає наступним чином: аномалії окремих зубів були діагностовані у 6,51% обстежених, аномалії зубних рядів у 21,72%, аномалії прикусу спостерігали у 7,54% підлітків, поєднані аномалії були зареєстровані у 64,23% обстежених.

Показники естетичного індексу DAI нижче 25, що свідчать про наявність мінімальних порушень прикусу, визначені у 78,54% обстежених. Значення DAI, рівні 26-30, інтерпретуються як явне порушення прикусу, внаслідок чого необхідно вибіркове лікування, виявлені у 13,73% підлітків. За результатами дослідження, значення DAI від 31 до 35, характерні для важких порушень прикусу, зустрічаються у 4,86% дітей старшого віку.

Показники естетичного індексу від 36 і вище, що визначають наявність дуже важких порушень прикусу і вимагають обов'язкового лікування, спостерігалися у 2,86%. Відповідно до інтерпретації показників компонента ДНС індексу IOTN 31,69% обстежених не потребують лікуванні (1 клас), 44,85% мають низьку потребу (2 клас), для 15,74% підлітків визначена середня ступінь потреби (3 клас). 6,58% обстежених мають високу потребу (4 клас), і тільки для 1,14% існує дуже висока потреба в ортодонтичному лікуванні (5 клас).

В результаті проведеного обстеження поширеність захворювань губ діагностували у 23,8%, а прикушення щік виявили у 3,9% підлітків. Лейкоплакія, червоний плоский лишай та інші патології були виявлені в 2,2% випадках. Атопічний хейліт діагностували досить часто – 13,4% обстежених, метеорологічний хейліт 9,8%, у 2,9% дітей старшого віку реєстрували хронічні тріщини губ і у 0,7% були зареєстровані папіломи, ретенційні кісти, тріщини кутів рота.

Пацієнти, в яких діагностували зубощелепні аномалії та атопічний хейліт скаржилися на сухість і печіння губ, біль при відкриванні рота, розмові, прийомі їжі, шкіра в кутах рота була набрякла, покрита лусочками, гіперемована, мали місце тріщини.

Розроблена та апробована (на 46 пацієнтах) мазь для лікування атопічного хейліту, до складу якої входила настоянка лікарських рослин в якості активної речовини та вазелін-ланолінова суміш (8:2) в якості основи (подана заявка на корисну модель).

Мазь є м'якою лікарської формою, призначеною для нанесення на шкіру, що складається зі збору лікарських рослин, що містить квітки календули - *Calendula officinalis* L., траву водяного перцю - *Polygoni hydropiperis herba*, траву звіробою - (*Hypericum perforatum* L.), квітки шавлії - *Salvia*, квітки ромашки - *Matricaria chamomilla*). Основа забезпечує необхідну масу мазі і, таким чином, належну концентрацію лікарських речовин,

м'яку консистенцію, необхідну для зручності нанесення на шкіру. Хімічна інертність основи гарантує відсутність взаємодії з лікарськими речовинами, зміни під дією зовнішніх факторів (повітря, світло, волога, температура), отже, забезпечує стабільність мазі [3,8].

Компоненти, які входять до складу мазі збалансовані таким чином, щоб досягти найвищого терапевтичного ефекту при лікуванні хейлітів у дітей та підлітків з зубощелепними аномаліями. При зменшенні або збільшенні вмісту компонентів у мазі виникає ризик виникнення побічних ефектів. Підбір рослинної сировини в композиції обумовлений терапевтичними властивостями рослинних компонентів, які входять до її складу.

Завдяки такому поєднанню рослинної сировини забезпечується терапевтичний ефект при лікуванні хейлітів у дітей та підлітків з зубощелепними аномаліями, зниження ризику виникнення побічної дії, а також лікарська форма, яка є зручною для використання дітьми та підлітками.

Мазь наносили на уражену ділянку шкіри тонким шаром 2 рази на день (ранком та ввечері) після їди та утримували на губах протягом однієї години. Через добу після застосування мазі припинялися біль, свербіння, зменшувалася гіперемія, набряк. Епітелізація ураженої поверхні губ відбувалася на 8–10 день.

Висновки

Вивчення поширеності зубощелепних аномалій, потребу в їх лікуванні, поширеності хейлітів у підлітків привело до розробки мазі для лікування атопічного хейліту у пацієнтів з зубощелепними аномаліями, що складається з лікарських рослин в якості активної речовини та вазелін-ланолінова суміш (8:2) в якості основи, яка має виражену антимікробну, ранозагоювальну і кератопластичну дію, а також сприяє скороченню термінів лікування.

Література

1. Головка Н.В. Профілактика зубощелепних аномалій / Н.В.Головка.- Вінниця: Нова Книга, 2005. – 252 с.
2. Горбатова Л.Н. Атопический хейлит у детей: факторы риска и клинические симптомы / Л.Н.Горбатова // Стоматология. – 2000. – №3. – С. 49-50.
3. Державний реєстр сортів рослин, придатних для поширення в Україні на 2015 рік [Електронний ресурс]. - Режим доступу <http://www.vet.gov.ua/sites/default/files/Reestr-29-04-2015.pdf>.
4. Елизарова В. М. Атопический хейлит при атопическом дерматите у детей / В.М.Елизарова, В.В.Репина // Фарматека. – 2013. – № 2-13. – С. 15-17.
5. Клінічні та спеціальні методи обстеження у дитячій стоматології [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://smile-center.com.ua/ru/articles/klinichni-ta-specmetody-obstezhennya-doslidzhennya-u-dyt-stomat>.
6. Коваль Н.И. Заболевания губ. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика: учеб. пособие / Н.И. Коваль, А.Ф. Несин, Е.А. Коваль; под ред. проф. А.В. Борисенко. – К.: ВСИ «Медицина», 2013. – 344 с.
7. Кулигіна В.М. Функціональні порушення, шкідливі звички та зміни архітекτονіки губ при атопічному хейліті в дітей різного віку / В.М. Кулигіна, М.В. Стремчук // Современная стоматология. – 2014. – №4 (73). – С. 58-63.
8. Леженко Г.О. Використання зволожувального крему «Aqualan L» у терапії атопічного дерматиту у дітей / Г.О. Леженко // Современная педиатрия. – 2010. – №3 (31). – С. 135-136.
9. Мочульська О.М. Поширеність атопічного дерматиту в дітей, особливості етіології та патогенезу на сучасному етапі / О.М. Мочульська // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2015. – №1. – С. 94-98.

10. Савичук Н.О. Особливості клініки та фактори ризику виникнення атопічного хейліту / Н.О. Савичук, М.М. Соломонюк // Ліки України. – 2004. – №1. – С. 79-81.
11. Терапевтическая стоматология детского возраста / [Л.А. Хоменко, Л.П. Кисельникова, Н.И. Смоляр и др.]; под ред. проф. Л.А. Хоменко, проф. Л.П. Кисельниковой. – К.: Книга плюс, 2013. – 864 с.
12. Фліс П.С. Ортодонтия. Зубо-щелепні аномалії та деформації. Dentognathic Anomalies and Deformation // П.С. Фліс, Г.П. Леоненко, В.В. Філоненко, Н.М. Дорошенко. – К.: ВСВ «Медицина», 2015. – 176 с.

References

1. Holovko N.V. Profilaktyka zuboshchelepykh anomalii [Prevention of dentoalveolar anomalies] / N.V.Holovko. - Vinnytsia: Nova Knyha, 2005. – 252 s. (Ukr).
2. Gorbatova L.N. Atopicheskij khejlit u detej: faktory` riska i klinicheskie simptomy` [Atopic cheilitis in children: risk factors and clinical symptoms]/ L.N.Gorbatova // Stomatologiya. – 2000. – #3. – S. 49-50. (Rus).
3. Derzhavnyi reiestr sortiv roslyn, prydatnykh dlia poshyrennia v Ukraini na 2015 rik [State register of plant varieties suitable for distribution in Ukraine for 2015] [Elektronnyi resurs]. - Rezhym dostupu <http://www.vet.gov.ua/sites/default/files/Reestr-29-04-2015.pdf> (Ukr).
4. Elizarova V. M. Atopicheskij khejlit pri atopicheskom dermatite u detej [Atopic cheilitis with atopic dermatitis in children] / V.M.Elizarova, V.V.Repina // Farmateka. – 2013. – # 2-13. – S. 15-17. (Rus).
5. Klinichni ta spetsialni metody obstezhennia u dytiachii stomatolohii [Clinical and special examination methods in pediatric dentistry] [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <http://smile-center.com.ua/ru/articles/klinichni-ta-specmetody-obstezhennya-doslidzhennya-u-dyt-stomat> <http://www.vet.gov.ua/sites/default/files/Reestr-29-04-2015.pdf> (Ukr).
6. Koval` N.I. Zabolevaniya gub. Klinicheskaya kartina. Diagnostika. Differenczial'naya diagnostika. Lechenie. [Diseases of the lips. The clinical picture. Diagnostics. Differential diagnosis. Treatment]Profilaktika: ucheb. posobie / N.I. Koval`, A.F. Nesin, E.A. Koval`; pod red. prof. A.V. Borisenko. – K.: VSI «Medicina», 2013. – 344 s. (Rus).
7. Kulyhina V.M. Funktsionalni porushennia, shkidlyvi zvychky ta zminy arkhitektoniky hub pry atopichnomu kheiliti v ditei riznogo viku [Functional disorders, bad habits and changes in lip architectonics in atopic cheilitis in children of all ages] / V.M. Kulyhina, M.V. Stremchuk // Sovremennaia stomatolohyia. – 2014. – №4 (73). – S. 58-63. (Ukr).
8. Lezhenko H.O. Vykorystannia zvolozhuvalnoho kremu «Aqualan L» u terapii atopichnoho dermatytu u ditei [The use of Aqualan L moisturizer in the treatment of atopic dermatitis in children] / H.O. Lezhenko // Sovremennaia pedyatryia. – 2010. – №3 (31). – S. 135-136. (Ukr).
9. Mochulska O.M. Poshyrenist atopichnoho dermatytu v ditei, osoblyvosti etiologii ta patohenezu na suchasnomu etapi [Prevalence of atopic dermatitis in children, features of etiology and pathogenesis at the present stage] / O.M.Mochulska // Aktualni pytannia pediatrii, akusherstva ta hinekolohii. – 2015. – №1. – S. 94-98. (Ukr).
10. Savychuk N.O. Osoblyvosti kliniky ta faktory ryzyku vynykennia atopichnoho kheilitu [Clinical features and risk factors for atopic cheilitis] / N.O. Savychuk, M.M. Solomoniuk // Liky Ukrainy. – 2004. – №1. – S. 79-81. (Ukr).
11. Terapevticheskaya stomatologiya detskogo vozrasta [Pediatric Therapeutic Dentistry]/ [L.A. Khomenko, L.P. Kisel'nikova, N.I. Smolyar i dr.]; pod red. prof. L.A. Khomenko, prof. L.P. Kisel'nikovoj. – K.: Kniga plyus, 2013. – 864 s. (Rus).
12. Flis P.S. Ortodontiia. Zubo-shcheleпni anomalii ta deformatsii. Dentognathic Anomalies and Deformation // P.S. Flis, H.P. Leonenko, V.V. Filonenko, N.M. Doroshenko. – K.: VSV «Medytyna», 2015. – 176 s. (Eng).

Дата надходження рукопису до редакції: 14.02.2020 р.

Мета дослідження – розробка та впровадження в практику мазі для лікування атопічного хейліту у підлітків з зубощелепними аномаліями.

Матеріали та методи. Проведено стоматологічне обстеження 139 підлітків у віці від 12 до 15 років. З них 67 юнаків і 72 дівчат. Визначали поширеність зубощелепних аномалій та потребу в їх лікуванні, поширеність захворювань червоної облямівки губ.

Результати. В результаті проведеного обстеження поширеність захворювань губ діагностували у 23,8%, а прикушення щік виявили у 3,9% підлітків. Атопічний хейліт діагностували досить часто - 13,4% обстежених, метеорологічний хейліт 9,8%, у 2,9% дітей старшого віку реєстрували хронічні тріщини губ і у 0,7% були зареєстровані папіломи, ретенційні кісти, тріщини кутів рота. Пацієнти, в яких діагностували зубощелепні аномалії та атопічний хейліт скаржилися на сухість і печіння губ, біль при відкриванні рота, розмові, прийомі їжі, шкіра в кутах рота була набрякла, покрита лусочками, гіперемована, мали місце тріщини. Розроблена та апробована мазь для лікування атопічного хейліту, до складу якої входила настоянка лікарських рослин в якості активної речовини та вазелін-ланолінова суміш (8:2) в якості основи.

Висновки. Вивчення поширеності зубощелепних аномалій, потребу в їх лікуванні, поширеності хейлітів у підлітків привело до розробки мазі для лікування атопічного хейліту у пацієнтів з зубощелепними аномаліями, що складається з лікарських рослин в якості активної речовини та вазелін-ланолінова суміш (8:2) в якості основи, яка має виражену антимікробну, ранозагоювальну і кератопластичну дію, а також сприяє скороченню термінів лікування.

Ключові слова: зубощелепні аномалії, атопічний хейліт, діти, мазь.

Цель исследования – разработка и внедрение в практику мази для лечения атопического хейлита у подростков с зубочелюстными аномалиями.

Материалы и методы. Проведено стоматологическое обследование 139 подростков в возрасте от 12 до 15 лет. Из них 67 юношей и 72 девушек. Определяли распространенность зубочелюстных аномалий и потребность в их лечении, распространенность заболеваний красной каймы губ.

Результаты. В результате проведенного обследования распространенность заболеваний губ диагностировали у 23,8%, а прикусывания щек обнаружили в 3,9% подростков. Атопический хейлит диагностировали довольно часто – 13,4% обследованных, метеорологический хейлит 9,8%, в 2,9% детей старшего возраста регистрировали хронические трещины губ и у 0,7% были зарегистрированы папилломы, ретенционные кисты, трещины углов рта. Пациенты, у которых диагностировали зубочелюстные аномалии и атопический хейлит жаловались на сухость и жжение губ, боль при открывании рта, разговоре, приеме пищи, кожа в углах рта была отечная, покрыта чешуйками, гиперемирована, имели место трещины. Разработана и апробирована мазь для лечения атопического хейлита, в состав которой входила настойка лекарственных растений в качестве активного вещества и вазелин-ланолиновой смесь (8: 2) в качестве основы.

Выводы. Изучение распространенности зубочелюстных аномалий, потребность в их лечении, распространенности хейлитов у подростков привело к разработке мази для лечения атопического хейлита у пациентов с зубочелюстными аномалиями, состоящий из лекарственных растений в качестве активного вещества и вазелин-ланолиновой смеси (8: 2) в качестве основы, которая обладает выраженным антимикробным, ранозаживляющим и кератопластическое действие, а также способствует сокращению сроков лечения.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, атопический хейлит, дети, мазь.

The purpose of the study is to develop and put into practice ointments for the treatment of atopic cheilitis in adolescents with dentoalveolar anomalies.

Materials and methods. Dental examination of 139 adolescents aged 12 to 15 years was performed. Of these, 67 boys and 72 girls. The prevalence of dental anomalies and the need for their treatment were determined, the prevalence of red lip disease.

Results. As a result of the survey, the prevalence of lip diseases was diagnosed in 23.8%, and cheek bites were found in 3.9% of adolescents. Atopic cheilitis was diagnosed quite often – 13.4% of the surveyed, meteorological cheilitis 9.8%, 2.9% of older children had chronic lip cracks and 0.7% had papillomas, retinal cysts, cracks in the corners of the mouth. Patients diagnosed with dental anomalies and atopic cheilitis complained of dryness and burning of the mouth, pain when opening the mouth, talking, eating, the skin in the corners of the mouth was swollen, covered with scales, hyperemic, cracks. An ointment for the treatment of atopic cheilitis was developed and tested.

Conclusions. The study of the prevalence of dental anomalies, the need for their treatment, the prevalence of cheilitis in adolescents led to the development of ointments for the treatment of atopic cheilitis in patients with dental anomalies, consisting of medicinal plants as the active substance and Vaseline-lanolin mixture as 8:2, which has a pronounced antimicrobial, wound healing and keratoplastic effect, and also helps to reduce treatment time.

Key words: dentoalveolar anomalies, atopic cheilitis, children, ointment.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Відомості про авторів

Мельник Володимир Семенович – к.мед.н., доцент, зав. кафедри дитячої стоматології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; Ужгород, Україна, 88000, вул. Університетська, 16а.
+380 (50) 606-36-04, volodymyr.melnyk@uzhnu.edu.ua.

Горзов Людмила Федорівна – к.мед.н., доцент, доцент кафедри дитячої стоматології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; Ужгород, Україна, 88000, вул. Університетська, 16а.
+380 (50) 762-61-29, liudmyla.horzov@uzhnu.edu.ua.

Білишук Любов Миколаївна – к.мед.н., доцент кафедри дитячої стоматології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; Ужгород, Україна, 88000, вул. Університетська, 16а.
+380 (95) 086-91-98, liubov.bilyshuk@uzhnu.edu.ua.

Зомбор Катерина Володимирівна – к.мед.н., доцент кафедри дитячої стоматології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; Ужгород, Україна, 88000, вул. Університетська, 16а.
+380 (50) 901-59-05, kateryna.zombor@uzhnu.edu.ua.

Ратушний Руслан Ігорович – аспірант кафедри ортопедичної стоматології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; Ужгород, Україна, 88000, вул. Університетська, 16а.
+380 (68) 203-31-91, rus.ratus.rus@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201473
УДК 616.3-008.1-083.2-084

Савицький Я.М., Швидкий Я.Б., Бичков М.А.

Особливості раціонального харчування пацієнтів з функціональними розладами травного каналу

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

savycky.yaroslav@gmail.com, shvydkyyjarko@gmail.com, koloboc2000@gmail.com

Савицький Я.М., Швидкий Я.Б., Бичков М.А.

Особенности рационального питания пациентов с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта

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

Savytsky Ya.M., Shvydkyy Ya.B., Bychkov M.A.

Features of rational nutrition of patients with functional disorders of the digestive canal

Danylo Halytskyi National Medical University, Lviv, Ukraine

Проблема функціональних захворювань органів травлення в останні роки набуває все більшої актуальності, що обумовлено великою поширеністю цієї патології і пов'язаними з нею чисельними проблемами. Кожен другий мешканець нашої планети страждає такими захворюваннями, як невиразкова диспепсія, дисфункція жовчовивідних шляхів, синдром подразненого кишківника, які значно обмежують соціальну і трудову діяльність. У всьому світі на діагностику і лікування функціональних захворювань шлунково-кишкового каналу щорічно витрачаються сотні мільйонів доларів. У цей же час багато лікарів відносяться до цієї патології як до несуттєвої і такої, що не потребує лікування [1].

Функціональні розлади травного каналу – це різноманітні комбінації хронічних та/або рецидивуючих симптомів, які часто свідчать про порушення рухової функції та чутливості шлунково-кишкового каналу [5,8]. Не несучи загрози для життя, вони суттєво погіршують його. Найчастіше функціональні захворювання діагностують в осіб молодого працездатного віку (20–45 років). Це спричиняє великі економічні збитки для суспільства, оскільки поширеність диспептичних скарг серед дорослого населення досягає 45%, однак за медичною допомогою звертаються лише близько 25% пацієнтів [5].

Римські критерії IV перегляду, які були опубліковані у травні 2016 року, узагальнили світовий досвід лікування пацієнтів із функціональними розладами травного каналу. Цей документ – це погоджувальний консенсус, створений міжнародною групою експертів в області гастроентерології. Власне в основу Римських IV критеріїв покладені результати останніх фундаментальних досліджень, присвячених вивченню механізмів формування патологічних симптомів, а також дані численних клінічних досліджень, які вивчали фактори ризику, клінічні прояви та ефективність різних терапевтичних підходів при функціональних захворюваннях травного каналу [2,8].

На сьогодні функціональні розлади органів травлення визнані самостійною нозологічною формою і розглядаються як психосоціальні захворювання. Наразі сформована нова біопсихосоціальна модель функціональних захворювань травного каналу, яка включає кілька детермінант: порушення моторики, до яких часто приєднуються зміни секреторної та всмоктувальної функцій, вісцеральна гіперчутливість, порушення стану мікрофлори шлунково-кишкового каналу, зміна мукозального імунітету та запального потенціалу слизової оболонки. Принципово новим у цій концепції є фактор мукозального гомеостазу, під яким розуміють здатність слизової оболонки забезпечувати свою стабільність. Крім того, біопсихосоціальна модель розглядає деякі інфекційні та неінфекційні фактори як коморбідні функціональні розлади травного каналу, тому важливим компонентом курації цих пацієнтів є виявлення та усунення цих чинників. Основними в їх патогенезі вважають порушення моторної функції та вісцеральної чутливості, проте до них часто приєднуються зміни секреторної, всмоктувальної функцій, мікрофлори травного каналу та запального потенціалу слизової оболонки [5].

Новими Римськими критеріями запропоновано виділяти легку, помірну і важку ступінь вираженості функціональних захворювань травного каналу. Згідно статистичних даних слабковиражені симптоми зустрічаються у 40% пацієнтів, які, як правило спостерігаються у сімейних лікарів. Помірна симптоматика виявляється приблизно у 30-35% пацієнтів з функціональними порушеннями органів травлення, зазвичай у цих осіб симптоми призводять до зниження соціальної активності і якості життя. Важка ступінь вираженості симптомів діагностується у 20-25% хворих з функціональними розладами шлунково-кишкового каналу, і в цих випадках пацієнти відмічають значне зниження якості життя, соціальної активності, обмеження професійної реалізації, внутрішньосімейні конфлікти. Такі

випадки характеризуються рефрактерністю до лікування і потребують активної участі тандему спеціалістів: гастроентеролога, психотерапевта і/або психіатра [2,8].

Окремий розділ Римських критеріїв IV перегляду присвячений функціональній диспепсії (ФД), яка згідно даних світової статистики є досить поширеним діагнозом, який встановлюють сімейні лікарі за результатами первинного огляду пацієнтів. Так, у країнах Західної Європи частота синдрому ФД серед дорослого населення коливається від 25-28% до 43-52%. Результати популяційних досліджень вказують на те, що симптоми ФД частіше зустрічаються серед жінок (55-60%), ніж серед чоловіків (40-45%). При цьому тільки в 33-40% випадків диспептичні прояви пов'язані з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового каналу («органічна диспепсія»), а в 60-67% виставляється діагноз ФД. Незважаючи на таку поширеність у популяції, до цього часу існують труднощі у верифікації діагнозу, що лежить в основі недостатньої ефективності проведеної терапії [4,7].

В Україні поширеність ФД становить 30-40%, однак насправді кількість пацієнтів може бути більшою, оскільки багато осіб з диспептичними скаргами до лікаря не звертаються, а у звітах лікарів загальної практики домінує діагноз «хронічний гастрит», неправомірний без гістологічного дослідження біоптатів, яке здебільшого не проводять [6].

Серед можливих факторів ризику, що призводять до виникнення ФД розглядають спадковість, порушення моторної функції шлунково-кишкового каналу,

інфікованість гелікобактерною інфекцією, психосоціальні чинники. Певне значення також мають зловживання алкогольними напоями, міцною кавою та харчовими продуктами, які викликають порушення процесу травлення [6,9].

Власне варто пам'ятати наскільки велике значення для організму людини має склад раціону, а також кількість і якість продуктів, з яких готуються страви. І якщо деякі з чинників змінити не можна, то характеристики продуктів харчування можуть бути на 100% контрольованими. На жаль, на сьогодні відмічається недостатня інформованість пацієнтів з функціональними розладами органів травлення щодо принципів раціонального харчування та ролі харчових продуктів у формуванні здоров'я.

Харчування слід розглядати не лише як індивідуальний елемент забезпечення повноцінного життя та здоров'я кожної людини, а також як важливу складову громадського здоров'я. Раціональне харчування – це фізіологічно повноцінне харчування, яке забезпечує організм людини оптимальною кількістю поживних речовин та енергії відповідно до норм фізіологічних потреб організму людини із врахуванням статі, віку, фізичного навантаження, для характеру хвороби та її перебігу та інших факторів [3].

Підставою їжі (живлення) завжди є забезпечення організму поживними речовинами необхідними для його належного функціонування та розвитку. Дієтичні рекомендації для пацієнтів з функціональними розладами шлунково-кишкового тракту наведено у таблиці.

Таблиця. Загальні харчові рекомендації при функціональній диспепсії

	Рекомендовані продукти	Продукти, які необхідно обмежувати	Протипоказані продукти
Напої	Ферментовані молочні напої (йогурти, кефіри), кава зі збіжжя, соки фруктових-овочеві, негазована вода, трав'яні чаї, ройбуш	Чай чорний, червоний, зелений	Какао, питний шоколад, кава, алкоголь, газовані напої
Випічка	Черства ясна пшенична на натуральній заквасці	Мішана пшенично-житня, черства	Житня, свіжа, непросіяна
Додатки (доповнення)	Масло, пасти наприклад з авокадо, яєчні, з соняшника, рибні і тому подібні, паштети з індики, кролика, телятини без консервантів і смакових добавок	Нежирний сирок без добавок, лагідні сири доброї якості, джеми натуральні солоджені, лагідні різновидності меду (липовий, багатоцвітовий)	М'ясні продукти промислово перероблені копченості, консерви м'ясні, сосиски, топлени сири, пікантні жовті сири, смалець, тельбухи
Супи і соуси	Суп на виварі овочевому, з добавкою доброї якості рослинної олії, без забілювання і загущення мукою, соуси на овочевих виварах, загущені меленим льняним сім'ям, соуси трав'яно-йогуртові	Супи і соуси на виварах з м'яса індики або кролика	Жирні юшки на м'ясних виварах, з засмажками, бульйони, розсіл, зупи і соуси в порошок, пікантні, забілені і загущені мукою
Додатки	Макарони пшеничні, рисові, кукурудзяні, каші пшоняна, ячмінна, гречана непалена, лобода, амарант, рис повнозернистий	Палена каша гречана, сочевиця червона і зелена, квасоля мунг (mung)	Квасоля Ясько, горох, чечевиця, квасоля чорна і червона, картопля фрі
М'ясо	Індик, кролик, телятина	Курятина	Воловина, свинина, баранина, качка, гуска,

			м'яса мариновані промислово
Риби і дари моря	Форель, тріска, судак, сардини, оселедець	Лосось у невеликих кількостях, щука, ментай, шпроти, тунець, креветки	Панга, риба масляна, акула, вугор, палтус, консерви рибні
Жири	Масло, олія холодного віджиму ріпакова, льняна, з кісточок винограду нерафінована, оливкова олія	Сметана нежирна	Смалець, сало, бекон, маргарин, жирна сметана
Овочі	Морква, буряк, шпинат, гарбуз, петрушка, листовка капуста, селера, помідор, картопля	Цвітна капуста, капуста, броколі, часник у невеликих кількостях як добавка до страв, перець тушкований	Цибуля, пори, сирі огірки, щавель, гриби, редиска
Фрукти	Яблука варені і печені, персики, ягоди, ожина, виноград, малина, лимони, авокадо, ананаси, гранати, мигдаль	Горіхи, сухофрукти без сірки	Черешня, вишня, агрус, груша, слива, мариновані фрукти, промислові фруктові переробки
Десерти	Кисіль і муси фруктові домашнього приготування	Пудинги, фруктові желе	Кондитерські вироби, тістечка, халва, шоколад, батончики, вафлі, цукерки, желейки, чіпси, палочні, крекери
Приправи	Цукор коричневий нерафінований, справжній ванілін, сік з лимона, петрушка, кріп, імбир, базилік, аніс, майоран, чебрець, розмарин, орегано, духмяний перець, лавровий лист, любчик, куркума, гірчиця	Каррі, масала, перець солодкий, перець духмяний	Перець чорний, гострий перець, чілі, хрін, гірчиця, маггі, вегета та інші приправи зі смаковими добавками і великою кількістю солі

Золоті правила дієтотерапії при функціональній диспепсії

1. Не запивати їжі, коли їсте.
2. Не спішити під час їжі, добре пережувувати їжу.
3. Не наїдатися до сита.
4. Не їсти, коли ти збуджений і знервований.
5. Не їсти, коли не голодний.
6. Їсти часто (мінімум 5 разів на день), маленькими порціями.
7. Уникати їжі консервованої з високим ступенем переробки продуктів харчування.
8. Уникати солодких напоїв, а також газованих і консервованих, алкоголю і нікотину.
9. Обмежити споживання солодощів, смаженої жирної їжі до мінімуму.
10. Бути фізично активним, оскільки фізичні вправи допомагають травленню.

Ці принципові звички слід розглядати в якості загальних керівних принципів для модифікації дієти при лікуванні функціональної диспепсії. Індивідуальні рекомендації необхідно обов'язково проводити з лікарем.

Природні способи підтримки боротьби з симптомами функціональної диспепсії

ЛИМОННИЙ СІК – зменшує симптоми розладу шлунка, має антибактеріальну дію, допомагає видалити шкідливі речовини зі шлунка. Можна пити на голодний шлунок склянку негазованої води з соком половини лимона. Лимонний сік з невеликою кількістю оливкової олії, соку алое і джерельної води випитий на голодний шлунок запобігає запорам і покращує травлення.

ВИНОГРАД – заспокоює симптоми розладу шлунка і подразнення слизової оболонки шлунка.

АНАНАС – ананасовий сік знімає симптоми розладу шлунка. Стакан натурального соку слід пити після їжі.

ГРАНАТ – гранатовий сік з чайною ложкою меду допомагає з симптомами розладу шлунка, що супроводжуються запамороченням. Насіння плодів можуть бути використані для посилення роботи травного каналу.

МОРКВА – прожовування цього овочу збільшує секрецію слини і прискорює травлення, забезпечуючи вітамінами і мінералами.

М'ЯТА – сік з м'яти з лимонним соком і чайною ложкою меду створює суміш помічну при здутті і поліпшує травлення.

АНІС – зменшує симптоми розладу шлунка. Можна пити настій з анісу з незначною кількістю меду.

ІМБИР – знімає симптоми, пов'язані з підвищеною кислотністю, покращує травлення. Можна використовувати як пряність або пити трав'яний чай зі свіжим імбиром з незначною кількістю меду.

Таким чином, підсумовуючи все вищесказане можна зробити наступні **висновки**:

1. Функціональні розлади шлунково-кишкового каналу є однією з найбільш актуальних і важливих проблем сучасної гастроентерології.

2. Застосування раціонального харчування у таких пацієнтів допоможе знизити рівень захворюваності завдяки своїй профілактичній дії та прискорити одужання за рахунок збалансованого складу продуктів.

Література

1. Вдовиченко В.І., Бичков М.А., Денисюк Я.С. Функціональні захворювання органів травлення у світлі Римських III критеріїв. – Львів, 2010. – 105 с.
2. Маев И.В., Дичева Д.Т., Щегланова М.П. и др. Функциональная диспепсия в свете Римских критериев IV пересмотра (2016 г.). Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium Medicum, 2016, 2: 5-10.
3. Основи харчування: підручник / М.І. Кручаниця, І.С. Миронюк, Н.В. Розумикова, В.В. Кручаниця, В.В. Брич, В.П. Кіш. – Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2019. – 252 с.
4. Палій І.Г. Функціональна диспепсія: сучасні уявлення про механізми виникнення й тактику ведення пацієнтів. Практикуючий лікар. 2013; 3:25-30.
5. Палій І.Г., Заїка С.В., Ткачук І.В. Діагностика функціональних розладів стравоходу в контексті Римських критеріїв IV перегляду. Укр. мед. часопис. 2019; 3 (131): 1-4.
6. Свінцицький А.С. Функціональна диспепсія: сучасні засади діагностики та лікування. Львівський клінічний вісник. 2013; 1(1): 47-53.
7. Сірчак Є.С. Функціональна диспепсія у призмі Римських критеріїв IV. Здоров'я України. Тематичний номер «Гастроентерологія». 2016; 6-7.
8. Drossman D. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. Gastroenterol. 2016; 150(6): 1262–1279.
9. Oshima T. Genetic factors for functional dyspepsia. J. Gastroenterol. Hepatol. 2011; 26(3): 83-87.

References

1. Vdovychenko V.I., Bychkov M.A., Denysyuk YA.S. Funktsional'ni zakhvoryuvannya orhaniv travlennya u svitli Ryms'kykh III kryteriyiv. – L'viv, 2010. – 105 s.
2. Maev Y.V., Dycheva D.T., Shcheglanova M.P. y dr. Funktsyonal'naya dyspepsiya v svete Rymskykh kryteryev IV peresmotra (2016 h.). Nastroénterolohyya. Prylozhenye k zhurnalu Consilium Medicum, 2016, 2: 5-10.
3. Osnovy kharchuvannya: pidruchnyk / M.I. Kruchanytsya, I.S. Myronyuk, N.V. Rozumykova, V.V. Kruchanytsya, V.V. Brych, V.P. Kish. – Uzhhorod: Vyd-vo UzhNU «Hoverla», 2019. – 252 s.
4. Paliy I.H. Funktsional'na dyspepsiya: suchasni uyavlennya pro mekhanizmy vynyknennya y taktyku vedennya patsiyentiv. Praktykuyuchy lykar. 2013; 3:25-30.
5. Paliy I.H., Zayika S.V., Tkachuk I.V. Diahnostyka funktsional'nykh rozladiv stravokhodu v konteksti Ryms'kykh kryteriyiv IV perehlyadu. Ukr. med. chasopys. 2019; 3 (131): 1-4.
6. Svintsits'kyu A.S. Funktsional'na dyspepsiya: suchasni zasady diahnostryky ta likuvannya. L'vivs'kyu klinichnyy visnyk. 2013; 1(1): 47-53.
7. Sirchak YE.S. Funktsional'na dyspepsiya u pryzmi Ryms'kykh kryteriyiv IV. Zdorov'ya Ukrayiny. Tematychnyy nomer «Nastroenterolohiya». 2016; 6-7.
8. Drossman D. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. Gastroenterol. 2016; 150(6): 1262–1279.
9. Oshima T. Genetic factors for functional dyspepsia. J. Gastroenterol. Hepatol. 2011; 26(3): 83-87.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.03.2020 р.

В останні роки особливої актуальності набуває проблема функціональних захворювань шлунково-кишкового каналу завдяки значній поширеності даної патології в світі і в Україні зокрема.

Метою даної роботи було висвітлити окремі моменти раціонального харчування пацієнтів з функціональною диспепсією.

Наведено дані стосовно поширеності функціональних захворювань шлунково-кишкового каналу. Розглянуті можливі ланки патогенезу такої патології. Особливу увагу приділено основним продуктам харчування у хворих на функціональну диспепсію та їх дії на органи травлення. Представлені рекомендовані продукти та ті, які необхідно обмежити при функціональних захворюваннях органів травлення. Виділено заборонені продукти при функціональній диспепсії. Розглянуті прості природні способи усунення симптомів функціональної диспепсії. Наведені золоті правила дієтотерапії при функціональній диспепсії. Зроблено висновок, що застосування раціонального харчування у таких пацієнтів допоможе суттєво знизити рівень захворюваності завдяки своїй профілактичній дії та прискорити одужання за рахунок збалансованого складу продуктів.

Ключові слова: функціональні розлади травного каналу, раціональне харчування.

В последние годы особую актуальность приобретает проблема функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта благодаря значительной распространенности данной патологии в мире и в Украине в частности.

Целью данной работы было осветить отдельные моменты рационального питания пациентов с функциональной диспепсией.

Приведены данные о распространенности функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Рассмотрены возможные звенья патогенеза такой патологии. Особое внимание уделено основным продуктам питания у больных функциональной диспепсией и их воздействия на органы пищеварения. Представленные рекомендуемые продукты и те, которые необходимо ограничить при функциональных заболеваниях органов пищеварения. Выделены запрещенные продукты при функциональной диспепсии. Рассмотрены простые естественные способы устранения симптомов функциональной диспепсии. Приведены золотые правила диетотерапии при функциональной диспепсии. Сделан вывод, что применение рационального питания у таких пациентов поможет существенно снизить уровень заболеваемости благодаря своей профилактической действия и ускорить выздоровление за счет сбалансированного состава продуктов.

Ключевые слова: функциональные расстройства пищеварительного тракта, рациональное питание.

In recent years, the problem of functional diseases of the gastrointestinal duct has become especially topical because of the high prevalence of this pathology in the world and in Ukraine particular.

The purpose of this work was to highlight some of the nutritional considerations of patients with functional dyspepsia.

It was shown the data of the prevalence of functional diseases of the gastrointestinal canal. Possible links of pathogenesis of such pathology are considered. Particular attention is given to the main foods in patients with functional dyspepsia and their effects on the digestive system. Recommended products are presented and those that need to be restricted in functional diseases of the digestive system. Prohibited products in functional dyspepsia are discussed. Simple natural ways of eliminating symptoms of functional dyspepsia are considered. The golden rules of diet therapy for functional dyspepsia are given. It is concluded that the use of diet in such patients will significantly reduce the incidence of disease due to its preventive action and accelerate recovery through balanced composition of products.

Key words: functional disorders of the digestive canal, rational nutrition.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Відомості про авторів

Савицький Ярослав Михайлович – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри хірургії та ендоскопії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.
+380 (67) 963-00-16, savycky.yaroslav@gmail.com.

Швидкий Ярослав Богданович – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри хірургії та ендоскопії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.
+380 (97) 228-21-99, shvydkuyjarko@gmail.com.

Бичков Микола Анатолійович – доктор медичних наук, професор, професор кафедри терапії № 1, медичної діагностики та гематології і трансфузіології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.
+380 (32) 233-33-43, +380 (50) 375-30-44, koloboc2000@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201475
УДК 616.-008.9-06:616.12-008.331.1-085

Черкун М.П., Катеренчук І.П.

Інформованість міських і сільських жителів про фактори ризику гіпертонічної хвороби як передумова прихильності до лікувально-профілактичних заходів

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

ikaterenchuk@ukr.net

Черкун М.П., Катеренчук І.П.

**Информированность городских и сельских жителей
о факторах риска гипертонической болезни
как предпосылка приверженности
к лечебно-профилактическим мероприятиям**
Украинская медицинская стоматологическая академия,
г. Полтава, Украина

Cherkun M.P., Katerenchuk I.P.

**Awareness of urban and rural inhabitants
about to hypertension risk factors as a prerequisite
for better compliance to therapeutic
and preventive measures**
Ukrainian Medical Stomatological Academy,
Poltava, Ukraine

Вступ

Згідно з даними епідеміологічних досліджень, що проводились на території України, гіпертонічна хвороба (ГХ) обумовлює високий рівень смертності населення України. Поширеність ГХ у міського та сільського населення України станом на 2010 рік становила 29,6 % та 36,3%, а досягнення цільових значень артеріального тиску (АТ) 15,0% та 8,0% відповідно [1,6]. Всесвітньою організацією охорони здоров'я в 2013 році було затверджено стратегію профілактики хронічних неінфекційних захворювань на період 2013-2020 років. Основою даної стратегії стала резолюція ВООЗ № 66.10 щодо запобігання виникненню та прогресуванню серцево-судинних захворювань (ССЗ), шляхом впливу на фактори ризику (ФР) та розробка механізмів їх контролю (так звана «концепція факторів ризику»). Відомо, що основними коригованими факторами ризику, які стали головною метою даної стратегії ВООЗ, є вживання алкоголю, паління, надлишкова маса тіла (та/або ожиріння), низький рівень фізичної активності, нездорове харчування [2,6].

Прихильність до лікування – це ступінь відповідності поведінки хворого відносно рекомендацій, отриманих від лікаря у відношенні прийому препаратів, дотримання дієти та інших заходів щодо зміни стилю життя.

Прихильність до прийому лікарських препаратів – це здатність пацієнта виконувати рекомендації лікаря у відношенні прийому препаратів та вживання лікарських засобів протягом невизначено тривалого часу [3]. Збільшення рівня прихильності до лікування шляхом підвищення інформованості сільського та міського населення щодо основних коригованих ФР залишається провідним завданням сьогодення, що забезпечує сприятливий прогноз результатів терапії. Неабиякої актуальності це завдання набуває у хворих на хронічні

неінфекційні захворювання з коморбідним перебігом, лікування яких є тривалим і в переважній більшості випадків триває все життя [5]. Найбільш часто використовуваним опитувальником, за допомогою якого уже протягом останніх 40 років доволі успішно визначають рівень прихильності до лікування є опитувальник Morisky–Green (MMAS-8) [9]. Згідно результатів тримісячного спостереження за лікуванням пацієнтів з артеріальною гіпертензією різних міст України в рамках програми «Можливості ефективного контролю артеріального тиску за допомогою вітчизняних ліків», до якого увійшло 10 158 пацієнтів, було встановлено зворотну кореляційну залежність між прихильністю до лікування та наявністю коригованих факторів ризику ГХ. За встановленого низького та середнього рівня комплаєнтності, прослідковувалася тенденція до тютюнопаління, зловживання алкоголем ($P < 0,001$), традиційного вживання солоні їжі та гіподинамії. Серед пацієнтів, які дотримувалися здорового способу життя, вживали щоденно свіжі овочі та фрукти, займалися фізичними вправами (5-6 разів на тиждень загальною тривалістю більше 10 годин на тиждень), мали вищу освіту та працювали визначався високий рівень прихильності до лікування, який асоціювався з досягненням цільових рівнів АТ [7,8]. Серед населення Полтавської області також прослідковується переважання низького та середнього рівня прихильності до корекції факторів ризику та медикаментозного лікування ГХ [4]. Цільовий рівень АТ (нижче 140/90 мм рт.ст. та 130/80 мм рт.ст. при наявності супутнього ЦД) визначається у 15,4% пацієнтів віком 40-60 років, тоді як науковці Європейських країн та провідні наукові та лікувальні заклади України надають дані про досягнення цільового рівня АТ у 20% хворих.

Мета дослідження – визначити значимість інформованості міських та сільських жителів Полтавської області про фактори ризику артеріальної гіпертензії та її

вплив на прихильність до лікувально-профілактичних заходів, а також визначити переважання факторів ризику розвитку та прогресування гіпертонічної хвороби в залежності від територіальної приналежності пацієнтів.

Матеріали та методи

У дослідження включено 149 хворих віком від 22 до 85 років, які лікувалися на базі Полтавського обласного медичного клінічного кардіоваскулярного центру у період з січня 2019 року по лютий 2020 року. Жителів сільської місцевості було 66 чол. (44,0%) та жителів міста – 83 чол. (56,0%). Всі пацієнти були розподілені на 3 групи: перша – з ізольованим перебігом артеріальної гіпертензії; друга з поєднаним перебігом ГХ та ішемічної хвороби серця; третя група – з коморбідним перебігом ГХ, ішемічної хвороби серця (ІХС) та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу. Кожну з цих груп було поділено на 2 підгрупи в залежності від територіальної приналежності: жителі сільської та міської місцевості. До першої групи увійшло 43 (28,9%) пацієнтів з ізольованим перебігом ГХ, серед яких чоловіків було 25 (58,0%), жінок – 18 (42,0%). Середній вік сільських жителів склав $48,6 \pm 2,9$ років, міських жителів $51,6 \pm 2,6$ років. Частка сільських жителів даної групи склала 18 (41,8%), міських – 25 (58,2%). До другої групи включено 68 (45,6%) пацієнтів з поєднаним перебігом ГХ та ІХС, серед яких чоловіків було – 27 (39,7%), жінок – 41 (60,3%). Середній вік сільських пацієнтів даної групи склав $57 \pm 1,7$ років, міських пацієнтів – $58,4 \pm 1,5$ років. Частка сільських жителів даної групи склала 34 (50,0%), міських – 34 (50,0%). Третю групу склали пацієнти з коморбідним перебігом ГХ, ІХС та ЦД 2 типу – 38 (25,5%), серед яких чоловіків було 18 (47,4%), жінок – 20 (52,6%). Частка сільських жителів даної групи склала 14 (36,8%), міських – 24 (63,2%). Середній вік сільських пацієнтів склав $66,3 \pm 1,9$ років, міських – $67 \pm 1,7$ років.

Проаналізовано інформованість всіх пацієнтів щодо основних коригованих факторів ризику виникнення та прогресування ГХ. Рівень прихильності до прийому антигіпертензивних препаратів було оцінено шляхом використання опитувальника Моріски-Грін, що включав в себе 8 запитань (MMAS-8), кожне з яких відповідає 1 балу. Високий рівень прихильності присвоювався пацієнтам, котрі набрали 8 балів, середній рівень прихильності – пацієнтам, що отримали 6-7 балів та низький рівень прихильності – пацієнтам, що набрали менше 6 балів [3]. Аналіз ефективності антигіпертензивної терапії визначався шляхом досягнення цільових значень АТ для кожної з порівнюваних груп. Встановлення зв'язку між інформованістю до факторів ризику, прихильністю до лікування та досягнення ефективного контролю було досягнуто за допомогою статистичної обробки даних програмою Microsoft Excel 2010 на базі MS Windows 10. Оцінка статистичної значущості результатів проводилася за методом (χ^2) Пірсона.

Результати дослідження та їх обговорення

Сільські жителі з ізольованим перебігом ГХ (група порівняння) виявились достатньо інформованими щодо основних коригованих факторів ризику виникнення та прогресування ГХ. Серед пацієнтів цієї групи показник інформованості сільських жителів склав 72,2% випадків, серед міських жителів інформованість склала 80,0%. Серед сільських жителів з поєднаним перебігом ГХ та ішемічної хвороби серця (ІХС) інформованість склала відповідно серед сільських жителів 58,8% та 85,3% серед жителів міста. У групі з коморбідним перебігом ГХ з ІХС та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу інформованість серед сільських та міських жителів склала відповідно 57,1% та 83,3%. Порівняно висока інформованість сільських жителів з ізольованим перебігом ГХ ніж з коморбідним перебігом тісно пов'язана з віком пацієнтів. У першому випадку середній вік пацієнтів склав $48,6 \pm 2,9$ років у другому $61,5 \pm 1,8$ років. Жителі міста кожної групи є більш інформованими щодо основних коригованих факторів ризику, ніж сільські жителі ($p > 0,005$).

Найбільш поширеними основними коригованими факторами ризику ГХ серед сільської популяції є: недотримання принципів здорового харчування (у 70,6%), ожиріння (при чому переважно II-III ступеня) (у 54,4%); серед міської популяції: зловживання алкоголем (у 47,1%), надлишкова маса тіла (у 34,2%) та низький рівень фізичної активності (у 47,1%). Тютюнопаління в обох популяційних групах сягало 10,0%, статистичної різниці не виявлено ($p > 0,05$).

Надлишкова маса тіла у контрольній групі сільського населення визначалася у 16,7%, ожиріння у 77,8%, зловживають алкоголем 38,9%, мають низький рівень фізичної активності (заняття регулярною фізичною активністю менше 5-6 разів на тиждень) 29,9%, не дотримувалися здорового харчування (щоденно не вживали свіжі овочі та фрукти, зловживали солоною їжею) 100% пацієнтів. У аналогічній групі міського населення кориговані фактори ризику відзначались наступним чином: надмірна маса – 29,2%, ожиріння – 45,8%, зловживання алкоголем – 62,5%, низький рівень фізичної активності – 39,2%, не дотримувалися здорового харчування – 91,7% хворих.

Серед сільських жителів з поєднаним перебігом ГХ та ішемічної хвороби серця (ІХС) надлишкову масу мали 26,5% пацієнтів, ожиріння – 61,8%, зловживання алкоголем – 38,2%, низьку фізичну активність – 31%, нездорове харчування у 88,2%. У жителів міста з такою ж патологією дані показники склали: надлишкова маса тіла – 44,1%, ожиріння – 44,1%, зловживали алкоголем 41,2%, низька фізична активність – 44,2%, нездорове харчування 85,3%.

У групі з коморбідним перебігом ГХ з ІХС та ЦД 2 типу серед жителів сільської місцевості надлишкову масу мали 17,6% пацієнтів, ожиріння – 23,5%. У жителів міста з такою ж патологією дані показники склали 29,2% та 62,5% відповідно, при чому дана категорія пацієнтів близько у 50% випадків дотримувалася обмежень у вживанні вуглеводів, солі та щоденно споживали свіжі овочі та фрукти. Результати представлені в таблиці 1.

Таблиця 1. Фактори ризику у пацієнтів порівнюваних груп

Кориговані фактори ризику	Групи хворих					
	I		II		III	
	Сільські жителі	Міські жителі	Сільські жителі	Міські жителі	Сільські жителі	Міські жителі
Вживання алкоголю (%)	38,9	62,5	38,2	41,2	11,8	37,5
Паління (%)	0	25	17,6	5,9	0	4,2
Надлишкова маса тіла (%)	16,7	29,2	26,5	44,1	17,6	29,2
Ожиріння (%)	77,8	45,8	61,8	44,1	23,5	62,5
Низький рівень фізичної активності (%)	29,9	39,2	31	44,2	30,1	57,9
Нездорове харчування (%)	100	91,7	88,2	85,3	23,5	54,2

Аналіз отримуваної антигіпертензивної терапії даних пацієнтів показав, що найбільш вживаною групою препаратів були інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту та блокатори ангіотензинових рецепторів (сартани) (ці препарати в переважній більшості були призначені в складі комбінованих препаратів, до яких входив і діуретик). Наступними за частотою призначення були бета-адреноблокатори. Щодо жителів сільської місцевості, частіше прослідковувалось застосування антигіпертензивних препаратів центральної дії – 10,6% та 4,7% випадків відповідно. За ізольованого перебігу ГХ незалежно від територіальної приналежності, пацієнти досягали цільових рівнів АТ, використовуючи лише один

комбінований препарат, у деяких випадках 2 препарати. Тоді як в разі коморбідного перебігу ГХ з ІХС та ЦД 2 типу застосовувалось три а інколи і чотири таблетовані форми препаратів. Також у жителів міста третьої групи застосовувалась антигіпертензивна терапія із залученням всіх груп препаратів основної лінії в однаковій кількості, задля досягнення цільового рівня АТ, що говорить про більш стійкий перебіг ГХ у даної групи пацієнтів. Застосування трьох і більше таблетованих препаратів антигіпертензивної терапії зворотно корелювало із прихильністю до АГТ ($p < 0,05$). Результати відображені в таблиці 2.

Таблиця 2. Прихильність до лікування у сільських та міських жителів порівнюваних груп

Прихильність до лікування	Групи хворих					
	I		II		III	
	Сільські жителі	Міські жителі	Сільські жителі	Міські жителі	Сільські жителі	Міські жителі
Висока	2 (11,1%)	3 (12,0%)	5 (14,7%)	6 (17,6%)	1 (7,1%)	2 (8,3%)
Середня	5 (27,8%)	5 (20,0%)	8 (23,5%)	9 (26,5%)	4 (28,6%)	3 (12,5%)
Низька	11 (61,1%)	17 (68,0%)	21 (61,8%)	19 (55,9%)	9 (64,3%)	19 (79,2%)

Перспективи подальшого розвитку в даному напрямку

Проведення подальших досліджень у зазначеному напрямку сприятиме розробці цілеспрямованих заходів профілактики артеріальної гіпертензії у різних вікових та гендерних групах, у міських та сільських жителів та на різних стадіях і ступенях артеріальної гіпертензії. Одночасно, результати досліджень сприятимуть оптимізації терапії та зменшенню кардіоваскулярного ризику у пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

Висновки

У міських та сільських жителів виявлено достовірну різницю у переважанні впливу факторів ризику гіпертонічної хвороби на пацієнтів, як передумову виникнення і прогресування гіпертонічної хвороби. Інформованість сільських і міських жителів щодо несприятливого впливу факторів ризику як при ізольованому перебігу гіпертонічної хвороби, так і при її коморбідному перебігу формує прихильність до проведення лікувально-профілактичних заходів та тривалого прийому антигіпертензивних препаратів.

Література

1. Горбась І.М. Епідеміологічні та медико-соціальні аспекти артеріальної гіпертензії / І.М. Горбась // Укр. кардіол. журн. - 2010. - Додаток 1. - С. 16-21.

2. Гулич М.П. Стратегія ВООЗ щодо профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними: сучасні аспекти реалізації програми CINDI в Україні / М.П. Гулич, А. В. Кобилянська // Environment & Health. - 2010. - № 2. - С. 57-63.
3. Драпкина О.М. Первый российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации / О.М. Драпкина., М.А. Ливзан, А.И. Мартынов и соавт. // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2018.-Т. 13. - № 1-2. - С.259-271 doi – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13039>.
4. Ждан В.М. Можливості й резерви діагностики, терапії та профілактики гіпертонічної хвороби в практиці сімейного лікаря на Полтавщині / В.М. Ждан, В.П. Лисак, І.П. Катеренчук, І.Ф. Шумейко, К.С. Вакулєнко // Практикуючий лікар. - 2015. - № 2. - С. 25-28.
5. Николаев Н.А. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация / Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко, В.В. Жеребилов // Качественная клиническая практика. -2016. - №1. - С. 50-59.
6. Поширеність факторів ризику серцево-судинних захворювань в Україні: сучасний погляд на проблему // Укр. кардіол. журн. - 2018. - Додаток 1. - С. 91-101.
7. Сіренко Ю.М. Результати тримісячного спостереження за лікуванням пацієнтів з артеріальною гіпертензією лікарями загальної практики в Україні (Програма «Можливості ефективного контролю артеріального тиску за допомогою вітчизняних ліків») / Ю.М. Сіренко, Г.Д. Радченко, І.М. Марцовенко від імені учасників дослідження // Артеріальна гіпертензія. – 2009. – № 4. – С. 3–14.
8. Слащева Т.Г.. Чинники, що асоціюються зі зміною прихильності пацієнта до антигіпертензивного лікування / Т.Г. Слащева, Г.Д. Радченко, Ю.М. Сіренко, І.М. Марцовенко // Український кардіологічний журнал. - 2017. - №5. - С. 29-39.
9. Morisky D.E. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence / D.E. Morisky, L.W. Green, D.M. Levine// Med. Care. 1986; 24 (1): 67–74.

References

1. Horbas' I.M. Epidemiologichni ta medyko-sotsial'ni aspekty arterial'noyi hipertenziyi / I.M. Horbas' // Ukr. kardiolog. zhurn. - 2010. - Dodatok 1. - S. 16-21.
2. Hulych M.P. Stratehiya VOOZ shchodo profilaktyky neinfektsiynykh zakhvoryuvan' ta borot'by z nymy: suchasni aspekty realizatsiyi prohrmsy CINDI v Ukrayini / M.P. Hulych, A. V. Kobylyans'ka // Environment & Health. - 2010. - № 2. - S. 57-63.
3. Drapkyna O.M. Pervyy rossiyskiy konsensus po kolychestvennoy otsenke pryverzhennosti k lechenyyu: osnovnye polozheniya, alhorytmy y rekomendatsyy / O.M. Drapkyna., M.A. Lyvzan, A.Y. Martynov y soavt. // Medytsynskyy vestnyk Severnogo Kavkaza.- 2018.-Т. 13. -№ 1-2.-S.259-271 doi – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13039>.
4. Zhdan V.M. Mozhlyvosti y rezervy diahnostryky, terapiyi ta profilaktyky hipertonichnoyi khvoroby v praktytysi simeynoho likarya na Poltavshchyni / V.M. Zhdan, V.P. Lysak, I.P. Katerenchuk, I.F. Shumeyko, K.YE. Vakulenko // Praktykuyuchyy likar. - 2015. - № 2. - С. 25-28.
5. Nykolaev N.A. Kolychestvennaya otsenka pryverzhennosti k lechenyyu v klynycheskoy medytsyne: protokol, protsedura, ynterpretatsyya / N.A. Nykolaev, YU.P. Skyrdenko, V.V. Zherebylov // Kachestvennaya klynycheskaya praktyka. -2016. - №1. - S. 50-59.
6. Poshyrenist' faktoriv ryzyku sertsevo-sudynnykh zakhvoryuvan' v Ukrayini: suchasnyy pohlyad na problemu // Ukr. kardiolog. zhurn. - 2018. - Dodatok 1. - S. 91-101.
7. Sirenko YU.M. Rezul'taty trymsyachnogo sposterezhennya za likuvanniam patsiyentiv z arterial'noyi hipertenziyeyu likaryamy zahal'noyi praktyky v Ukrayini (Prohrama «Mozhlyvosti efektyvnoho kontrolyu arterial'noho tysku za dopomohoyu vitchyznyanykh likiv») / YU.M. Sirenko, H.D. Radchenko, I.M. Martsovenko vid imeni uchasnykiv doslidzhennya // Arterial'na hipertenziya. – 2009. – № 4. – С. 3–14.
8. Slashcheva T.H.. Chynnyky, shcho asotsiyuyut'sya zi zminoyu prykhyl'nosti patsiyenta do antyhipertenzynvnoho likuvannya / T.H. Slashcheva, H.D. Radchenko, YU.M. Sirenko, I.M. Martsovenko // Ukrayins'kyu kardiologichnyy zhurnal. - 2017. - №5. - S. 29-39.
9. Morisky D.E. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence / D.E. Morisky, L.W. Green, D.M. Levine// Med. Care. 1986; 24 (1): 67–74.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.03.2020 р.

Мета дослідження. Визначити значимість інформованості міських та сільських жителів про фактори ризику артеріальної гіпертензії та їх вплив на прихильність до лікувально-профілактичних заходів, а також визначити переважання факторів ризику розвитку та прогресування гіпертонічної хвороби в залежності від територіальної приналежності пацієнтів.

Матеріали та методи. Проаналізовано інформованість пацієнтів щодо основних коригованих факторів ризику виникнення та прогресування ГХ. Рівень прихильності до прийому антигіпертензивних препаратів було оцінено шляхом використання опитувальника Моріски-Грін. Аналіз ефективності антигіпертензивної терапії визначався шляхом досягнення цільових значень АТ для кожної з порівнюваних груп.

Результати. В залежності від територіальної приналежності виявлено достовірну різницю у переважанні впливу факторів ризику гіпертонічної хвороби на пацієнтів, як передумову виникнення і прогресування гіпертонічної хвороби. Встановлено статистично значущу залежність між територіальною приналежністю пацієнтів та інформованістю щодо основних коригованих факторів ризику. Показано, що низька прихильність до лікувально-профілактичних заходів

асоціювалася з недостатнім рівнем інформованості різних верств населення, наявністю коморбідного перебігу гіпертонічної хвороби та особливістю призначеної антигіпертензивної терапії.

Висновки. У міських та сільських жителів виявлено достовірну різницю у переважанні впливу факторів ризику гіпертонічної хвороби на пацієнтів, як передумову виникнення і прогресування гіпертонічної хвороби. Інформованість сільських і міських жителів щодо несприятливого впливу факторів ризику як при ізольованому перебігу гіпертонічної хвороби, так і при її коморбідному перебігу формує прихильність до проведення лікувально-профілактичних заходів та тривалого прийому антигіпертензивних препаратів.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, фактори ризику, прихильність до терапії.

Цель исследования. Определить значимость информированности городских и сельских жителей о факторах риска артериальной гипертензии и их влияние на приверженность лечебно-профилактических мероприятий, а также определить преобладание факторов риска развития и прогрессирования гипертонической болезни в зависимости от территориальной принадлежности пациентов.

Материалы и методы. Проанализированы информированность пациентов об основных корректируемых факторах риска возникновения и прогрессирования ГБ. Уровень приверженности к приему антигипертензивных препаратов был оценен путем использования опросника Мориски-Грин. Анализ эффективности антигипертензивной терапии определялся путем достижения целевых значений АД для каждой из сравниваемых групп.

Результаты. В зависимости от территориальной принадлежности выявлено достоверную разницу в преобладании влияния факторов риска гипертонической болезни на пациентов, как предпосылку возникновения и прогрессирования гипертонической болезни. Установлено статистически значимую зависимость между территориальной принадлежностью пациентов и информированностью об основных корректируемых факторах риска. Показано, что низкая приверженность лечебно-профилактических мероприятий ассоциировалась с недостаточным уровнем информированности различных слоев населения, наличием коморбидного течения гипертонической болезни и особенностью назначенной антигипертензивной терапии.

Выводы. В городских и сельских жителей обнаружено достоверную разницу в преобладании влияния факторов риска гипертонической болезни на пациентов, как предпосылку возникновения и прогрессирования заболевания. Информированность сельских и городских жителей по неблагоприятному воздействию факторов риска как при изолированном течении гипертонической болезни, так и при ее коморбидном течении формирует приверженность к проведению лечебно-профилактических мероприятий и длительному приему антигипертензивных препаратов.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, факторы риска, приверженность к терапии.

Aim of the study. To determine the importance of urban and rural populations awareness to the essential hypertension risk factors and their impact on the compliance to treatment and preventive measures, as well as to determine the prevalence of risk factors for the new-onset of arterial hypertension and its progression in dependence to the territorial affiliation of patients.

Materials and methods. The degree of patients' awareness about the main adjustable risk factors for the occurrence and progression of hypertension were analyzed. It was assessed using the Moriski-Green questionnaire. An analysis of the antihypertensive therapy effectiveness was based on the evaluation of the number of patients achieved target blood pressure values in each of the compared groups.

Results. Depending on the territorial affiliation, a significant difference was observed in the predominance of the hypertension adjustable risk factors between urban and rural populations, that was concerned as prerequisite for the occurrence and progression of hypertension. Statistically significant correlation was found between the territorial affiliation of patients and awareness to the main correctable risk factors. It was shown that low adherence to treatment and prophylactic measures was associated with an insufficient level of population awareness, as well, as with the presence of a hypertension comorbid clinical course and depending on prescribed antihypertensive therapy.

Conclusions. A significant difference was found in urban and rural populations in the predominance of the hypertension adjustable risk factors that is the prerequisite for the onset and progression of the disease. Awareness of rural and urban residents on the unfavourable effects of risk factors as in the form of the isolated course of hypertension and as in the form of comorbid course determines an adherence to the therapeutic and preventive measures and to the long-term use of antihypertensive drugs.

Keywords: hypertension, risk factors, adherence to the therapy.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Відомості про авторів

Черкун Маргарита Петрівна – аспірант кафедри внутрішньої медицини № 2 з професійними хворобами Української медичної стоматологічної академії; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36024, Україна.

Катеренчук Іван Петрович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 2 з професійними хворобами Української медичної стоматологічної академії; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36024, Україна.
ikaterenchuk@ukr.net.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201476
УДК 616.127-005.8:616.153.96]-07

Сідь Є.В., Кульбачук О.С.

Діагностична цінність серцевого білку, що зв'язує жирні кислоти у пацієнтів зі STEMI при зверненні за медичною допомогою

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

sidzenek@gmail.com, kulbachuk@gmail.com

Сідь Є.В., Кульбачук А.С.

Диагностическая ценность сердечного белка, связывающего жирные кислоты у пациентов со STEMI при обращении за медицинской помощью

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

Sid' E.V., Kulbachuk O.S.

Diagnostic value of heart-type fatty acid binding protein in group of patients with STEMI at the time of application for medical care

SI "Zaporizhzhia medical academy of post-graduate education Ministry of health of Ukraine", Zaporizhzhia, Ukraine

Вступ

Проблема гострого інфаркту міокарда (ГІМ) залишається однією з найбільш актуальних в сучасній кардіології. Підвищений інтерес дослідників до даної проблеми, зумовлений високою медико-соціальною значимістю цього захворювання. Актуальність ранньої діагностики ГІМ обумовлена ефективністю лікування, що залежить від часу минулого від початку клінічних проявів захворювання [1,5].

За дефініцією гострий інфаркт міокарда зі стабільним підйомом сегмента ST (STEMI) і інфаркт міокарда без підйому сегмента ST (NSTEMI) розрізняються тільки патернами гострої ішемії і некрозу міокарда на ЕКГ. У подальшому, це визначає лікувальну тактику, але не впливає на протокол діагностики ГІМ [7].

Сучасний тренд у веденні хворих з ГІМ направлений на якомога раннє застосування активних методів лікування, що вимагає максимально ранньої і точної діагностики пошкодження міокарда. Для вирішення цього завдання необхідно отримання інформації про рівні кардіомаркерів, що дозволяють ефективно проводити диференціальну діагностику у хворих з гострим коронарним синдромом (ГКС). Кращим біомаркером для виявлення пошкодження міокарда вважається серцевий тропонін I, однак його ефективність при ГІМ в перші 3–4 години від початку клінічних проявів захворювання може бути недостатньою внаслідок пізнього вивільнення [8].

Тому лікарів першого контакту, як і раніше цікавить ранній кардіальний маркер і наявність тестів на його основі. Серцевий білок, що зв'язує жирні кислоти (сБЗЖК) – кардіальний маркер який підвищується в крові до діагностичних значень вже через одну годину від початку клінічних проявів. За рахунок низької молекулярної ваги, близько 15 кДа, та вільного розташування в цитоплазмі

кардіоміоциту цей білок швидко вивільнюється в кров при ГІМ, а найбільша концентрація сБЗЖК спостерігається вже через 3 години від початку захворювання [4, 12].

Важливу роль може відігравати сБЗЖК при діагностиці ГІМ на догоспітальному етапі, так як виходячи з більшої чутливості і тканинної специфічності він має переваги для виявлення ураження міокарда протягом перших годин після початку ішемії. Однак на сьогодні чітких рекомендацій для застосування цього біомаркера немає, що потребує проведення досліджень, направлених на визначення діагностичної цінності сБЗЖК у пацієнтів з кардіальними скаргами при зверненні за медичною допомогою [6].

Мета дослідження – визначити діагностичну цінність серцевого білку, що зв'язує жирні кислоти у пацієнтів з STEMI при зверненні за медичною допомогою.

Матеріали та методи

Результати дослідження базуються на даних комплексного обстеження 447 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС): 280 хворих зі STEMI, 91 пацієнт з NSTEMI і контрольну групу склали 76 осіб зі стенокардією напруги (II і III функціонального класу по 38 обстежених). Вибірка пацієнтів проводилася у період з 2015 по січень 2018 рр. на базі КУ «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» Запорізької обласної ради. Усі 477 обстежених були порівнянні за віком, соціальним статусом і статтю (при цьому співвідношення чоловіків до жінок було 4 до 1).

Критерії включення в дослідження: пацієнти чоловічої і жіночої статі від 46 до 75 років; для жінок постменопаузальний період більше 1 року; наявність ГКС у перші 12 годин від початку захворювання; інформована згода пацієнта на участь у дослідженні.

Критерії виключення з дослідження: атріовентрикулярна блокада II-III ступеня; постійна форма фібриляції передсердь; виявлення вроджених і набутих гемодинамічно значущих вад серця; хронічна серцева недостатність III стадії; виявлена аневризма лівого шлуночка; декомпенсована супутня патологія; гострі запальні захворювання або загострення хронічних; аортокоронарне шунтування в анамнезі; онкологічні захворювання.

Усім хворим зі STEMI виконували комплексне клінічне, інструментальне та лабораторне обстеження згідно з наказом № 455 Міністерства охорони здоров'я України від 02.07.2014 року та пацієнтам з NSTEMI відповідно до протоколу наказу № 164 Міністерства охорони здоров'я України від 03.03.2016 року. Верифікацію діагнозу ГІМ була виконана на підставі ESC/ACCF/ANA/WHF Third universal definition of myocardial infarction (2012) з урахуванням рекомендацій ESC Fourth universal definition of myocardial infarction (2018) [10,11].

Розподіл хворих на групи проводили після встановлення відповідності хворих щодо критеріїв включення/виключення в дослідження залежно від наявності гострого коронарного синдрому та стабільної ІХС:

- у першу групу увійшли 280 хворих на ІХС зі STEMI (медіана віку склала 60,0 [53,0 ; 64,0] років);
- у другу – 91 пацієнт з ІХС та NSTEMI (медіана віку склала 61,0 [56,0 ; 66,0] рік);
- третю групу склали 76 осіб зі стабільною ІХС (медіана віку склала 62,0 [57,0 ; 65,0] роки).

Імуноферментний аналіз. У всіх пацієнтів збирали зразки крові для визначення тропоніну I, сБЗЖК та МБ-КФК при першому контакті. Пацієнтів з STEMI розділили на три підгрупи у залежності від часу включення у дослідження з початку клінічних проявів захворювання: перша – до 3 годин, друга – від 3 до 6 годин, третя від 6 до 12 годин. Нормальний рівень МБ-КФК мав значення до 25,2 Од/л, тропоніну I – 1 нг/мл, сБЗЖК – 1 нг/мл.

Вміст сБЗЖК у плазмі крові визначали імуноферментним методом за допомогою стандартних наборів «сБЗЖК-ІФА-Бест» згідно з доданою інструкцією. Визначення засноване на імунологічній "sandwich"-реакції. Оцінювали оптичну щільність за допомогою спектрофотометрії при довжині хвилі $\lambda=450$ нм. Величину екстенції визначали за допомогою напівавтоматичного планшетного аналізатора «SUNRISE TS» (Австрія).

Статистична обробка отриманих результатів. Отримані дані мали розподіл відмінний від нормального, і представлені у вигляді медіани і міжквартильного діапазону Me [Q25; Q75]. Результати дослідження оброблені методами параметричної або непараметричної статистики в залежності від розподілу вибірки, з допомогою спеціалізованих комп'ютерних прикладних програм Apache OpenOffice (version 4.1) і PSPP (version 0.10.2, GNU Project, 1998-2016). При порівнянні більше двох незалежних змінних використовували дисперсійний аналіз (One-way ANOVA) з подальшим використанням апостеріорних тестів. Рівність дисперсій перевіряли за допомогою тесту Левені. При рівності дисперсій в досліджуваних групах застосовували критерій Шеффе, а в разі відсутності рівності дисперсій вдавалися до тесту Т2-Тамхеяна. У разі розподілу даних, відмінного від нормального, використовували аналог дисперсійного аналізу методом Kruskal-Wallis з подальшим post-hoc аналізом за допомогою критерію Данна. Проводили побудову та аналіз кривих операційних характеристик (ROC – Receiver Operating Characteristic curve), розраховували площу під ROC-кривою (AUC – Area under the ROC curve) та її 95%-й довірчий інтервал (ДІ), чутливість (sensitivity, Se) і специфічність (specificity, Sp). Модель вважалася адекватною та статистично значущою при величині AUC більше 0,5.

Результати дослідження та їх обговорення

Рівні маркерів пошкодження міокарда у обстежених пацієнтів представлені у таблиці 1.

У групі хворих STEMI мало місце різке підвищення концентрації раннього маркера пошкодження міокарда сБЗЖК, його рівень склав – 6,47 [2,77-10,18] нг/мл і вірогідно в 3,4 рази перевищував рівень 1,89 [1,29-2,79] нг/мл у групі хворих NSTEMI, і високодостовірно перевищував значення 0,10 [0,06-0,15] нг/мл у групі стабільної ІХС ($p<0,05$). Медіана рівня сБЗЖК в групі NSTEMI була достовірно в 18,9 рази вище, ніж в групі стабільної ІХС ($p<0,05$).

Рівень МБ-КФК у хворих STEMI склав 45,54 [23,73-108,37] Од/л і достовірно був вище рівня 31,70 [19,42-45,45] Од/л групи NSTEMI ($p<0,05$). Медіана рівня МБ-КФК у групі хворих NSTEMI склала 31,70 [19,42-45,45] Од/л і достовірно підвищувала в 2,3 рази рівень 14,10 [10,45-16,85] Од/л групи стабільної ІХС ($p<0,05$).

Таблиця 1. Рівні маркерів пошкодження міокарда у пацієнтів зі STEMI, NSTEMI та групи стабільної ІХС (Me [Q25-Q75], n = 447)

Показник, одиниця вимірювання	STEMI (n = 280)	NSTEMI (n = 91)	Стабільна ІХС (n = 76)
	1	2	3
сБЗЖК, нг/мл	6,47 [2,77-10,18]	1,89 [1,29-2,79]	0,10 [0,06-0,15]
p-рівень	$p_{1-2} < 0,001$	$p_{2-3} < 0,001$	$p_{1-3} < 0,001$
МБ-КФК, Од/л	45,54 [23,73-108,37]	31,70 [19,42-45,45]	14,10 [10,45-16,85]
p-рівень	$p_{1-2} = 0,002$	$p_{2-3} < 0,001$	$p_{1-3} < 0,001$
Тропонін I, нг/мл	4,19 [0,94-6,73]	1,25 [0,63-3,02]	0,28 [0,07-0,66]
p-рівень	$p_{1-2} < 0,001$	$p_{2-3} < 0,001$	$p_{1-3} < 0,001$

Аналогічною була ситуація і з рівнем тропоніну I. Так медіана рівня тропоніну I 4,19 [0,94-6,73] нг/мл у хворих STEMI була достовірно вище в 15,0 разів у порівнянні зі значенням 0,28 [0,07-0,66] нг/мл у групі стабільної ІХС ($p < 0,05$), дещо меншим було збільшення у групі хворих NSTEMI, де медіана рівня даного показника – 1,25 [0,63-3,02] нг/мл була достовірно вищою в 4,5 рази у порівнянні з групою стабільної ІХС ($p < 0,05$). Слід зазначити, що рівень тропоніну I у групі хворих STEMI у 3,4 рази був вищим ніж у групі NSTEMI.

Далі визначали рівні маркерів пошкодження міокарда у пацієнтів зі STEMI у залежності від часу. Отримані дані представлені у таблиці 2.

Медіана рівня сБЗЖК у підгрупі 6-12 годин достовірно була вище, як проти значення 6,72 [4,77-8,62] нг/мл підгрупи 3-6 годин, так і 2,49 [1,82-5,29] нг/мл підгрупи до 3 годин ($p < 0,05$). Рівень МБ-КФК 143,72

[110,41-201,15] Од/л достовірно був найвищим у підгрупі 6-12 годин, як проти значення 57,34 [38,74-86,80] Од/л підгрупи 3-6 годин, так і проти 22,29 [17,31-30,36] Од/л підгрупи до 3 годин ($p < 0,05$).

У підгрупі 6-12 годин рівень тропоніну I склав 6,76 [5,93-7,54] нг/мл і достовірно був вище, як проти значення 5,24 [3,88-6,74] нг/мл підгрупи 3-6 годин, так і рівня 0,84 [0,68-1,33] нг/мл підгрупи до 3 годин ($p < 0,05$). Відмічалось поступове зростання усіх маркерів пошкодження міокарда у залежності від часу потрапляння у дослідження з початку клінічних проявів захворювання.

Діагностичне значення маркерів пошкодження міокарда для пацієнтів зі STEMI у залежності від часу госпіталізації визначили за допомогою ROC-аналізу. Використовували два масиви даних та показники хворих зі STEMI і стабільною ІХС. Отримані результати представлені у таблиці 3.

Таблиця 2. Рівні маркерів пошкодження міокарда у пацієнтів зі STEMI у залежності від часу госпіталізації (n=280)

Показник, одиниця вимірювання	до 3 годин (n = 114)	від 3 до 6 годин (n = 93)	від 6 до 12 годин (n = 73)
	1	2	3
сБЗЖК, нг/мл	2,49 [1,82-5,29]	6,72 [4,77-8,62]	11,24 [9,61-12,89]
p-рівень	$p_{1-2} < 0,001$	$p_{2-3} < 0,001$	$p_{1-3} < 0,001$
МБ-КФК, Од/л	22,29 [17,31-30,36]	57,34 [38,74-86,80]	143,72 [110,41-201,15]
p-рівень	$p_{1-2} < 0,001$	$p_{2-3} < 0,001$	$p_{1-3} < 0,001$
Тропонін I, нг/мл	0,84 [0,68-1,33]	5,24 [3,88-6,74]	6,76 [5,93-7,54]
p-рівень	$p_{1-2} < 0,001$	$p_{2-3} = 0,006$	$p_{1-3} < 0,001$

Таблиця 3. Діагностичне значення маркерів пошкодження міокарда серед пацієнтів зі STEMI у залежності від часу госпіталізації

Показник, одиниця вимірювання	Cut off	AUC	95% ДІ AUC	Se, %	Sp, %
сБЗЖК, нг/мл (до 3 годин)	>0,48	0,99	0,964-1,000	97,4%	97,3%
МБ-КФК, Од/л (до 3 годин)	>20,4	0,82	0,757-0,872	62,3%	94,7%
Тропонін I, нг/мл (до 3 годин)	>0,62	0,84	0,782-0,891	80,7%	74,7%
сБЗЖК, нг/мл (від 3 до 6 годин)	>1,11	1,0	0,975-1,000	100,0%	100,0%
МБ-КФК, Од/л (від 3 до 6 годин)	>21,5	0,99	0,958-0,999	98,9%	96,0%
Тропонін I, нг/мл (від 3 до 6 годин)	>1,58	1,0	0,977-1,000	96,6%	100,0%
сБЗЖК, нг/мл (від 6 до 12 годин)	>1,11	1,0	0,968-1,000	100,0%	100,0%
МБ-КФК, Од/л (від 6 до 12 годин)	>32,4	1,0	0,975-1,000	100,0%	100,0%
Тропонін I, нг/мл (від 6 до 12 годин)	>1,58	1,0	0,975-1,000	100,0%	100,0%

У підгрупі до 3 годин для сБЗЖК якість моделі (з аналізованих показників була найбільш високою AUC = 0,99, 95% ДІ AUC 0,964-1,000) при точці поділу >0,48 нг/мл чутливість складала 97,4% і специфічність 97,3%. Для підгрупи до 3 годин тропонін I мав специфічність 74,7%, при точці поділу >0,62 нг/мл, AUC = 0,84, 95% ДІ AUC 0,782-0,891.

Якість моделей для усіх аналізованих показників у підгрупі 6-12 годин була високою і складала для сБЗЖК AUC = 1,0, 95% ДІ AUC 0,975-1,000; МБ-КФК – AUC = 0,99, 95% ДІ AUC 0,958-0,999; тропоніну I – AUC = 1,0, 95% ДІ AUC 0,977-1,000. У зазначеній підгрупі тропонін I мав 96,6% чутливість і специфічність 100,0% при точці

розподілу >1,58 нг/мл, тоді як для сБЗЖК при Cut off >1,11 нг/мл чутливість була 100%. Результати проведеного ROC-аналізу для підгрупи 6-12 годин достовірно показали, що значення чутливості і специфічності для сБЗЖК, МБ-КФК і тропоніну I у зазначеній підгрупі були рівнозначні.

Раннє виявлення ГІМ у осіб, що звертаються до лікарів первинної ланки з болем у грудях, продовжує залишатися складним завданням. Однак раннє виявлення некрозу міокарда при гострому коронарному синдромі пов'язане з труднощами диференціальної діагностики в перші години захворювання. Без сумніву, що серцеві тропоніни є «золотим стандартом» для діагностики ГІМ,

але раннє їх визначення може дати негативний результат у перші години захворювання. Результати досліджень показують високу діагностичну цінність сБЗЖК у ранній діагностиці ГІМ, і вона перевершує за чутливістю (у перші години від початку захворювання) серцеві тропоніни [2,9].

У дослідженні L. Agnello et al. частота позитивного рівня сБЗЖК серед пацієнтів з ГІМ була вищою, ніж у пацієнтів з високочутливим тропоніном І. Дослідники роблять висновок, що сБЗЖК може бути хорошим кандидатом з біохімічних маркерів для модифікації протоколу сортування пацієнтів з підозрою на гострий інфаркт міокарда [2].

За результатами свого дослідження M.S. Anvari et al. визначили, що сБЗЖК не має додаткової діагностичної цінності, коли вимірювання високочутливого тропоніну Т також доступні. Однак у пацієнтів з підозрою на гострий коронарний синдром, що надходять у відділення невідкладної допомоги, визначення сБЗЖК підвищує діагностичну точність на додаток до клінічних даних і електрокардіографії [3].

Таким чином дослідження показують, що у сБЗЖК є дуже істотна діагностична цінність, особливо протягом перших годин від початку клінічних проявів ГІМ. Такі результати особливо цінні, оскільки цей період невидимий для тропоніну І.

Перспективи подальшого розвитку

Подальші дослідження з порівнянням діагностичної цінності сБЗЖК та інших маркерів пошкодження кардіоміоцитів, їх доступності, зручності використання та економічного підґрунтя дозволять більш чітко визначити місце сБЗЖК в клінічних протоколах надання допомоги при ГКС. Залишається дискусійним питання про моно- або комбіноване визначення сБЗЖК з іншими біомаркерами гострого інфаркту міокарда. Покращена ранньої діагностики ГІМ лікарями первинної ланки значно поліпшить якість медичної допомоги цим пацієнтам і знизить у подальшому фінансовий тягар.

Висновки

1. Рівень серцевого білка, що зв'язує жирні кислоти достовірно збільшується у хворих при гострому інфаркті міокарда у порівнянні зі стабільною ІХС.
2. Збільшення концентрації сБЗЖК у пацієнтів зі STEMI достовірно перевищувало рівень у групі хворих з NSTEMI.
3. Діагностичну перевагу сБЗЖК мав лише у хворих зі STEMI, що звернулись по медичну допомогу в проміжку часу до 3 годин від початку клінічних проявів.

References

1. Ruden', V.V. Analiz i prohoz pokaznykiv smertnosti z prychny hostroho infarktu miokarda sered naseleण्या v Ukrayini / V.V. Ruden', I.M. Koval's'ka // Ukrayina. Zdorov'ya natsiyi. – 2019. – № 1. – S. 131-139.
2. Agnello, L., Bivona, G., Novo, G., Scazzone, C., Muratore, R., Levantino, P.,... & Ciaccio, M. (2017). Heart-type fatty acid binding protein is a sensitive biomarker for early AMI detection in troponin negative patients: a pilot study. *Scandinavian journal of clinical and laboratory investigation*, vol.77, no.6, pp.428-432.
3. Anvari, M. S., Karimi, M., Shafiee, A., Boroumand, M., Bozorgi, A., Sedaghat, R., & Jalali, A. (2018). Complementary diagnostic value of heart type fatty acid-binding protein in early detection of acute myocardial infarction. *Critical pathways in cardiology*, vol.17, no.1, pp.43-46.
4. Glatz, J. F., & Renneberg, R. (2014). Added value of H-FABP as a plasma biomarker for the early evaluation of suspected acute coronary syndrome. *Clinical Lipidology*, vol.9, no.2, pp.205-220. doi: 10.2217/clp.13.87.
5. Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Hindricks, G. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, vol.39, no.2, pp.119-177. doi.org/10.1093/eurheartj/ehx753.
6. Kabekkodu, S. P., Mananje, S. R., & Saya, R. P. (2016). A study on the role of heart type fatty acid binding protein in the diagnosis of acute myocardial infarction. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, vol.10, no.1, pp.OC07- OC10.
7. Kingma, J. G. (2018). Myocardial Infarction: An Overview of STEMI and NSTEMI Physiopathology and Treatment. *World Journal of Cardiovascular Diseases*, vol.8, no.11, pp.498-517. doi: 10.4236/wjcd.2018.811049.
8. Nielsen, S. H., Mouton, A. J., DeLeon-Pennell, K. Y., Genovese, F., Karsdal, M., & Lindsey, M. L. (2019). Understanding cardiac extracellular matrix remodeling to develop biomarkers of myocardial infarction outcomes. *Matrix Biology*, no.75, pp.43-57.
9. Otaki, Y., Watanabe, T., & Kubota, I. (2017). Heart-type fatty acid-binding protein in cardiovascular disease: A systemic review. *Clinica Chimica Acta*, no.474, pp.44-53.
10. Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Chaitman, B. R., Bax, J. J., Morrow, D. A.,... & Bucciarelli-Ducci, C. (2019). Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *European heart journal*, vol.40, no.3, pp.237-269. doi.org/10.1093/eurheartj/ehy462.
11. Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., White, H. D.,... & White, H. D. (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *European heart journal*, vol.33, no.20, pp.2551-2567. doi.org/10.1093/med/9780199687039.003.0041.
12. Vupputuri, A., Sekhar, S., Krishnan, S., Venugopal, K., & Natarajan, K. U. (2015). Heart-type fatty acid-binding protein (H-FABP) as an early diagnostic biomarker in patients with acute chest pain. *Indian heart journal*, vol.67, no.6, pp.538-542. doi: 10.1016/j.ihj.2015.06.035.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.02.2020 р.

Мета дослідження – визначити діагностичну цінність серцевого білку, що зв'язує жирні кислоти у пацієнтів з STEMI.

Матеріали та методи. Було обстежено 280 хворих зі STEMI, 91 пацієнт з NSTEMI, 76 осіб зі стабільною стенокардією напруги. У всіх пацієнтів при першому контакті були взяті зразки крові для визначення тропоніну I, серцевого білку, що зв'язує жирні кислоти (сБЗЖК) та МБ-КФК. Пацієнти із STEMI були розподілені на три підгрупи: перша – до 3 годин від початку симптомів, друга – від 3 до 6 годин, третя від 6 до 12 годин. Вміст сБЗЖК у плазмі крові визначали імуноферментним методом.

Результати. За даними ROC-аналізу у хворих із STEMI з початком клінічних проявів до 3 годин було встановлено, що для сБЗЖК при точці поділу >0,48 нг/мл чутливість складала 97,4%, а специфічність – 97,3%. В цій же підгрупі тропонін I мав специфічність 74,7% та чутливість 80,7% при точці поділу >0,62 нг/мл.

Висновки. Встановлена висока діагностична цінність сБЗЖК у ранній діагностиці ГІМ, і вона перевершує за чутливістю у перші години від початку захворювання серцеві тропоніни.

Ключові слова: серцевий білок, що зв'язує жирні кислоти, тропонін I, гострий інфаркт міокарду, STEMI.

Цель исследования – определить диагностическую ценность сердечного белка, связывающего жирные кислоты у пациентов с STEMI.

Материалы и методы. Было обследовано 280 больных с STEMI, 91 пациент с NSTEMI, 76 со стабильной стенокардией напряжения. У всех пациентов при первом контакте были взяты образцы крови для определения тропонина I, сердечного белка, связывающего жирные кислоты (сБСЖК) и МБ-КФК. Пациенты с STEMI были разделены на три подгруппы: первая – до 3 часов от начала симптомов, вторая – от 3 до 6, третья от 6 до 12. Содержание сБСЖК в плазме крови определяли иммуноферментным методом.

Результаты. По данным ROC-анализа у больных со STEMI с длительностью клинических проявлений до 3 часов было установлено, что для сБСЖК при точке разделения > 0,48 нг/мл чувствительность составила 97,4%, а специфичность – 97,3%. В этой же подгруппе тропонин I имел специфичность 74,7% и чувствительность 80,7% при точке разделения > 0,62 нг/мл.

Выводы. Установлена высокая диагностическая ценность сБСЖК в ранней диагностике ОИМ, и она в первые часы от начала заболевания превосходит по чувствительности сердечные тропонины.

Ключевые слова: сердечный белок, связывающий жирные кислоты, тропонин I, острый инфаркт миокарда, STEMI.

The aim of the study – to determine the diagnostic value of heart-type fatty acid binding protein in group of patients with STEMI.

Materials and methods. We examined 280 patients with STEMI, 91 patients with NSTEMI, 76 with stable angina pectoris. Blood samples were taken from all patients at the first contact to determine troponin I, a heart-type fatty acid-binding protein and CPK-MB. Patients with STEMI were divided into three subgroups: the first – up to 3 hours from the onset of symptoms, the second – from 3 to 6, the third from 6 to 12. The level of heart-type fatty acid binding protein in plasma was determined by enzyme immunoassay.

Results. According to the ROC analysis at patients with STEMI with a duration of clinical manifestations up to 3 hours, it was found that for heart-type fatty acid binding protein with a Cut-off point > 0.48 ng/ml, the sensitivity was 97.4% and the specificity was 97.3%. In the same subgroup, troponin I had a specificity of 74.7% and a sensitivity of 80.7% with a Cut-off point > 0.62 ng/ml.

Conclusions. The high diagnostic value of heart-type fatty acid binding protein for the early diagnosis of AMI has been established, and it exceeds the sensitivity of cardiac troponins at the first hours from the onset symptoms.

Key words: heart-type fatty acid binding protein, troponin I, acute myocardial infarction, NSTEMI.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest to declare.

Відомості про авторів

Сідь Євген Володимирович – к.мед.наук, доцент кафедри медицини невідкладних станів ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; 69000, Україна, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20.
+380 (68) 446-98-52, sidzenek@gmail.com.

Кульбачук Олександр Сергійович – к.мед.наук, доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини з курсами дерматовенерології та психіатрії ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; 69000, Україна, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20.
+380 (50) 739-24-40, kulbachuk@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201481

Неміш І.Л., Ступницька Г.Я., Федів О.І.

Індекс БОДЕ та функція зовнішнього дихання у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні зі стабільним хронічним коронарним синдромом

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Одним з актуальних та проблемних питань сьогодення є вплив надмірної маси тіла на показники функції зовнішнього дихання (ФЗД) у хворих із хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) та стабільним хронічним коронарним синдромом (ХКС). Окремі автори описують дані щодо кращої прогностичної виживаності та меншої кількості загострень у хворих із ХОЗЛ та індексом маси тіла (ІМТ) від 25 до 29,9 кг/м² [3,4]. У літературі також зустрічаються дослідження, пов'язані із нижчою загальною та кардіоваскулярною смертністю у пацієнтів зі стабільним ХКС [1,2]. Тому питання протективної ролі надмірної маси тіла на показники ФЗД залишається дискусійним і потребує подальших досліджень у хворих за умов коморбідного поєднання ХОЗЛ та стабільного ХКС.

Метою нашого дослідження було оцінити та порівняти показники біоімпедансометрії, дані спірометрії та індексу BODE у хворих із ХОЗЛ та стабільним ХКС.

Матеріали та методи. У дослідження були включені 40 пацієнтів із ХОЗЛ групи В, С; GOLD II, III та стабільним ХКС. Середній вік пацієнтів складав 63,22±11,96. Хворих з ХОЗЛ та ХКС було поділено на групи залежно від ІМТ (класифікація ВООЗ, 1997). До першої групи входило 20 пацієнтів з нормальною масою тіла (18,5<ІМТ<24,9), до другої – 20 обстежуваних із надмірною вагою (25<ІМТ<29,9). Усім хворим було проведено оцінку параметрів ФЗД за допомогою комп'ютерного спірографа “BTL – Spiro Pro” (Великобританія) з подальшою оцінкою результатів після проведення бронходилататорного тесту з β₂-агоністом короткої дії (сальбутамолом у дозі 400 мкг). Визначення основних показників біоімпедансного аналізу проводили з використанням портативного апарату TANITA BC-601, (Японія). Для оцінки індексу BODE користувалися значеннями ІМТ, ОФВ₁, mMRC та тесту з 6-хвилинною

ходьбою. Статистичну обробку здійснювали за допомогою програми SPSS Statistica 23.

Результати. В результаті проведеної біоімпедансометрії виявилось, що у хворих другої групи відсоток жирової маси був вірогідно вищим (p<0,0001) у порівнянні з пацієнтами першої групи. Наявність статистично значущої відмінності між м'язовою масою у даних групах виявлено не було. У хворих із надмірною масою тіла значення ОФВ₁ було вірогідно вищим у порівнянні з обстежуваними із нормальною масою тіла (p=0,026). Також у хворих другої групи було відмічено вірогідно нижчі показники вираженості задишки по шкалі (mMRC) (p=0,015) у порівнянні з першою групою. При оцінці тесту з 6-хвилинною ходьбою відстань пройдена у метрах була вірогідно вищою у другій (p=0,024) групі хворих у порівнянні з обстежуваними із нормальною масою тіла. Аналізуючи значення індексу BODE, було відмічено вірогідно нижчі показники у хворих з надмірною масою тіла (p=0,021) у порівнянні з обстежуваними з нормальною масою тіла.

Перспективи подальших досліджень. Робота в даному напрямку залишається актуальною, адже на сьогодні остаточно не з'ясована причина “парадоксу ожиріння” у хворих з ХКС та ХОЗЛ.

Висновки. У нашому дослідженні значення індексу BODE було вірогідно нижчим та показники ФЗД були вищими у хворих із нормальною масою тіла у порівнянні з пацієнтами із надмірною масою тіла. Дані результати дозволяють припустити кращу прогностичну виживаність у пацієнтів із ХОЗЛ, стабільним ХКС та надлишковою масою тіла.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, спірометрія, ожиріння.

References

1. Antonopoulos A.S., Oikonomou E.K., Antoniadou C., et al. From the BMI paradox to the obesity paradox: the obesity–mortality association in coronary heart disease // *Obes Rev.* – 2016. – № 17(10). – P. 989-1000.
2. Oreopoulos A., McAlister F.A., Kalantar-Zadeh K., et al. The relationship between body mass index, treatment, and mortality in patients with established coronary artery disease: a report from APPROACH // *Eur Heart J.* – 2009. – № 30. – P. 2584–2592.
3. Stoll P., Foerster S., Virchow J.C., et al. Overweight is a predictor of long-term survival in hospitalised patients with exacerbations of COPD // *Respir. Med.* – 2016. – № 116. – P. 59-62.

4. Wei Y.F., Tsai Y.H., Wang C.C., et al. Impact of overweight and obesity on acute exacerbations of COPD - subgroup analysis of the Taiwan Obstructive Lung Disease cohort // Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. – 2017. – № 12. – P. 2723–2729.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201482

Нестеровська О.А., Ступницька Г.Я., Федів О.І.

Клінічна характеристика пацієнтів з поєднаною патологією астма-ХОЗЛ та різним нутритивним статусом

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Астма та ХОЗЛ є хворобами які найчастіше діагностуються у осіб із задишкою та обструкцією верхніх дихальних шляхів (ВДШ). Хоч для даних станів притаманні різні патофізіологічні механізми виникнення, спільними характеристиками є хронічне запалення ВДШ та їх гіперреактивність. На даний час активно ведуться дискусії щодо того чи є ХОЗЛ та астма проявом одного патологічного стану, чи це повністю самостійні захворювання. Диференційна діагностика астми та ХОЗЛ може бути складним завданням, особливо на рівні первинної медичної допомоги та у осіб похилого віку. За даними різних досліджень для 16-49% хворих з астмою не характерний класичний фенотип даного захворювання з повною зворотністю обструкції ВДШ. Враховуючи гетерогенність клінічних проявів, окрім астми у осіб що палять та ХОЗЛ з перевагою еозинофільного запалення, у рекомендаціях GINA та GOLD з 2014 року виділявся окремий клінічний фенотип, так зване астма-ХОЗЛ поєднання (АХП). Однак згідно рекомендацій GOLD 2020 року астма та ХОЗЛ є різними патологіями, для яких характерні певні спільні клінічні прояви (еозинофілія та зворотність обструкції ВДШ).

Одним з важливих факторів виникнення та прогресування дисфункції респіраторної системи є ожиріння. На даний час суперечливим є взаємозв'язок між ІМТ та симптомами гіперреактивності ВДШ.

Отже, все обумовлює необхідність більш детального вивчення загальних взаємообтяжуючих механізмів ХОЗЛ, БА та ожиріння з пошуком нових можливих діагностичних та терапевтичних заходів при поєднанні цих нозологій.

Мета – оцінити клінічну характеристику, показники функції зовнішнього дихання (ФЗД), біоімпедансометрії, толерантність до фізичного навантаження у пацієнтів з поєднаною патологією астма-ХОЗЛ за різного нутритивного статусу.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі пульмонологічного відділення ОКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня» упродовж 2017-2019 рр. Згідно дизайну, у дослідження було включено 90 осіб та сформовано 3 клінічні групи: 31 хворий на ХОЗЛ (перша група), 28 хворих на бронхіальну астму (друга група), 32

хворих з поєднанням астма-ХОЗЛ (третя група). Всі пацієнти відповідали критеріям включення та виключення у дослідження та підписали інформовану згоду на дослідження. Усім пацієнтам було проведено спірометрію (спірограф "BTL 08 SpiroPro" (Великобританія)) та біоімпедансометрію (портативний апарат BC-601 (TANITA, Японія)). Для оцінки симптомів було використано Модифіковану шкалу для оцінки тяжкості задишки mMRC, тест з оцінки ХОЗЛ (CAT) та тест із 6-хвилинною ходьбою. Серед обстежених пацієнтів переважали особи з надмірною масою тіла (78%), 16% пацієнтів – хворі з ожирінням, 6% – з дефіцитом маси тіла.

Результати. При оцінці респіраторної симптоматики встановлено, що у пацієнтів усіх груп переважала персистуюча задишка переважно при фізичному навантаженні різної інтенсивності. Задишка у спокої траплялася частіше серед хворих з поєднанням астма-ХОЗЛ та ожирінням (19,4%). При цьому у групі астма-ХОЗЛ кількість балів за САТ тестом була на 6,8% вищою у пацієнтів із ожирінням ніж без ожиріння. Для даної групи характерним є триваліший та частіший кашель із виділенням харкотиння. Загальна слабкість та втомлюваність була присутньою в усіх групах пацієнтів, але у хворих з астма-ХОЗЛ із ожирінням траплялася у 80,6% випадків.

При вивченні ФЗД, встановлено, що показники спірометрії були вищими за поєданого перебігу астма-ХОЗЛ ніж у групі ХОЗЛ, зокрема кількість осіб з І-ю стадією становила 6 хворих (14%), з II-ю стадією – 24 хворих (77%), з III-ю стадією – 2 хворих (9%). При аналізі показників біоімпедансометрії виявилось, що у хворих на АХП спостерігався високий відсоток жирової маси (на 43,9% вищий, ніж у хворих із ХОЗЛ, на 15,6% вищий, ніж у хворих БА). Слід відзначити, що у хворих на АХП м'язова маса була найвищою (на 16% вона перевищувала м'язову масу у хворих ХОЗЛ та на 11,8% – у хворих з БА). Рівень вісцерального жиру був суттєво вищим у хворих із АХП. Відсоток води в організмі майже не відрізнявся серед груп хворих, проте у хворих із ожирінням він був нижчим. Отже, для хворих на АХП характерними були не тільки зростання відсотка жирової маси, рівня вісцерального жиру, метаболічного віку пацієнта, але й

висока м'язова маса, що може забезпечувати кращі показники ФЗД у даній групі. При порівнянні поширеності паління встановлено, що курці або колишні курці переважали у групі ХОЗЛ (79%), при поєднаній патології частота становила 73% і у групі хворих з БА – 43%. При проведенні тесту з 6-ти хвилинною ходьбою встановлено, що хворі з поєднанням астма-ХОЗЛ мали найнижчу толерантність до фізичного навантаження. Проте у хворих з астма-ХОЗЛ та ожирінням показники були на 8,7% вищими ніж у хворих без ожиріння.

Висновки. Отже, згідно результатів дослідження, для пацієнтів з поєднанням астми та ХОЗЛ характерними є більш виражена респіраторна симптоматика, а саме задишка та тривалий кашель з виділенням мокротиння, нижча толерантність до фізичних навантажень, вищий відсоток жирової, м'язової маси та вісцерального жиру та менш виражена обструкція при проведенні спірометрії в порівнянні із групою ХОЗЛ.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201483

Чернецька Н.В., Федів О.І., Ступницька Г.Я.

Особливості клінічного перебігу хронічного обструктивного захворювання легень, поєданого із цукровим діабетом типу 2

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Відомо, що хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) характеризується розвитком системного запального процесу, наслідком якого є зростання частоти супутньої патології, зокрема цукрового діабету типу 2 (ЦД типу 2). Доведено, що серед хворих на ХОЗЛ порушення вуглеводного обміну спостерігається частіше і це не тільки пов'язано із застосуванням медикаментів. Останнім часом, активно вивчаються патогенетичні взаємозв'язки поєднаної патології, проте залишаються не до кінця вивченими питання діагностики та лікування.

Отже, актуальним є вивчення особливостей поєданого перебігу ХОЗЛ із ЦД типу 2.

Мета – вивчити особливості клінічного перебігу, показники функції зовнішнього дихання (ФЗД), біоімпедансометрії, толерантність до фізичного навантаження та індекс BODE у хворих на ХОЗЛ, поєданого із ЦД типу 2.

Матеріали та методи. Обстежено 20 практично здорових осіб та 80 хворих, які перебували на лікуванні у пульмонологічному відділенні Обласної клінічної лікарні, м. Чернівці. Пацієнти були розділені на дві репрезентативні групи: 28 хворих на ХОЗЛ (перша група) та 30 пацієнтів на ХОЗЛ, поєданого із ЦД типу 2 (друга група).

Всі пацієнти відповідали критеріям включення та виключення у дослідження та підписали інформовану згоду на дослідження. Діагноз ХОЗЛ та ЦД типу 2 виставляли згідно із міжнародними рекомендаціями. У дослідження були включені пацієнти із GOLD 2 та 3 стадією та В, С групи. Усім пацієнтам проводили спірометрію (спірограф "BTL 08 SpiroPro" (Великобританія), біоімпедансометрію (портативний апарат BC-601 (TANITA, Японія) та тест толерантності до фізичного навантаження (6-хвилинна ходьба). Індекс

BODE розраховували за ІМТ, шкалою задишки, ОФВ₁ та 6-хвилинною ходьбою.

Результати. При обстеженні пацієнтів встановлено, що клінічна симптоматика за поєданого перебігу ХОЗЛ та ЦД типу 2 була більш вираженою (турбував частіше кашель із виділенням харкотиння та мав триваліший перебіг, за шкалою задишки середня кількість балів була вищою ніж при ХОЗЛ на 23,5%, ($p < 0,05$), аускультативна картина в легенях мала також більш торпідний характер).

При порівнянні частоти загострень виявлено, що при ХОЗЛ, поєданого із ЦД типу 2 хворі на 25,8% ($p < 0,05$) частіше були госпіталізовані у відділення. При вивченні ФЗД, встановлено, що показники спірометрії мали тенденцію до більш низьких даних за поєданого перебігу ХОЗЛ та ЦД типу 2. ОФВ₁ був на 12,7% ($p < 0,05$) нижчим у другій групі хворих. Такі показники як ФЖЕЛ, ПОШвид, СОШ25-75 також були на 13,4, 14,8 та 23,5% відповідно нижчими порівняно із першою групою пацієнтів ($p < 0,05$).

Аналіз показників біоімпедансометрії показав вірогідно вищий ІМТ (на 21,8%), відсоток жирової маси (на 23,6%), рівень вісцерального жиру (на 34,6%) та меншу м'язову масу (на 17,6%) за поєданого перебігу ХОЗЛ та ЦД типу 2.

При вивченні толерантності до фізичного навантаження встановлено, що хворі другої групи проходили меншу відстань за 6 хвилин (на 23,5%, $p < 0,05$) порівняно із пацієнтами на ХОЗЛ.

Інтегральний індекс BODE, який характеризує тяжкість перебігу ХОЗЛ був за поєданого перебігу із ЦД типу 2 вірогідно нижчим на 18,7% порівняно із першою групою.

Отже, за результатами нашого дослідження встановлено, що для хворих на ХОЗЛ із ЦД типу 2 характерним є більш торпідний клінічний перебіг (виражений кашель та задишка, аскультативна картина в легенях, вища частота госпіталізацій з приводу загострення захворювання). Показники ФЗД (ОФВ₁, ФЖЕЛ, ПОШвид, СОШ25-75) були також нижчими у даного контингенту хворих на тлі змін складу тіла (вірогідно вищий ІМТ, відсоток жирової маси, рівень вісцерального жиру та низької м'язової маси). Відстань, яку хворі на ХОЗЛ із ЦД типу 2 проходили за 6 хвилин, була нижчою порівняно із першою групою пацієнтів.

Інтегральний індекс BODE також був нижчим у першій групі пацієнтів.

Висновки. У хворих на ХОЗЛ із ЦД типу 2 спостерігається тяжчий клінічний перебіг, нижчі показники ФЗД, зміна складу тіла (вищий ІМТ, відсоток жирової маси, рівень вісцерального жиру та зниження м'язової маси), зниження толерантності до фізичного навантаження. Для даного контингенту хворих є характерним тяжчий перебіг і відповідно прогноз захворювання порівняно із групою хворих на ХОЗЛ.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201484

Горох В.В.

Оцінка хворими на хвороби крові та кровотворних органів доступності та якості первинної медичної допомоги

Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Мета – дослідити та проаналізувати рівень доступності та якості первинної медичної допомоги для населення Сумської області із хворобами крові та кровотворних органів.

Матеріали та методи. За спеціально розробленою анкетною було опитано 200 жителів області хворих на хвороби крові та кровотворних органів. При виконанні роботи використано соціологічний та медико-статистичний методи. При проведенні дослідження були збережені конфіденційні дані про респондентів.

Результати. Першим кроком дослідження було вивчення частоти звертання опитаних за медичною допомогою до сімейних лікарів. Отримані результати наведено в табл. 1.

Аналіз отриманих даних вказує на те, що за медичною допомогою до лікарів загальної практики – сімейних лікарів не кожного року звертається 8,0±1,4% респондентів, 44,0±2,5% із них звертається до 5 разів на рік, а 31,5±2,3% опитаних звертається більше 5 разів на рік.

Таблиця 1. Частота звертання жителів Сумської області із хворобами крові та кровотворних органів за медичною допомогою до лікаря загальної практики-сімейного лікаря

Показник	Абс.	%±
Щорічно	33	16,3±1,8
Не кожного року	16	8,0±1,4
До 5 разів на рік	88	44,0±2,5
Більше 5 разів на рік	63	31,5±2,3

При цьому в ході дослідження отримані дані, що тільки 52,0±2,5% опитаних, які мають хвороби крові та кровотворних органів знаходиться під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

Далі вивчалось та аналізувалось питання щодо оцінки доступності та якості респондентами первинної медико-санітарної допомоги. Результати дослідження наведено в табл. 2.

Таблиця 2. Оцінка населенням Сумської області із хворобами крові та кровотворних органів доступності та якості первинної медико-санітарної допомоги

Показник	Абс.	%±
Територіальна доступність первинної медичної допомоги		
Доступна	131	65,5±2,4
Скоріше доступна ніж недоступна	39	19,5±2,0
Скоріше недоступна ніж доступна	26	13,0±1,7
Недоступна	4	2,0±0,7

Економічна доступність первинної медичної допомоги		
Доступна	40	20,0±2,0
Скоріше доступна ніж недоступна	74	37,0±2,4
Скоріше недоступна ніж доступна	47	23,5±2,1
Недоступна	39	19,5±2,0
Якість первинної медичної допомоги		
Якісна	47	23,5±2,1
Скоріше якісна ніж неякісна	89	44,5±2,5
Скоріше неякісна ніж якісна	39	19,5±2,0
Не якісна	25	12,5±1,7

Аналіз отриманих даних вказує на те, що 85,0±1,8% опитаних оцінили медичну допомогу у сімейних лікарів доступною територіально та 57,0±2,5% доступною економічно. В цілому позитивно оцінили якість первинної медичної допомоги 68,8±2,4% респондентів. Негативним є те, що 15,0±1,8% респондентів вважають первинну медичну допомогу недоступною територіально та малодоступною, а економічно 19,5±2,0% оцінили її недоступною та 23,5±2,1% – малодоступною. При цьому 32,0±2,3% респондентів вказали на низьку якість первинної медико-санітарної допомоги.

Висновки. Результати проведеного соціологічного дослідження вказали на недостатній рівень доступності та якості первинної медичної допомоги для жителів Сумської області, які хворі на хвороби крові та кровотворних органів, що вимагає в умовах реформування галузі охорони здоров'я прийняття відповідних управлінських рішень та проведення організаційних заходів в системі охорони здоров'я регіону.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201633

Прокопів М.М., Слабкий Г.О.

Концептуальні підходи до надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на первинному рівні в умовах мегаполісу

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета – розробити концептуальні підходи до надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби на первинному рівні.

Матеріали та методи. При проведенні дослідження використано чинні законодавчі акти України з питань організації діяльності первинної медико-санітарної допомоги населенню та міжнародні рекомендації з організації медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах та церебральних інсультах, результати особистих попередніх досліджень. При виконанні роботи використано методи контент-аналізу та структурно-логічного аналізу. Дослідження проводилося на базі системи охорони здоров'я м. Києва.

Результати. В м. Києві на цереброваскулярні хвороби страждає 147136 осіб дорослого населення, що становить 627,78 на 10 тис. відповідного населення, а вперше захворіло 15995 осіб, що становить 6878 на 10 тис. дорослого населення міста. Із них під диспансерним

наглядом знаходиться 36,17%. На цереброваскулярні хвороби з гіпертонією страждає 84576 осіб дорослого населення, що становить 360,86 на 10 тис. відповідного населення, а вперше захворіло 10194 осіб, що становить 43,49 на 10 тис. дорослого населення міста. Із них під диспансерним наглядом знаходиться 340,8%. В 2018 році на транзиторні церебральні ішемічні напади та спорідненні синдроми захворіло 629 жителів міста, що склало 2,68 на 10 тис. дорослого населення. Всі дані жителі міста під диспансерним наглядом не знаходяться і складають групу високого ризику розвитку церебральних інсультів. На всі форми церебральних інсультів захворіло 3376 осіб або 14,39 осіб на 10 тис. дорослого населення. Із них під диспансерним наглядом лікарів знаходиться 76,25%. При цьому медична допомога населенню з вказаною патологією до проведення реформи надавалася лікарями-неврологами поліклінік. В умовах реформування системи надання медичної допомоги, коли сімейний лікар визначає медичний маршрут пацієнта, здійснює динамічний нагляд за здоров'ям прикріпленого населення і без його

направлення, крім ургентних випадків, пацієнт безоплатно не зможе отримати спеціалізовану медичну допомогу центральним елементом системи стає лікар загальної практики-сімейний лікар.

З метою забезпечення ефективної медичної допомоги населенню з цереброваскулярними необхідно підвищити рівень теоретичних і практичних компетенцій сімейних лікарів з надання даного виду медичної допомоги та забезпечити інформаційними та методичними матеріалами, засобами медичного призначення. Також необхідно визначити обсяги медичної допомоги. До них має бути віднесено: визначення осіб з факторами ризику розвитку цереброваскулярних хвороб та церебральних інсультів, розробка для них рекомендацій із способу життя

та лікувальних заходів, формування у них прихильності до виконання лікарських рекомендацій та інформування про тактику дій при загрозливих життю станах та тактиці дій при них.

Висновки. Залучення до надання медичної допомоги хворим на цереброваскулярні хвороби спеціалістів первинної медико-санітарної допомоги буде сприяти підвищенню рівня профілактичної роботи в тому числі формуванню у населення мегаполісу більш відповідального ставлення до особистого здоров'я, зниженню рівня цереброваскулярних інсультів та своєчасного звернення при їх розвитку за медичною допомогою.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201634

Кошеля І.І., Слабкий Г.О., Качала Т.В.

Задачі первинної медико-санітарної допомоги з профілактики інфарктів міокарда

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

Мета – удосконалити організаційні підходи на первинному рівні надання медичної допомоги з профілактики інфарктів міокарда.

Матеріали та методи. При проведенні дослідження використано чинні законодавчі акти України з питань організації діяльності первинної медико-санітарної допомоги населенню та міжнародні рекомендації з організації медичної допомоги при ішемічній хворобі серця. При виконанні роботи використано методи контент-аналізу та структурно-логічного аналізу.

Результати. В Закарпатській області на ішемічну хворобу серця хворіє 242602 осіб дорослого населення, що становить 25191,8 на 100 тис. відповідного населення. На гіпертонічну хворобу страждає 303126 осіб дорослого населення, що становить 31476,6 на 100 тис. відповідного населення. Захворюваність на ішемічну хворобу серця склала 1769,2 на 100 тис. дорослого населення, а захворюваність на гіпертонічну хворобу склала 2167,2 на 100 тис. дорослого населення. Із загальної кількості хворих на ішемічну хворобу серця під диспансерним наглядом знаходиться 86,4%, а хворих на гіпертонічну хворобу – 88,2%.

В 2018 році на гострий інфаркт міокарда захворіло 1052 осіб або 109,2 осіб на 10 тис. дорослого населення, а на трансмуральний інфаркт міокарду захворіло 750 осіб, що склало 77,9 на 10 тис. дорослого населення з тенденцією показника за останні п'ять років до збільшення. Рівень диспансеризації осіб, які перенесли гострий інфаркт

міокарда склав 16,6%, а трансмуральний інфаркт міокарда 16,0%.

В умовах впровадження системи державних гарантій медичної допомоги основний тягар з первинної профілактичної роботи, надання первинної медичної допомоги, проведення після стаціонарної реабілітаційної допомоги та диспансеризації (моніторингу стану здоров'я та вторинної профілактики) лягає на сімейних лікарів. Сімейні лікарі визначають медичний маршрут пацієнта та при необхідності скеровують для отримання спеціалізованої медичної допомоги.

В цих умовах, від ефективної комплексної медичної допомоги яку надає сімейний лікар хворим на хвороби системи кровообігу залежить рівень захворюваності на гострий інфаркт міокарда та його медико-демографічні наслідки.

Задачами первинної медико-санітарної допомоги з профілактики інфарктів міокарда являється наступне: введення реєстру хворих на хвороби системи кровообігу з визначенням груп ризику розвитку гострого інфаркту міокарда. Для кожної особи з групи ризику мають розроблятися індивідуальні плани профілактики розвитку гострого інфаркту міокарда з проведенням мотиваційних консультацій при можливості із залученням психологів. Всі особи, які перенесли гострий інфаркт міокарда відносяться до групи ризику розвитку повторного інфаркту міокарда і підлягаю даній реабілітаційній програмі. Крім того, всі вказані особи повинні отримати пам'ятку з тактики дій при загрозливих життю станах з вказаними номерами телефонів для термінового звернення.

Висновки. Ефективна профілактична робота первинної ланки надання медичної допомоги з особами, які відносяться до групи високого ризику розвитку

інфаркту міокарда дозволить знизити рівень його розвитку та зменшити рівень його тяжких медико-демографічних та соціальних наслідків.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201635

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Білак-Лук'янчук В.Й.

Спільні задачі первинної медико-санітарної допомоги та системи громадського здоров'я по збереженню здоров'я населення

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

Мета – розробити та представити спільні задачі первинної медико-санітарної допомоги та системи громадського здоров'я по збереженню здоров'я населення.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали чинні законодавчі акти України з питань організації діяльності первинної медико-санітарної допомоги населенню та системи громадського здоров'я. При виконанні роботи використано методи контент-аналізу та системного підходу.

Результати. В Закарпатській області сформована система первинної медико-санітарної допомоги та формується система громадського здоров'я. Відповідно до чинного законодавства України основною задачею первинної медичної допомоги є в тому числі профілактика як інфекційних так і неінфекційних захворювань, формування у населення здорового способу життя, виявлення захворювань на ранніх стадіях розвитку та проведення роботи з мінімізації індивідуальних факторів ризику розвитку захворювань та їх ускладнень. Головна задача системи громадського здоров'я полягає у збереженні та зміцненні здоров'я населення шляхом

промоції здоров'я, моніторингу та реагування на надзвичайні ситуації в сфері громадського здоров'я, формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я. В досягненні мети відміною в організації роботи цих вказаних ланок охорони здоров'я населення є те, що первинна ланка медичної допомоги здійснює свою діяльність на індивідуальному, а система громадського здоров'я на рівні громад та популяційному рівні. Комплексне об'єднання їх зусиль дозволить координувати напрямки та заходи діяльності та підвищити їх ефективність. З метою координації зусиль системи первинної медико-санітарної допомоги та системи громадського здоров'я рекомендується розробити перспективний план сумісної роботи названих структур та детальні комплексні заходи як на рівні регіону так і на рівні кожної адміністративної території регіону враховуючи медико-демографічні, соціально-економічні та екологічні особливості кожної території.

Висновки. Сумісна робота первинної ланки надання медичної допомоги та системи громадського здоров'я забезпечить підвищення рівня профілактичної роботи та зміцнення здоров'я населення Закарпаття.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201636

Рогач І.М., Данко Д.В.

Забезпечення населення гірської та передгірської зони Закарпаття первинною медико-санітарною допомогою

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

Мета – дослідити рівень забезпечення населення гірської та передгірської зони Закарпаття первинною медико-санітарною допомогою.

Матеріали та методи. При проведенні дослідження використано дані галузевої статистичної

звітності по Закарпатській області за період 2019 рік. В ході дослідження використано статистичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати. Закарпатська область характеризується наявністю трьох географічних зон проживання населення:

рівнинна, передгірська та гірська. В плані організації медичної допомоги населенню особливе значення має забезпечення населення передгірської та гірської зони в зв'язку із складнощами доступності до закладів спеціалізованої медичної допомоги, особливо в весняний, зимовий та зимовий періоди. Так, в гірській географічній зоні в розрізі населених пунктів відстань від районного центру до найбільш віддаленого села коливається від

29 км в Міжгірському районі до 51 км в Воловецькому районі. Із загальної кількості доріг (134,0 км) 35 (26,12%) є умовно проїзними в весняний, зимовий та осінній період.

Нами було досліджено та проаналізовано забезпечення населення передгірської та гірської зон Закарпаття закладами первинної медичної допомоги (таблиця).

Таблиця. Мережа закладів первинної медико-санітарної допомоги Закарпатської області, 2019 рік

Адміністративні території, географічні зони	Центри ПМСД	Заклади ПМСД			
		АЗПСМ всього	АЗПСМ сільські	АЗПСМ міські	ФАПи
Передгірська зона					
Іршавський район	1	30	29	1	13
Перечинський район	2	9	8	1	13
Свалявський район	2	14	13	1	11
Тячівський район	3	36	30	6	23
Хустський район	1	27	25	2	16
Гірська зона					
Великобerezнянський район	1	9	8	1	24
Воловецький район	1	6	4	2	23
Міжгірський район	1	17	16	1	20
Рахівський район	1	25	12	4	8

Станом на 2019 рік в передгірській та гірській географічних зонах Закарпатської області сформована мережа закладів ПМСД, яка юридично відокремлена від закладів спеціалізованої допомоги і залежить від кількості населення і типу його розселення.

Висновки. В області сформована достатня мережа закладів первинної медико-санітарної допомоги передгірської та гірської зон медичні працівники якої, при наявності транспорту, в змозі забезпечити населення медичною допомогою першого рівня.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201637

Щербінська О.С., Слабкий Г.О.

Основні напрямки інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на рівень первинної медико-санітарної допомоги

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета – визначити основні напрямки інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на рівень первинної медико-санітарної допомоги.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали чинні законодавчі акти України з питань організації акушерсько-гінекологічної допомоги і первинної медико-санітарної допомоги населенню та результати попередніх особистих досліджень. При виконанні роботи використано методи контент-аналізу та системного підходу.

Результати. Детальне вивчення ситуації щодо інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на рівень первинної медико-санітарної допомоги показало наступне:

1) неготовність сімейних лікарів до надання акушерсько-гінекологічної допомоги в повному обсязі. Готовими проводити скринінг на виявлення візуальних форм онкозахворювань 25,73%, проводити діагностику та визначати тактику при гінекологічних захворюваннях 19,82%, проводити діагностику та визначати тактику при фізіологічній вагітності 24,89 %, проводити діагностику та визначати тактику при ускладненій вагітності 17,05%,

надання медичної допомоги в післяпологовому періоді 21,88%, проводити діагностику та визначати тактику при інфекціях, що передаються статевим шляхом 21,65% сімейних лікарів;

2) невідповідність матеріально-технічної бази сімейних лікарських амбулаторій до надання сімейними лікарями акушерсько-гінекологічної допомоги в повному обсязі: таблиць оснащення сімейних амбулаторій не включає необхідне оснащення та виробу медичного призначення;

3) неготовність жінок до отримування повного обсягу акушерсько-гінекологічної допомоги у сімейних лікарів: 35,3% жінок не довіряють сімейним лікарям та визначають рівень їх професійних компетенцій низьким;

4) зацікавленість лікарів акушерів-гінекологів у наданні повного обсягу медичної допомоги жінкам.

З метою рішення даної проблеми та забезпечення інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам на первинний рівень надання медичної допомоги запропоновано комплекс заходів на державному та регіональному рівнях, які полягають в наступному:

- На державному рівні. Удосконалити нормативну базу з питань інтеграції акушерсько-гінекологічної

допомоги на первинний рівень в тому числі розширити програми підготовки сімейних лікарів з питань акушерства та гінекології на до дипломному та післядипломному рівнях підготовки, розширити таблиць оснащення сімейних амбулаторій включивши оснащення та виробу медичного призначення необхідні для надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

- На регіональному рівні. Необхідно забезпечити безперервну професійну підготовку сімейних лікарів з питань акушерства та гінекології на базі обласних тренінгових центрів з питань сімейної медицини, забезпечити сімейні амбулаторії необхідним оснащенням та засобами медичного призначення, впровадити місцеві економічні стимули для залучення сімейних лікарів до забезпечення жінок повним комплексом акушерсько-гінекологічної допомоги.

Висновки. Запровадження рекомендованих заходів буде забезпечувати більш ефективній інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам на первинний рівень надання медичної допомоги та підвищення рівня її доступності.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201467

Іваньо Н.В., Росул М.М., Кошмякова Т.В., Корабельщикова М.О.

Сучасні тенденції лікування хворих інфарктом міокарда та динаміка смертності від даної патології в м. Ужгород

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород, Україна

На сьогоднішній день стан здоров'я населення України характеризується низьким рівнем тривалості життя, високими показниками захворюваності та смертності. Вагомий внесок у ці процеси вносить ішемічна хвороба серця (ІХС) як складова частина серцево-судинних захворювань і яка є на другому місці після артеріальної гіпертензії за поширеністю. Саме ІХС є тим плацдармом, на якому розвиваються важкі серцево – судинні ускладнення, зокрема інфаркт міокарда (ІМ). Поширеність ІМ, починаючи з 2015 та по 2017 рр. в Україні коливалась, але залишалась на високому рівні (з 2018 р дані про поширеність хвороб і захворюваність відсутні у зв'язку із скасуванням Форми №20 згідно наказу МОЗ України). Разом з тим спостерігається позитивна тенденція до зменшення смертності від ІМ.

Мета – проаналізувати запровадження коронаро-вентрикулографії (КВГ) та перкутанних коронарних втручань (ангіопластики/стентування інфаркт-залежної коронарної артерії) у хворих ІМ в м. Ужгороді за 2015, 2019 рр. та динаміку смертності від даної патології.

Матеріали та методи. Обстежено 60 хворих, які перенесли нефатальний ІМ у 2015 році та 71 хворий – в 2019 році, яким в ургентному порядку проводилась КВГ та за показами стентування коронарних артерій (КА) або рекомендувалось хірургічне лікування – шунтування. Вивчено структуру смертності хворих ІМ за 2015 та 2019 роки.

Результати. В 2015 році перенесли нефатальний ІМ 154 хворих. Всього було проведено КВГ 60 хворим, що склало 39,0% від всіх виживших хворих. В ургентному порядку було проведено КВГ 54 хворим (35,1%), в плановому порядку – 6 хворим (3,9%). В 2019 році перенесли нефатальний ІМ значно менша кількість хворих – 134 осіб. Разом з тим значно більшої кількості хворих було проведено КВГ – 71 хворим (53,0%). Одночасно відбулося збільшення кількості хворих, яким КВГ проводилось як в ургентному (63 хворих або 47,0%) так і в плановому (8 хворих або 6,0%) порядку.

За результатами отриманих після КВГ даних в 2015 році проведено стентувань КА 57 хворим (37,0%). Стентування КА в більшості випадків проводилось

хворим ІМ в ургентному порядку – 52 хворим (33,8%). В плановому порядку стентування КА проведено тільки 5 хворим (3,2%). В 2019 р значно збільшилась кількість хворих ІМ, яким було проведено стентування КА (66 хворим або 49,3%) як в ургентному (61 хворий або 45,5%) так і в плановому порядку (5 хворим або 3,7%). За результатами отриманих після КВГ даних у зв'язку із значним ураженням КА було рекомендовано хірургічне лікування практично однакової кількості хворих: в 2015 р. 6 хворим або 3,9%, в 2019 році – 5 хворим або 3,7%. В 2015 році померло від ІМ 63 хворих, що склало 29,0% від всіх зареєстрованих хворих з ІМ. Під час стаціонарного лікування померло від ІМ 42 хворих або 19,4%. На догоспітальному етапі в 2 рази менше – 21 хворий або 9,7%. В 2019 році спостерігалась цікава тенденція відносно смертності від ІМ: в абсолютних цифрах кількість хворих з фатальним ІМ зменшилась (померло 56 хворих або 29,5%), однак враховуючи скорочення чисельності дорослого населення в м. Ужгороді показник смертності від ІМ на 1000 дорослого населення практично не змінився. Разом з тим спостерігалась вкрай негативна тенденція до збільшення кількості хворих, які померли вдома. Так, під час стаціонарного лікування померло 20

хворих або 10,5%, а на догоспітальному етапі 36 хворих або 19,0%. Таким чином в стаціонарі померло майже в 2 рази менше хворих, одночасно вдома – в 2 рази більше. Це вкрай небезпечна тенденція оскільки під час стаціонарного лікування хворий отримує адекватне лікування ІМ у зв'язку з чим зменшується вірогідність фатального наслідку.

Висновки. За останні 5 років спостерігається чітка тенденція до збільшення кількості хворих ІМ, яким проводиться КВГ та найбільш ефективний сучасний метод реперфузії міокарда – стентування. Переважають хворі ІМ, яким дані втручання проводять в ургентному порядку, що дозволяє зберегти життя хворих та покращити їх прогноз. Смертність хворих від ІМ залишається на високому рівні. Виявлена небезпечна тенденція до збільшення кількості хворих, які помирають на догоспітальному етапі. Багато випадків таких смертей можна було би попередити при своєчасній діагностиці та якісному лікуванні.

Ключові слова: інфаркт міокарда, коронарорентрикулографія, смертність.

Примітка. У статтях збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду», у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

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

До друку приймаються наукові статті українською, російською та англійською мовами, які містять такі необхідні елементи:

Шифр УДК

Далі (**українською, російською та англійською мовами**):

Автор(-и) (ім'я (ПІБ), місце роботи, місто, e-mail),

Назва публікації

Вступ

Постановка проблеми у загальному вигляді, аналіз останніх (за останні 10 років) досліджень та публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, визначення невіршених раніше частин загальної проблеми.

Мета дослідження

Містить 2–3 речення, в яких сформульовано яку проблему або гіпотезу вирішує автор і з якою метою.

Об'єкт і методи дослідження

Включає в себе докладний виклад об'єкту, обсягів, терміну, методик дослідження.

Даний розділ повинен містити максимальну інформацію – це необхідно для подальшого можливого відтворення результатів іншими дослідниками, порівняння результатів аналогічних досліджень та можливого включення даних статті в мета-аналіз. Вказується дотримання етичних принципів при проведенні дослідження.

Наприкінці виділяється підрозділ «Обробка даних», в якому вказується, якими методами обробки даних користувався автор.

Результати дослідження та їх обговорення

Їх слід представляти в логічній послідовності без літературних посилань. Дані наводяться чітко, у вигляді коротких описів з графіками, таблицями та рисунками.

Слід виділити нові і важливі аспекти результатів проведеного дослідження, проаналізувати можливі механізми або тлумачення цих даних, по можливості зіставити їх з даними інших дослідників.

Не слід повторювати відомості, що вже були вказані в розділі «Вступ». В обговорення можна включити обґрунтовані рекомендації для практики і можливе застосування отриманих результатів у майбутніх дослідженнях.

Перспективи подальших досліджень

2–3 речення в яких вказується напрям дослідження, яких планує провести автор за темою статті.

Висновки

Навести підсумок виконаної роботи: що отримано, про що це може свідчити або що може означати, чому служить і які розкриває можливості. Відобразити перспективи використання результатів.

Література

Список літератури оформляється без скорочень мовою оригіналу і з транслітерацією. Автори подаються в порядку згадування, транслітерацією, згідно з вимогами Ванкуверського стилю. Посилання в тексті вказуються цифрами у квадратних дужках. Список має включати не менше 5 джерел за останні 10 років.

Список використаних джерел відповідно до ДСТУ можна оформити відповідно до вимог ДАК України автоматично:

Для активного включення статей наукового фахового видання в обіг наукової інформації та коректного індексування публікацій наукометричними системами необхідно після наведення списку використаних джерел в кожній публікації наводити блок REFERENCES, який повторює список джерел з латинським алфавітом, та наводить список кирилических джерел у транслітерованому вигляді. Цитування у блоці References повинні бути оформлені за Ванкуверським стилем.

Анотація (українською, російською та англійською мовами)

Обсяг не більше 250 слів (не більше 1 500 знаків) – приблизно 0,5 сторінки, повинна включати такі пункти:

- Мета наукового дослідження
- Матеріали та методи дослідження
- Результати дослідження
- Висновки (які основні результати дослідницької наукової роботи)
- Ключові слова: не менше 3 та не більше 8.

На останній сторінці тексту повинні бути вказані дані про авторів: прізвище, ім'я та по батькові автора, науковий ступінь, наукове звання, місце роботи та посада, поштову адресу, номер телефону (службовий), електронна адреса, ORCID. Вказуються дані про конфлікт інтересів авторів.

Текст друкується через 1,5 інтервали, без переносів, розмір шрифту 14 у Times New Roman в редакторі Microsoft WORD. Відступ абзацу – 1,25 см знаком табуляції. Поля: зліва і справа 2,5 см, зверху і знизу 2,0 см. Електронні варіанти статей надсилаються на електронну пошту – g.slabkiy@ukr.net, а друковані варіанти (підписані всіма авторами) з офіційним направленням – на адресу: 02099, м. Київ, провулок Волго-Донський, 3. Обов'язкове направлення як електронного так і друкованого варіантів статей.

Статті рецензуються провідними фахівцями за профілем статті та проходять перевірку за ліцензованою програмою «Антиплагіат».

Оплату за публікацію статті здійснювати після отримання підтвердження про її прийняття до друку.

Редакційна рада