

ЗАСНОВНИКИ

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

Головний редактор журналу – Слабкий Г.О.

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

Відповідальний редактор – Ситенко О.Р.

Літературний редактор – Ратаніна О.М.

Дизайн і верстка – Кривенко Є.М.

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

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Голова редакційної колегії Лехан В.М.

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

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

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

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

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Голова редакційної ради Запорожан В.М. (Одеса)

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

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

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

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

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

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

Видання індексується Google Scholar та «Україніка наукова».

Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України». Протокол № 5 від 26.04.2018 р.

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

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

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

Підписано до друку 27 квітня 2018 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № 5246/18

Видавець:

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»

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

Видавник:

«СПД ФО «Коломцін В.Ю.»

Свідоцтво про державну реєстрацію В02 № 257914 від 09.12.2002 р.

Надруковано у МВЦ «Медінформ»

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

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

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

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

FOUNDERS

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

Chief Editor – Slabkiy G.O.

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

Executive Editor – Sytenko O.R.

Literary Editor – Ratanina O.M.

Design and layout – Kryvenko Ye.M.

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

EDITORIAL COLLEGIUM

Chairman of the Editorial Collegium Lekhan V.M.

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

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

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

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

EDITORIAL BOARD

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

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

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

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

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

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

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

The publication is indexed by Google Scholar and "Ukrainika scientific".

It is recommended for print by the Academic Council of the PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine".
Protocol № 5 of 26.04.2018.

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

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

Signed for publication on April 27, 2018. The total circulation is 100 copies. Order № 5246/18

Editor:

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

Publisher:

"SEA NP "Kolomitsyn V. Yu."
Certificate of State registration B02 № 257914 from 09.12.2002

Printed in MEC "Medinform"

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

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

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

ЗМІСТ

Вітальне слово ректора ДВНЗ «Ужгородський національний університет» професора Смоланки В.І. з нагоди проведення науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні» (17–18 травня 2018 року, м. Ужгород)	5	<i>Погоріляк Р.Ю., Гульчій О.П.</i> Залежність зміни показників громадського здоров'я та показників оцінки якості та доступності медичної допомоги від зміни ресурсного забезпечення	62
<hr/>		<i>Потапчук А.М., Мельник В.С., Горзов Л.Ф., Рівіс О.Ю.</i> Клініко-економічні аспекти професійної гігієни порожнини рота	66
Статті учасників конференції		<i>Печибориц В.П., Якимець В.М., Крохмалюк Л.В., Сацук С.П., Якимець В.В.</i> Особливості визначення безпеки лікарень в системі цивільного захисту населення	70
<i>Булавінова К.О., Децик О.З., Ціхонь З.О.</i> Роль комунікаційних стратегій у системі громадського здоров'я України	6	<i>Сердюк О.І., Короп О.А., Просоленко Н.В., Крупеня В.І., Рогожин Б.А.</i> Методологічні аспекти аналізу інтегральної ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу	78
<i>Висоцька О.І., Голубовська О.А.</i> Актуальні питання протидії поширенню соціально-небезпечних гемоконтактних вірусних інфекцій в сучасній системі громадського здоров'я України: роль первинної медичної допомоги	11	<i>Слабкий Г.О., Габорець Ю.Ю., Дудіна О.О.</i> Характеристика захворюваності дітей першого року життя	84
<i>Гребняк М.П., Кірсанова О.В., Таранов В.В.</i> Формування кадрового потенціалу громадського здоров'я	17	<i>Таралло В.Л.</i> До формування робочих навчальних програм підготовки майбутніх спеціалістів з громадського здоров'я	88
<i>Гришук С.М.</i> Визначення рівня обізнаності населення з основними положеннями «Медичної реформи»	22	<i>Фейса С.В.</i> Терапевтичні можливості корекції субклінічного гіпотиреозу у пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки та порушенням вуглеводного обміну	91
<i>Дикий Б.В.</i> Вплив штучного гіпобіозу на адаптаційні реакції людського організму згідно теорії неспецифічних адаптаційних реакцій (НАРО)	28	<i>Чебан В.І.</i> Процес розвитку комп'ютеризації та сучасні інформаційні технології за тематикою дослідження громадського здоров'я	98
<i>Дудник С.В.</i> Тенденції смертності дітей у віці до 1-го року життя від деяких інфекційних та паразитарних хвороб	33	<i>Ціборовський О.М., Сорока В.М.</i> Київське місцеве управління товариства Червоного хреста та його Маріїнська громада сестер милосердя	103
<i>Картавцев Р.Л.</i> Характеристика не введеного в експлуатацію медичного обладнання, закупленого за кошти державного бюджету	45	Тези доповідей учасників конференції	112
<i>Кравченко В.В.</i> Вектори розвитку комунальної амбулаторної консультативно-діагностичної допомоги на основі державно-приватного партнерства	53		
<i>Огнев В.А., Чухно І.А.</i> Громадське здоров'я: змістовно-управлінський аспект	58		

CONTENT

Greeting of Rector of SU “Uzhhorod national university” Professor V. Smolanka on the occasion of the scientific-and-practical conference with international participation “Actual issues of public health system development in Ukraine” (Uzhhorod, May 17–18, 2018) (In Ukr.) 5

Articles of participants of conference

Bulavinova K.O., Detsyk O.Z., Tsichon Z.O.
The role of communication strategies in the public health system of Ukraine 6

Vysotska O.I., Golubovska O.A.
Actual problems of counteracting the spread of socially dangerous blood-borne viral infections in the modern system of public health in Ukraine: the role of primary health care 11

Grebnyak N.P., Kirsanova E.V., Taranov V.V.
Formation of public health potential 17

Hryshchuk S.M.
Determination of the awareness level of the population with the basic provisions of the “medical reform” 22

Dykyy B.V.
Influence of artificial hypobiosis on adaptation responses of human body according to the theory of nonspecific adaptive reactions (NARO) 28

Dudnyk S.V.
Tendencies of children’s mortality under 1 year of age from certain infectious and parasitic diseases 33

Kartavtsev R.L.
Characteristic of medical equipment purchased for State budget money and not put into operation 45

Kravchenko V.V.
Vectors of development of municipal consultative and diagnostic care based on public-private partnership 53

Ohniev V.A., Chukhno I.A.
Public health: content-management aspect 58

Pogorilyak R.Yu., Gulchii O.P.
The dependence of changes in public health indicators and indicators of quality assessment and availability of health care from changes in resource provision 62

Potapchuk A.M., Melnyk V.S., Horzov L.F., Ravis O.Yu.
Clinical and economic aspects of professional oral hygiene 66

Pechyborsh V.P., Yakymets V.M., Krokhmalyuk L.V., Satsyk S.P., Yakymets V.V.
Special features of the evaluation of hospitals security in the system of population civil protection 70

Serdyuk A.I., Korop O.A., Prosolenko N.V., Krupenya V.I., Rogozhin B.A.
Methodological aspects of the analysis of the integrated effectiveness of health care institutions providing primary health care 78

Slabkiy G.O., Gaborets Yu.Yu., Dudina O.O.
Characteristics of infants’ morbidity in the first year of life 84

Tarallo V.L.
To the issues of developing syllabi of instruction for training specialists in public health 88

Feisa S.V.
Therapeutic possibilities of correction of subclinical hypothyroidism in patients with nonalcoholic fatty liver disease and carbohydrate metabolism disorder 91

Cheban V.I.
The process of computerization development and modern information technologies on the subject of public health research 98

Tsiborovsky O.M., Soroka V.M.
Kiev local department of the Red Cross society and its Mariinsky Society of Sisters of mercy 103

Abstracts of the reports of the participants of conference 112



**Привітання
ректора Ужгородського національного університету
учасникам науково-практичної конференції
з міжнародною участю
«Актуальні питання розвитку
системи громадського здоров'я в Україні»**

Шановні учасники конференції, пані та панове!

Радий вітати учасників другої науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні», відданих справі розвитку системи громадського здоров'я спеціалістів в Ужгородському національному університеті.

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

Стає традицією проводити науково-практичні конференції з актуальних питань розвитку національної системи громадського здоров'я в Ужгороді, місті яке входить до мережі «Здорових міст» України.

Науково-практична конференція проходить в складний час коли на фоні несприятливої дії на стан громадського здоров'я соціально-економічних детермінант погіршуються показники медико-демографічної ситуації та є актуальним питання забезпечення біобезпеки в державі.

В Україні є одним із самих низьких в Європі показник середньої очікуваної тривалості життя при цьому реєструється надсмертність чоловіків працездатного віку, високий рівень дитячої смертності. Тому створення системи громадського здоров'я з запровадженням здоров'я зберігаючих та здоров'я формуючих технологій і механізмів є надзвичайно важливою задачею національного рівня.

Конференція проходить в період, який потребує консолідації зусиль та наявності науково обґрунтованих розробок та між секторального підходу в справі створення в країні сучасної системи громадського здоров'я та ефективної організації її діяльності. Тому перед її учасниками стоїть відповідальна задача з обговорення та прийняття відповідальних рішень скерованих на подолання існуючих проблем в справі розбудови системи громадського здоров'я на всіх її рівнях.

Закарпатська область та Ужгородський національний університет проводять значну роботу в цьому напрямку і їх кадровий потенціал готовий внести свій вагомий внесок в справу підготовки фахівців для системи громадського здоров'я в Україні та проводити наукові дослідження з зазначеної тематики.

Конференція проходить в період активного розвитку системи громадського здоров'я в країні. Перші кроки є завжди складними та відповідальними. Від правильності прийнятих рішень та проведених заходів залежить ефективність діяльності системи в майбутньому.

Впевнений, що прийняті на науково-практичній конференції документи стануть підґрунтям для визначення подальших дій щодо розбудови ефективної системи громадського здоров'я в країні та забезпечення умов для покращення та захисту і зміцнення здоров'я населення і підвищення якості життя, вони будуть сприяти подальшій плідній міжнародній співпраці у названій сфері.

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

Ректор, професор

Володимир СМОЛАНКА

УДК 614.2+614.23

К.О. Булавінова¹, О.З. Децик², З.О. Ціхонь²

Роль комунікаційних стратегій у системі громадського здоров'я України

¹Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), м. Київ, Україна

²ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

Мета. Встановити місце і роль комунікацій в системі громадського здоров'я України.

Матеріали та методи. Вивчили матеріали світових та вітчизняних нормативних документів, наукових публікацій із питань дослідження, дані статистичної бази даних МОЗ України «УкрВак» за 2016-2017рр.

Результати. Встановлено, що комунікації дозволяють забезпечити ефективність програм громадського здоров'я на державному, груповому та індивідуальному рівнях. Реалізація комунікаційних стратегій в громадському здоров'ї потребує належного ресурсного забезпечення: програмно-цільового фінансування, професійно підготовлених компетентних кадрів, сучасних технологій.

Висновки. Формування комунікаційних компетенцій повинно стати обов'язковою складовою стандартів освіти та навчальних програм як з громадського здоров'я, так і медицини.

Ключові слова: громадське здоров'я, комунікації.

Вступ

Як відомо, основою ефективного функціонування системи громадського здоров'я (СГЗ) є інтегровані координовані зусилля усього суспільства з метою запобігання хворобам, продовження життя та промоції здоров'я. Зрозуміло, що узгодження дій усіх зацікавлених сторін неможливе без чітко налагоджених комунікацій між ними [8, 11].

Вагомість комунікацій у громадському здоров'ї вперше знайшла визнання на державному рівні у США шляхом включення окремої глави при розробці Департаментом охорони здоров'я і гуманітарних послуг у 2000 році національної програми Healthy People 2010, а в Інституті раку засновано центр комунікацій. За останні десятиріччя вивчення комунікацій в громадському здоров'ї широко впроваджується у навчальні курси медичних навчальних закладів, видається декілька рецензованих фахових журналів, опубліковані монографії тощо [8, 10, 11].

Тобто, ефективність комунікацій в громадському здоров'ї як мистецтва і технології інформування, впливу та мотивації індивідуальних, інституційних і громадських аудиторій стосовно важливості питань здоров'я визнана доведеною і безперечною [10, 11].

Як наслідок, у окреслених 2012 року Європейським бюро ВООЗ десяти основних оперативних функцій громадської охорони здоров'я дев'ятою зазначено інформаційно-роз'яснювальну діяльність (адвокацію), комунікації і соціальну мобілізацію в інтересах здоров'я [3].

Оскільки в Україні СГЗ знаходиться тільки на етапі формування, вкрай важливо з самого початку закласти основи належних комунікацій та дієвої співпраці між усіма зацікавленими сторонами у напрямі досягнення її основної мети.

Мета дослідження. Встановити місце і роль комунікацій в системі громадського здоров'я України.

Матеріали та методи

Вивчили матеріали світових та вітчизняних нормативних документів, наукових, у т.ч. власних, публікацій із питань дослідження, дані статистичної бази даних МОЗ України «УкрВак» за 2016-2017 рр.

Результати дослідження та їх обговорення

За визначенням експертів ВООЗ виконання завдань десяти оперативних функцій громадського здоров'я (ОФГЗ) вимагає створення в країнах стійких організаційних структур, здатних забезпечити їх виконання та підтримку [3]. Реалізація ОФГЗ потребує інтеграції відповідної діяльності інституцій не тільки системи охорони здоров'я, а й інших, практично усіх, міністерств та відомств, органів місцевого самоврядування, недержавних громадських медичних та пацієнтських організацій, самих громадян (рис. 1). Координацію їх зусиль у межах СГЗ зазвичай бере на себе уповноважена агенція в Міністерстві охорони здоров'я, а регулювання взаємозв'язків між ними визначається відповідним законодавством.

В Україні вже створена така агенція – Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України» [7] і схвалена Концепція розвитку системи громадського здоров'я [6]. На часі – формування мережі регіональних центрів громадського здоров'я, а також – розробка і прийняття відповідного Закону України, який би врегулював порядок визначення пріоритетних програм СГЗ, функції та взаємозв'язки між основними стейкхолдерами СГЗ.

Слід зазначити, що Україна мала досвід як ефективних, так і неефективних програм у сфері громадського здоров'я. Прикладом перших може слугувати державна соціальна програма зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення (2009) [4], а других – програма імунопрофілактики та захисту

населення від інфекційних хвороб (2009) [12], причини недоліків та неефективності якої, у т.ч. на рівні комунікативних стратегій, вимагають комплексного вивчення, узагальнення і нагальної корекції.

Світова практика свідчить, що для забезпечення ефективності державних програм громадського здоров'я важливо сформувати та реалізувати комплекс багаторівневих комунікаційних стратегій і втручань, який повинен включати: адвокацію у засобах масової інформації на політичному рівні, медіа-кампанії на популяційному рівні, соціальний маркетинг на рівні громади, цільові повідомлення на рівні групи і спеціальні повідомлення на індивідуальному рівні.

Всі ці складові є важливими, але найважчими для реалізації зазвичай є комунікативні стратегії, спрямовані на досягнення змін в орієнтаціях та установках громад і населення. Головні труднощі тут пов'язані із не однаковим

сприйняттям інформації різними групами населення та індивідуумами, маніпулюванням громадською думкою з боку ЗМІ, а звідси – недовірою населення, слабкою готовністю людей до змін, можливим конфліктом інтересів між наукою громадського здоров'я і політиками. Тому, досягнути ефекту можна лише через добре продумані, ретельно впроваджені стійкі інтервенції на всіх рівнях, спрямовані на підвищення обізнаності та посилення знань, формування нових установок і змін в поведінці. Для цього важливо збирати інформацію про цільові аудиторії стосовно рівня їх медичної грамотності і культури, сегментованості, сприйняття повідомлень тощо на всіх етапах розробки та реалізації комунікативних програм: планування, розробки та впровадження. Особливу увагу при цьому слід звертати на налагодженні зворотного зв'язку для забезпечення моніторингу та оцінки реакції цільової аудиторії на інформаційні втручання.



Рис. 1. Схема структури системи громадського здоров'я

З огляду на сказане зрозуміло, що розробка та реалізація комунікаційних стратегій в системі громадського здоров'я потребує професійно підготованих фахівців. Саме тому, у багатьох магістерських програмах європейських та американських шкіл громадського здоров'я пропонується відповідна спеціалізація із комунікацій у сфері громадського здоров'я [8, 9]. Підготовка таких фахівців базується на міждисциплінарному підході і охоплює дисципліни: масові комунікації, ораторське мистецтво, медична просвіта, соціальний маркетинг, журналістика, зв'язки з громадськістю, психологія, інформатика, епідеміологія та біостатистика.

В Україні нещодавно запроваджена нова спеціальність 229 «Громадське здоров'я» галузі знань 22 «Охорона здоров'я». На сьогодні уже розроблений та проходить затвердження у МОН України галузевий стандарт освіти для магістерського рівня, де серед рекомендованих спеціалізацій є й промоція здоров'я.

Разом з тим, на наш погляд, наявність фахових компетенцій із комунікацій не менш важлива і при здобутті такої спеціалізації громадського здоров'я, як політика та управління в сфері охорони здоров'я, оскільки їх наявність є обов'язковою умовою реалізації всіх функцій управління (планування, організація, мотивація, контроль). Твердження базується на результатах

обговорення на підсумкових конференціях, які проводяться на кафедрі соціальної медицини, організації охорони здоров'я та медичного правознавства Івано-Франківського національного медичного університету при завершенні циклів спеціалізації та передатестаційних з організації та управління охороною здоров'я. Для забезпечення потреб у здобутті цих компетенцій нами уже введено відповідний навчальний модуль у існуючі робочі програми післядипломної освіти керівників закладів охорони здоров'я і їх заступників, а також розроблено робочу програму циклу тематичного удосконалення «Культура організацій і комунікації», запланованого на грудень 2018 року.

Не менш важливо ввести відповідні модулі у освітній стандарт та навчальні програми підготовки магістрів із спеціальності 222 «Медицина», а також на післядипломному рівні, у першу чергу, при підготовці лікарів первинної медичної допомоги (ПМД). Адже саме лікар ПМД є важливим провайдером програм ГЗ на рівні громади [6], до його прямих обов'язків належить надання консультативної допомоги, спрямованої на [5]:

- усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (тютюнопаління, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо);

- формування навичок здорового способу життя;

- мотивацію дотримання населенням календаря щеплень;

- мотивацію і забезпечення проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань (серцево-судинних, цукрового діабету, ВІЛ-інфекції, туберкульозу, злоякісних новоутворень).

Прикладом такого комунікаційного втручання на рівні ПМД є, розроблена одним із співавторів і розташована на сайті МОЗ України, інформаційна технологія стосовно побудови розмов із батьками про вакцинацію дітей [1].

На наше переконання, комунікативні навички є важливими у роботі взагалі усіх лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою. Результати наукових досліджень свідчать, що невміння налагодити комунікації з пацієнтами є пріоритетним джерелом невдоволення останніх медичним обслуговуванням у закладах охорони здоров'я. А позитивні результати, отримані при впровадженні навчальних тренінгів на робочому місці «Ефективне спілкування з пацієнтами», свідчать про доцільність і потребу їх широкого застосування [2].

Особливо тепер, в умовах реформування системи охорони здоров'я та запровадження ринкових механізмів фінансування, лікар без комунікативних навичок не зможе налагодити ефективний клієнтський сервіс і конкурувати із більш успішними колегами та закладами.

Свідченням розуміння цього є й велика популярність секції «Комунікація в громадському здоров'ї» у рамках уже традиційних Зимових шкіл «Громадське здоров'я в Україні» (м. Одеса, 2016-2018 рр.), інших подібних тренінгів та навчань, які проводяться під егідою міжнародних фахових організацій.

Однак, в ході їх проведення за даними обговорення з'ясовано, що на сьогодні в Україні ця робота проводиться на волонтерських засадах, або за кошти міжнародних організацій. Є також очікування, що такі комунікації повинні здійснювати прес-секретарі органів місцевого самоврядування. Хоча, насправді, це не зовсім знаходиться в колі їх компетенцій і службових обов'язків. Крім того, ці особи, не маючи спеціальної освіти, не компетентні в комунікаціях в громадському здоров'ї, особливо щодо впливу на зміну поведінки громадян.

Також встановлено, що в бюджетах на національному та регіональному рівнях, навіть за наявності програм з громадського здоров'я, кошти на комунікації зазвичай не виділяються.

Разом з тим, на прикладі тієї ж вакцинації виявлено, що добре спланована та вчасно реалізована комунікативна стратегія, яка ведеться сучасними методами, дає можливість швидко отримати ефективні результати. Так, у відповідь на спалах кору у вересні 2017 року фаховими експертами Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) розроблено та реалізовано за його ж фінансової підтримки комунікативну стратегію, спрямовану на збільшення охоплення населення імунацією і відповідно – зупинку розповсюдження захворювання. Комунікаційні інтервенції було стратифіковано на декілька цільових аудиторій: адвокація на рівні уряду; комунікація з медичною громадою; комунікація з освітянами; комунікація з батьками. Також було створено комунікативний штаб для координації комунікацій по спалаху на національному рівні. Розроблено так званий інфоцит – уніфікований набір інформаційних повідомлень щодо кору та його профілактики, розміщений на сайті МОЗ України і розісланий усім департаментам охорони здоров'я облдержадміністрацій.

У результаті, понад 5 млн. осіб отримали інформацію про кір та вакцинацію від нього в медичних закладах, школах, дитячих садках, щотижнево 500 тис. осіб отримували такі меседжі через соціальні мережі.

Експерти ЮНІСЕФ за підтримки МОЗ України та органів місцевого самоврядування впродовж вересня-грудня 2017 р. здійснили 23 моніторингових візити у 32 локації – склади вакцин, амбулаторії, ФАП, поліклініки. В ході цих візитів у т.ч. здійснювався й аудит комунікацій: які матеріали є для батьків, а які для медичних працівників; звідки останні отримують інформацію про епідеміологічну ситуацію щодо кору, як і що пояснюють батькам.

Крім цього, впродовж вересня-грудня 2017 р. було організовано і проведено 24 семінари-тренінги в областях із спалахом кору, якими охоплено понад 1200 працівників охорони здоров'я, 600 учителів, 186 організаторів охорони здоров'я. Основний акцент на цих семінарах-тренінгах робився на ефективному комунікативному підході, а навчання базувалось на інтерактивному підході з використанням вивірених повідомлень.

Під егідою ЮНІСЕФ у грудні 2017 року була проведена національна конференція з імунопрофілактики, де однією із цільових тем визначено комунікацію, а у січні

2018 року – воркшоп для 180 медичних працівників Одеси, де спалах кору супроводжувався найвищою летальністю.

Як наслідок, охоплення щепленням (вакцина ККП – кір, краснуха, паротит) у нормативних (відповідно до календаря щеплень) вікових групах – 12 місяців і 6 років, зросло з 45,5% і 30,2% у 2016 р. до 93,3% і 96,7%

у кінці 2017 року (рис. 2). Так звана «підчищаюча вакцинація» у решті вікових груп, які з різних причин пропустили належні терміни імунопрофілактики, також зростає: з 32,1% до 80,6% у віці 2-5 років і з 13,0% до 78,6% – у 7 років і старших.

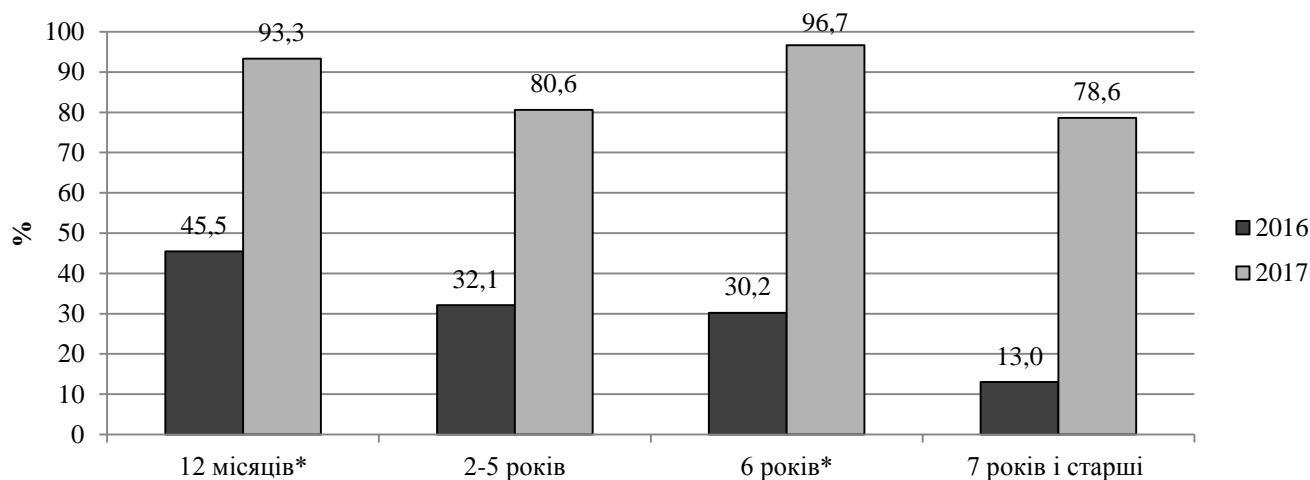


Рис. 2. Охоплення вакцинацією ККП у 2016 і 2017 роках (* – відповідно до календаря щеплень)

Висновки

1. Комунікації дозволяють забезпечити ефективність програм громадського здоров'я на державному, груповому та індивідуальному рівнях.

2. Реалізація комунікаційних стратегій в громадському здоров'ї потребує належного ресурсного забезпечення: програмно-цільового фінансування, професійно підготованих компетентних кадрів, сучасних технологій.

3. Формування комунікаційних компетенцій повинно стати обов'язковою складовою стандартів освіти та навчальних програм як з громадського здоров'я, так і медицини, а також на післядипломному рівні – при підвищенні кваліфікації керівників закладів охорони здоров'я, лікарів первинної медичної допомоги та інших медичних працівників.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням впливу комунікацій в системі громадського здоров'я на стан здоров'я населення.

Література

1. Булавінова К. Як розмовляти з батьками про щеплення: радить експерт [Електронний документ]. – МОЗ України, 2018. – Режим доступу: <http://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/jak-rozmovljati-z-batkami-pro-sheplennja-radit-ekspert>. – Назва з екрану.
2. Децик О. З. Шляхи поліпшення задоволеності пацієнтів в системі управління якістю стаціонарної допомоги / О. З. Децик, А. М. Яворський, М. І. Яворський // Сучасні медичні технології. – 2013. – № 2 (18). – С. 45-48.
3. *Европейський план дій* для посилення потенціалу та послуг громадського здоров'я. – Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). – 52 с.
4. Красовський К. С. Характеристика державної політики з контролю над тютюном / К. С. Красовський, А. А. Григоренко // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік. [Монографія]. – К., 2012. – С. 232-242.
5. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги. – Наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504.
6. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я. – Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р.
7. Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України». – Наказ МОЗ України від 18.09.2015 р. № 604.
8. Bernhardt J. M. Communication at the Core of Effective Public Health // Am J Public Health. – 2004. – № 94(12). – P. 2051–2053.

9. *European Core Competences for MPH Education (ECCMPHE): ASPHER's European public health core competences programme / By C. Beart, A. Foldspang. – The authors and the association of schools of public health in European region (ASPHER), 2011. – Publication No.6. – 38 p.*
10. *Healthy People 2010: 2nd ed. – Washington, DC: US Dept of Health and Human Services, 2000.*
11. *Rimal R. N., Lapinski M. K. Why health communication is important in public health // Bulletin of the World Health Organization. – 2009. – № 87. – P. 247-247. – doi: 10.2471/BLT.08.056713.*
12. *UNICEF Annual Report 2013 – Ukraine [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.unicef.org/about/annualreport/files/Ukraine_COAR_2013.pdf.*

Дата надходження рукопису до редакції: 10.04.2018 р.

Роль коммуникационных стратегий в системе общественного здравоохранения Украины

К.А. Булавинова, О.З. Децик, З.А. Цихонь
Детский фонд ООН, Ивано-Франковский
национальный медицинский университет

Цель. Определить место и роль коммуникаций в системе общественного здравоохранения Украины.

Материалы и методы. Изучили материалы мировых и отечественных нормативных документов, научных публикаций по вопросу исследования, данные статистической базы данных МЗ Украины «УкрВак» за 2016-2017 гг.

Результаты. Установлено, что коммуникации дают возможность обеспечить эффективность программ общественного здравоохранения на государственном, групповом и индивидуальном уровнях. Реализация коммуникационных стратегий в общественном здравоохранении требует соответствующего ресурсного обеспечения: программно-целевого финансирования, профессионально подготовленных компетентных кадров, современных технологий.

Выводы. Формирование коммуникационных компетенций должно стать обязательным компонентом стандартов образования и учебных программ как по общественному здравоохранению, так и медицине.

Ключевые слова: общественное здравоохранение, коммуникации.

The role of communication strategies in the public health system of Ukraine

Bulavinova K. O., Detsyk O. Z., Tsichon Z. O.
United Nations Children's Fund (UNICEF),
Ivano-Frankivsk National Medical University

Objective. To show the place and role of communications in the public health system of Ukraine.

Materials and methods. There were studied materials of international and domestic normative documents, scientific publications on research issues, and data of Ministry of Health Database "UkrVak" for 2016-2017.

Results. It was established that communication ensures the effectiveness of public health programs at the state, group and individual levels. Realization of communications strategies in public health needs sufficient resources: program-and-target-oriented financing, professional competent workforce, modern technologies.

Conclusions. Formation of communication competencies should become a mandatory part of the educational standards and curricula, both for public health and medicine.

Key words: public health, communications.

Відомості про авторів

Булавінова Катерина Олександрівна – медичний експерт Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні.

Децик Орина Зенонівна – д. мед. наук, професор, зав. кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», вул. Галицька, 2, Івано-Франківськ, 76018.

Цихонь Зоя Олексіївна – к. мед. наук, доцент кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», вул. Галицька, 2, Івано-Франківськ, 76018.

УДК 614.2:[616.9-022.7:578]-022.3:616.15

О.І. Висоцька, О.А. Голубовська

Актуальні питання протидії поширенню соціально-небезпечних гемоконтактних вірусних інфекцій в сучасній системі громадського здоров'я України: роль первинної медичної допомоги

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

Мета. Вивчити особливості поширення соціально-небезпечних гемоконтактних вірусних інфекцій (ГВІ) в Україні та підходи щодо посилення ролі закладів первинної медичної допомоги і новостворюваної системи громадського здоров'я в протидії їх розповсюдження.

Матеріали та методи. У роботі використано бази чинних нормативно-правових документів, літературні джерела, аналітично-інформаційні матеріали за допомогою методів бібліосемантичного дослідження, епідеміологічного, структурно-логічного аналізу, контент-аналізу та системного підходу.

Результати. Інфекції з гемоконтактним механізмом передачі, а саме ВІЛ-інфекція, вірусні гепатити В та С є однією з найбільш актуальних проблем охорони здоров'я в нашій країні. Профілактичними програмами охоплені недостатньо представники уразливих груп щодо ВІЛ-інфекції. Важливими показниками залишаються збільшення числа ВІЛ-позитивних людей, вперше виявлених внаслідок наявності клінічних показань, тобто на пізніх стадіях захворювання, в тому числі у соціально адаптованих осіб. Захворюваність на хронічні вірусні гепатити В (ХГВ) і С (ХГС) в Україні вже набула характеру епідемії. В інфікованих вірусом гепатиту В (ВГВ) пацієнтів часто виявляють вже пізні стадії захворювання. Зберігається фрагментація медичної допомоги таким хворим, що знижує як ефективність епідеміологічного нагляду, так і якість надання їм медичної допомоги. Потенціал існуючих профільних спеціалізованих медичних закладів є недостатнім надавати адекватну поточним потребам медичну допомогу всім інфікованим хворим. Разом з тим, наголошується на розширенні повноважень закладів первинної медичної допомоги (ПМД) щодо надання послуг у сфері громадського здоров'я.

Висновки. Необхідне впровадження інтегрованих систем медичного обслуговування на базі закладів охорони здоров'я, які повинні надавати первинну медичну допомогу в тісній ефективній взаємодії із службами системи громадського здоров'я.

Ключові слова: первинна медична допомога, гемоконтактні вірусні інфекції, громадське здоров'я.

Вступ

Соціально-небезпечні вірусні інфекції з гемоконтактним механізмом передачі (ГВІ), серед яких ВІЛ-інфекція, хронічні вірусні гепатити В (ХГВ) і С (ХГС) є однією з найбільш гострих проблем охорони здоров'я у світі, особливо в країнах із низьким та середнім рівнем доходу, до яких відноситься і Україна. Високими є показники смертності від цих захворювань. Внаслідок низки обставин, а саме умов економічної кризи, військового конфлікту на сході країни, ГВІ в Україні значно поширюються. Наша країна продовжує залишатися країною з одним з найвищих рівнів поширення ВІЛ-інфекції в Європі. Складність ситуації в Україні поглиблюється також через критично низький доступ до лікування.

Разом з тим, становлення системи громадського здоров'я та первинної медичної допомоги (ПМД) на засадах загальної практики-сімейної медицини є пріоритетними напрямками здійснення реформи національної системи охорони здоров'я України. Враховуючи це, та в контексті формування в нашій країні сучасної галузі громадського здоров'я постає потреба обґрунтування ролі і місця закладів

первинної медичної допомоги щодо оптимізації їх діяльності з питань готовності до спалахів високопатогенних хвороб, попередження і контролю над інфекційними хворобами, в тому числі соціально-небезпечними гемоконтактними вірусними інфекціями, ВІЛ/СНІД та туберкульозом (дослідження виконується в рамках науково-дослідної роботи на замовлення МОЗ України, № держреєстрації 0118U001212).

Мета роботи – дослідити поточний стан національної проблеми вірусних інфекцій із гемоконтактним механізмом передачі, особливості їх поширення, проаналізувати поточні медико-епідеміологічні і соціальні аспекти вперше виявлених ГВІ на вторинному рівні надання медичної допомоги та основні підходи щодо оптимізації ролі ПМД в системі запобігання та протидії поширенню соціально-небезпечних гемоконтактних вірусних інфекцій в Україні.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження були дані чинних нормативно-правових документів, літературних джерел, аналітично-інформаційних матеріалів, статистична

звітність. Використано методи бібліосемантичний, епідеміологічний, структурно-логічного аналізу, контент-аналізу та системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Група гемоконтактних вірусних інфекцій, яка об'єднує ВІЛ-інфекцію та ВІЛ-асоційовані захворювання, в тому числі хронічні вірусні гепатити В і С, на сьогоднішній день є глобальною проблемою людства та відіграють суттєву роль у рівнях смертності, інвалідизації та зниження якості життя хворих. Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції знижується в усьому світі, разом з тим, в Європейському регіоні ВООЗ кількість таких випадків збільшилась більш ніж на 75% (в порівнянні з 2005 р.). Це залишає ВІЛ-інфекцію однією з провідних проблем охорони громадського здоров'я в даному регіоні. Україна має одну з найбільших за величиною епідемію ВІЛ-інфекції серед країн Східної Європи та Центральної Азії. За темпами розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Європі та світі наша країна є другою та п'ятою відповідно і посідає 22-ге рейтингове місце серед 123-х країн світу за оціночною кількістю людей, які живуть з ВІЛ [3, 20, 23, 25]. Важливо зазначити, що ці соціально-небезпечні інфекції продовжують поширюватися в нашій країні як внаслідок, так і за умов економічної кризи, військового конфлікту в східній частині України та ряду інших обставин.

В Україні за період 1987 р. – грудень 2017 р. офіційно зареєстровано 315618 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 102 205 випадків захворювання на СНІД та 45074 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІД. Станом на 01.01.2018 р., під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я служби СНІДу перебувало 141371 ВІЛ-інфікованих осіб (поширеність ВІЛ-інфекції – 333,3 на 100 тис. населення) та 43 816 хворих на СНІД (поширеність СНІДу – 103,3 на 100 тис. населення). Найвищі показники поширеності ВІЛ-інфекції зареєстровано в Одеській (885,4 на 100 тис. населення), Дніпропетровській (846,3), Миколаївській (769,6), Херсонській (423,3), Київській (409,5), Чернігівській (395,5) областях та у м. Києві (445,1) [15].

В структурі шляхів передачі ВІЛ продовжує зростати статевий (гомо- та гетеросексуальний) шлях інфікування (63,7% проти 59,8% за відповідний період минулого, 2017 року). На жаль, профілактичні програми недостатньо забезпечують представників уразливих щодо ВІЛ-інфекції груп. Відмічається збільшення числа ВІЛ-позитивних людей, вперше виявлених внаслідок наявності клінічних показань, тобто на пізніх стадіях захворювання, особливо в соціально адаптованих осіб, зростання захворюваності та смертності від СНІД і поєднаної патології ВІЛ/ТБ. Залишається загроза генералізації епідемії в окремих регіонах нашої країни [3].

Активність епідемічного процесу ВІЛ-інфекції продовжує підтримуватись за рахунок прихованого компоненту. Майже половина оціночної кількості людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) не знає про свій ВІЛ-позитивний статус. Щорічно близько третини виявлених ВІЛ-

позитивних осіб залишаються поза медичним обліком (26,7%–2017р.) і біля 20% ЛЖВ, які перебувають на обліку не звертаються за медичною допомогою. Більше 50% осіб віком 15 років і старше (56,4% в 2017 р.) виявляються вперше на 3 та 4 клінічних стадіях ВІЛ-інфекції [15].

Стрімко зростає в Україні захворюваність на хронічні вірусні гепатити В (ХГВ) і С (ХГС), яка вже набула характеру епідемії, що може мати більш серйозні наслідки, ніж епідемії ВІЛ-інфекції та туберкульозу. За даними ВООЗ, Україна належить до країн із середньою поширеністю гепатиту С – інфіковано приблизно 3% громадян, що складає близько 1170 тис. осіб. Однак, за результатами вибіркового моніторингу груп ризику, рівень інфікування вірусом гепатиту С (ВГС) серед деяких груп ризику в Україні значно перевищує середньостатистичні показники і сягає 40–60%. Варто зазначити, що загальна кількість хворих на гепатити у світі в 4–5 разів перевищує кількість ВІЛ-інфікованих. Крім того, вірусні гепатити у 50–100 разів більш контагіозні, ніж ВІЛ. ВГС-інфекція спричинює печінкову недостатність, цироз печінки та гепатоцелюлярну карциному, від яких щороку в світі гине близько 700 тис. осіб, із збільшенням кількості ВІЛ-інфікованих, переважно молодого віку та споживачів ін'єкційних наркотиків [21].

Постійно спостерігається збільшення захворюваності та смертності від опортуністичних хвороб, а також коінфекції ВІЛ, туберкульоз, вірусних гепатитів В, С. Вірусні ураження печінки, зокрема хронічні гепатити В та С, все більшою мірою визначають смертність при ВІЛ-інфекції. Слід підкреслити, що ВГС-інфекція дуже несприятливо впливає на перебіг ВІЛ-інфекції, прискорюючи зниження рівня CD4+ клітин із зростанням ризику летальності внаслідок розвитку СНІДу [18, 24]. Кількість осіб із хронічним гепатитом В (ХГВ) у світі налічує більше 240 млн, переважна їх частина проживає в країнах з низьким і середнім рівнем доходів. Щорічно від ХГВ вмирає 650 тис. осіб. Більшість людей не підозрюють про те, що вони інфіковані ВГВ, і в них часто виявляють вже пізні стадії захворювання [14]. Таким чином, ці захворювання, спричинюючи прихований епідемічний процес, мають тенденцію до невинного поширення.

Продовжується зростання поєднання «потрійної» інфекції у ВІЛ-інфікованих, коли туберкульоз стає тісно асоційованим з ВГС і ВГВ-інфекціями, внаслідок спільних шляхів передачі ВІЛ і гепатитів В і С та підвищеною можливістю інфікування ними під час тривалого лікування туберкульозу [18]. Туберкульоз залишається основною причиною смерті хворих на СНІД в Україні, частка якого у 2017 р. склала 50% серед усіх померлих від СНІДу, також щорічно зростає смертність від термінальних захворювань печінки у хворих на ВІЛ-інфекцію [9, 15].

У групі ризику за даними захворюваннями знаходяться також і медичні працівники, які контактують з різними гемоконтактними інфекціями, можливими в їх пацієнтів, що набуває особливу небезпеку та актуальність у випадках латентного перебігу інфекції [6, 7]. В результаті аварійних випадків інфікування кожен рік у світі приблизно 1000 (від 200 до 5000) медичних

працівників отримують ВІЛ-позитивний статус [26]. У той самий час, існує велика кількість досліджень, які підтверджують гарантований захист медичних працівників після вакцинації, наприклад, від вірусного гепатиту В [1].

Однак в Україні поки що немає формальної державної системи обліку, нагляду і профілактичного лікування при інцидентах, що перебігають з ушкодженням шкіри та без нього. Останній вид аварійних випадків взагалі майже не реєструється в нашій країні, що свідчить про недооцінку медичними працівниками ризику інфікування гемоконтактним шляхом [10]. Разом з тим, приводяться дані, що найбільше число звернень громадян, інфікованих вірусними гемоконтактними інфекціями, реєструється в лікарнях та амбулаторно-поліклінічних закладах загальносоматичного (неінфекційного) профілю та вперше діагноз ВІЛ-інфекція ставиться пацієнтам також у лікарнях загальносоматичного профілю. У той самий час, найвищі рівні виявлення вірусних гемоконтактних інфекцій реєструється у пацієнтів закладів охорони здоров'я наркологічного і фтизіатричного профілю [8].

Також зберігається фрагментація медичної допомоги хворим на ГВІ, що знижує як ефективність епідеміологічного нагляду, так і якість надання їм медичної допомоги. Проблема фрагментації медичної допомоги, вузької спрямованості багатьох програм боротьби з різними хворобами заважає впровадженню цілісного підходу для надання медичної допомоги окремим категоріям хворих і перешкоджає забезпеченню безперервності медичної допомоги, тобто є одним з основних питань забезпечення надання медичної допомоги хворим з вищезазначеними захворюваннями, стабілізації епідемічного процесу, підвищення доступу до діагностики та лікування, особливо в країнах з обмеженими ресурсами. Таким чином, для вирішення нагальних викликів до медичного забезпечення цілком закономірним є впровадження сучасних підходів, в тому числі інтегрованих систем надання медичної допомоги на базі закладів первинної ланки в ефективній взаємодії із службами системи громадського здоров'я [22].

На виконання Глобальної стратегії прискорення (Fast Track) Уряд України підтримує заходи для досягнення цілей 90–90–90 та покладає додаткову відповідальність за впровадження стратегічних змін і досягнення відчутних результатів у відповідь на епідемію ВІЛ. Важливо також зазначити, що наша країна, відповідно до глави 22 Угоди про асоціацію України з ЄС, підвищує рівні безпеки та захисту здоров'я людини як основи сталого розвитку та економічного зростання, реалізуючи підхід «охорона здоров'я у всіх політиках держави» [11]. В рамках міжнародних проектів підготовлено велику ряд стратегій, законів та інших нормативних документів з різних аспектів реформування системи охорони здоров'я, в тому числі щодо протидії розповсюдженню ВІЛ/СНІДу [9]. Окрім цього, Україна долучилася до виконання стратегічного плану ВООЗ щодо подолання пандемії вірусних гепатитів у світі, підписавши необхідність виконання положень “Глобальної стратегії сектора охорони здоров'я по вірусному гепатиту на 2016–

2021 рр.”, спрямованої на боротьбу з усіма п'ятьма вірусами гепатиту (А, В, С, D і E) і перш за все з вірусами гепатиту В і С, враховуючи їх високу небезпеку для охорони громадського здоров'я [4].

З огляду на це, слід зазначити, що становлення систем громадського здоров'я та первинної медичної допомоги є актуальними та пріоритетними напрямками здійснення реформи національної системи охорони здоров'я України. Відповідно до Концепції розвитку системи громадського здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р, передбачено забезпечення її тісної взаємодії із системою первинної медичної допомоги, в тому числі з питань протидії розповсюдженню ВІЛ/СНІД. В умовах розбудови системи громадського здоров'я, відповідно до Концепції розвитку системи громадського здоров'я та завдань Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІД на 2014–2018 рр. [5], пріоритетними кроками у боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції в країні залишаються забезпечення рівного доступу до консультування і тестування на ВІЛ загального населення та представників груп ризику щодо інфікування ВІЛ, вчасне охоплення ВІЛ-інфікованих осіб послугами догляду та підтримки, антиретровірусним лікуванням, попередження нових випадків інфікування ВІЛ [13, 15].

Як зазначено Стратегією сталого розвитку України «Україна – 2020», затвердженої Указом Президента України від 12.01.2015 № 5/2015, метою державної політики у сфері охорони здоров'я є кардинальне, системне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав. Головними напрямками реформ мають стати підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості, надання для цього адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення, створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я. Орієнтиром у проведенні реформи є програма Європейського Союзу “Європейська стратегія здоров'я – 2020”. Це в свою чергу посилює визначені МОЗ України пріоритетні кроки у боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції в умовах розбудови системи громадського здоров'я в країні, спрямовані на забезпечення орієнтованої на пацієнта медико-соціальної допомоги.

Враховуючи найбільшу в Європі поширеність ВІЛ, ХГС та значну поширеність ХГВ в Україні, потенціал існуючих профільних медичних закладів (Центри профілактики й боротьби з ВІЛ/СНІД, гепатологічні центри) вже недостатній для надання адекватної поточним потребам медичної допомоги всім інфікованим хворим, кількість яких значно зростає, якщо навіть ретельно застосовувати наявні рекомендації МОЗ щодо виявлення гемоконтактних вірусних інфекцій. Цю нагальну проблему можна в певній мірі вирішити, якщо підготувати лікарів закладів первинної медичної допомоги (ПМД), і перш за все сімейних лікарів, як до первинного виявлення, так і до

моніторингу за перебігом і лікуванням цих ГВІ, сформувати їх компетенції щодо ефективної взаємодії із спеціалістами вторинного рівня у складних випадках. Для цього слід чітко розподілити роботу і завдання та можливості, обов'язки сімейних лікарів та лікарів-інфекціоністів, спеціалістів існуючих центрів ВІЛ/СНІД, гепатологічних центрів, максимально корисно використовуючи вже наявні кваліфіковані медичні кадри та обладнання. Необхідно чітко визначити можливості та обов'язки сімейних лікарів та лікарів – інфекціоністів, налагодити їх найбільш оптимальний та ефективний взаємозв'язок, розподіл функцій та обов'язків. В кожній країні світу та Європи ця взаємодія формувалась десятиліттями, тому в Україні вкрай необхідні пілотні проекти та нормативно-правове регулювання вибраних найоптимальніших і найменш вартісних варіантів.

Відповідно до реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я України, формується нова модель системи громадського здоров'я з пріоритетним принципом врахування інтересів здоров'я населення в усіх сферах державної політики. Особливо наголошується важливість «залучення медичних працівників усіх рівнів, насамперед первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, до виконання окремих завдань у сфері громадського здоров'я та розширення їх повноважень щодо надання послуг у сфері громадського здоров'я (від профілактичних до паліативних), а також залучення центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, індивідуальних лікарів загальної практики-сімейних лікарів, медичного персоналу, до здійснення протиепідемічних та профілактичних заходів щодо інфекційних хвороб, проведення індивідуальної та масової профілактики захворювань, аналізу стану здоров'я населення, розроблення рекомендацій щодо профілактики і зниження впливу негативних факторів виникнення захворювань, розслідування поодиноких випадків інфекційних хвороб, проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань профілактики інфекційних хвороб та неінфекційних захворювань, навчання населення з питань здорового способу життя» [12, 13].

Урядом поставлено завдання побудови стійкої та дієвої системи охорони громадського здоров'я, здатної оперативно та адекватно реагувати на виклики сьогодення, залучуючи максимально ефективно ресурси та можливості

закладів охорони здоров'я первинного рівня медичної допомоги. Безумовно, для реалізації цього необхідно мати відповідний кадровий потенціал, добре підготовлений із зазначеного напрямку протидії поширенню ГВІ, в тому числі в рамках різних форм підвищення кваліфікації, активно переймаючи кращий міжнародний досвід в тих країнах, які вже мають міцну та ефективну інтеграцію систем первинної медичної допомоги та громадського здоров'я [2, 14, 17, 18]. Разом з тим, враховуючи складну епідеміологічну ситуацію щодо ГВІ в Україні, доцільно розробляти та запроваджувати також додаткові навчальні курси підвищення кваліфікації для забезпечення оптимізації ведення пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, вірусними гепатитами В та С в закладах первинної медичної допомоги в ефективній взаємодії із фахівцями новостворюваної в Україні системи громадського здоров'я.

Висновки

Соціально-небезпечні гемоконтактні вірусні інфекції в Україні характеризуються певними особливостями, умовами і темпами поширення. Проблема протидії поширенню ГВІ має високу актуальність та важливість для нашої країни. Враховуючи це, постає нагальна необхідність розробки чітких шляхів оптимізації співпраці закладів первинної медичної допомоги із існуючими профільними закладами вторинного рівня надання спеціалізованої медичної допомоги та новостворюваної системи громадського здоров'я з питань ефективного впровадження на рівні первинної медичної допомоги програм профілактики, діагностики, лікування, догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІД та іншими ГВІ. Це в свою чергу, вимагає проведення додаткових заходів епідеміологічної, медико-соціальної оцінки поширеності гемоконтактних вірусних інфекцій, ресурсних можливостей закладів охорони здоров'я первинної медичної допомоги, особливо в пріоритетних по ГВІ регіонах України.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на розробку функціонально-організаційної моделі забезпечення ефективної взаємодії служб первинної медичної допомоги та громадського здоров'я.

Література

1. *Акимова Г.М.* Профілактика професіонального інфіцированія медичних працівників вірусним гепатитом і ВІС-інфекцією // Медицина и здравоохранение: материалы II Междунар. науч. конф. (г. Уфа, май 2014 г.). – С. 70-72.
2. *Висоцька О.І.* Сучасні аспекти післядипломної підготовки медичних кадрів первинної медичної допомоги та громадського здоров'я з питань протидії розповсюдженню ВІЛ/СНІДу в Україні // Україна. Здоров'я нації. – 2017. № 3 (44). – С.64-71.
3. *ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень.* – 2017. – № 48. – 39 с.
4. *Глобальна стратегія сектора здравоохранення по вірусному гепатиту на 2016–2021 гг.* WHO/HIV/2016.06 / ВОЗ, 2016. – 56с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/hepatitis>.

5. Закон України від 20 жовтня 2014 року № 1708-VII «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки» // Відомості Верховної Ради (ВВР), 2014, № 48, ст.2055. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1708-18>
6. Косарев В.В., Бабанов С.А. Особенности течения и профилактика гемоконтактных инфекций у медицинских работников // "Новини медицини та фармації" 11-12 (371-372) 2011. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.mif-ua.com/archive/article_print/17927
7. Косарев В.В., Бабанов С.А. Профессиональные заболевания медицинских работников. – Самара : Офорт, 2009. – 232 с.
8. ЛПУ различного профиля – как территории риска распространения гемоконтактных вирусных инфекций / МЛ. Годков А.И. Баженов, А.Я. Ольшанский, Г.Ю. Панкова // Внутрибольничные инфекции в стационарах различного профиля, профилактика, лечение осложнений: проф., тез. докл., VII науч.-практ. конф., каталог участников выставки г. Москва, 7-8 апр. 2010 г.-М., 2010. – С.26-27.
9. Обличчям до виклику: майбутнє реформи сектору ВІЛ та охорони здоров'я в Україні: Національна конференція, м. Київ, 25–26.05.2016 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.antiaids.org/pub/files/109/49/conference-25-26-may_agenda-ukr-final.pdf.
10. Попередження ВІЛ-інфікування медичних працівників внаслідок професійного контакту з пацієнтами / Грабовий С. Л., Дьяченко А. Г., Бутенко В. М. [та ін.] // Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. – Том 1, № 2, (8сс) (2013). – С. 226-233.
11. Про розвиток системи громадського здоров'я в Україні: матеріали круглого столу, 22.04.2016р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre20160423a.html>.
12. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002 // Урядовий кур'єр. – 2016. – № 245, 27 грудня. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799>.
13. Роль первинної медичної допомоги хворим на гемоконтактні інфекції (ВІЛ-інфекція та гепатити В і С) / О. А. Голубовська, О. І. Висоцька, О. В. Безродна // Інфекційні хвороби. – 2017. – № 1(87). – С. 5-8. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/InfKhvor_2017_1_3.
14. Руководство по хроническому гепатиту В: профилактика, помощь и лечение / Европейское региональное Бюро ВОЗ, Женева, март 2015. – 134 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/324277/Guidelines-prevention-care-treatment-persons-chronic-hepatitis-B-infection-ru.pdf.
15. Статистичні дані МОЗ України, 2018. [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://phc.org.ua/pages/diseases/hiv_aids/statistics.
16. Сучасні аспекти громадського здоров'я: навчальний посібник. Рекомендовано МОЗ України. / Резерфорд Д., Висоцька О.І., Маковецька М.І. та ін. – Видавництво "Картбланш", Київ.- 2017.- 980 с.
17. Сучасні технології організації протидії розповсюдження ВІЛ/СНІД та наркозалежності: роль первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини: навчально-методичний посібник. Рекомендовано МОЗ України. / Беренс К., Висоцька О.І., Голубовська О.А. та ін. – Видавництво «КІМ», Київ, 2015.- 495 с.
18. Alter M. Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection / M. Alter // Journal of Hepatology. – 2006. – № 44. – P. 6–9.
19. Friedland G. V. Infectious Disease Comorbidities Adversely Affecting Substance Users With HIV: Hepatitis C and Tuberculosis / G. V. Friedland // Acquir Immune Defic Syndr. – 2010. – Vol. 55, Suppl. 1, December 1.
20. Global AIDS Update / UNAIDS, 2016. [Electronic resource]. – Access mode: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update2016_en.pdf
21. Guidelines for the screening care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection [Electronic resource]. – Geneva: WHO, 2016. – 138 p. – Access mode: <http://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines-2016/en>
22. H. Kluge. What will our health systems look like in 2050? //15th European Health Forum / WHO Regional Office for Europe (WHO/Europe) – Gastein, 5 October 2012. [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.ehfg.org/intranet/app/webroot/uploads/presentations/files/uploads/ b73215d3f813389b8e91586a525207.pdf>.
23. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015 [Electronic resource] / ECDC/WHO, 2016. [Electronic resource] – Access mode: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/324370/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf?ua=1.
24. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis / L. Platt, P. Easterbrook, E. Gower [et al.] // Lancet Infectious Diseases. – 2016. – Vol. 16, № 7. – P. 797–808.
25. UNAIDS 2016 / Reference AIDS Data [Electronic resource]. – Access mode: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-AIDS-data_en.pdf.
26. Whitby R.M., Mc Laws M.L. Hollow-bore Needlestick injuries in a tertiary teaching hospital: epidemiology, education and engineering // Med. J. Aust. – 2002. – V.177. – P. 418-422.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.04.2018 р.

Актуальные вопросы противодействия распространению социально опасных гемоконтактных вирусных инфекций в современной системе общественного здоровья Украины: роль первичной медицинской помощи

О.И. Высоцкая., О.А. Голубовская
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель – изучить особенности распространения социально-опасных гемоконтактных вирусных инфекций в Украине и подходы к усилению роли учреждений первичной медицинской помощи и новоорганизуемой системы общественного здоровья в противодействии их распространения.

Материалы и методы. Используются нормативно-правовые документы, литературные источники, аналитически-информационные материалы с помощью методов библиосемантического исследования, эпидемиологического, структурно-логического анализа, контент-анализа и системного подхода.

Результаты. Профилактическими программами недостаточно охвачены представители уязвимых групп по ВИЧ-инфекции. Заболеваемость хроническими вирусными гепатитами В и С приобрела характер эпидемии. Отмечается расширение полномочий учреждений ПМП по предоставлению услуг в сфере общественного здоровья.

Выводы. Необходимо внедрение интегрированных систем медицинского обслуживания учреждениями здравоохранения первичной медицинской помощи при взаимодействии со службами системы общественного здоровья.

Ключевые слова: первичная медицинская помощь, гемоконтактные вирусные инфекции, общественное здоровье.

Actual problems of counteracting the spread of socially dangerous blood-borne viral infections in the modern system of public health in Ukraine: the role of primary health care

O.I. Vysotska, O.A. Golubovska
Bogomolets National Medical University,
Educational and Scientific Center –
Ukrainian Family Medicine Training Center,
Department of Infectious Diseases, Kyiv, Ukraine

Purpose – to study the peculiarities of socially dangerous blood-borne viral infections (BBI) spread in Ukraine and approaches to strengthening the role of primary health care institutions and the newly created system of public health in counteracting their spread.

Materials and methods. In this paper the bases of current normative legal documents, literary sources, analytical and informational materials were used with the help of methods of bibliosemantic research, epidemiological, structural-logical analysis, content analysis and system approach.

Results. The article describes the infections with the blood-borne mechanism of transmission, namely HIV infection, viral hepatitis B and C, as one of the most pressing health problems in our country. The prevention programs by representatives of vulnerable groups regarding HIV infection are not sufficiently covered. The increase of the number of HIV-positive people who were first discovered due to the presence of clinical indications in late stages of the disease, is an important indicator, that is, including those people who are socially adapted. The incidence of chronic viral hepatitis B (HGV) and C (HVC) in Ukraine has already become epidemic. Patients infected with hepatitis B virus (HBV) late stages of the disease often show. The fragmentation of medical care for such patients is preserved, which reduces the effectiveness of epidemiological surveillance and the quality of providing medical care. The potential of existing specialized medical institutions is not sufficient to provide medical assistance to all infected patients in line with current needs. At the same time, it is emphasized on the expansion of the authority of primary health care institutions (PHC) in providing public health services.

Conclusions. To this end, it is necessary the implementation of integrated healthcare systems based on primary health care facilities in close and effective interaction with public health services.

Key words: primary health care, blood-borne viral infections, public health.

Відомості про авторів

Высоцкая Ольга Ивановна – к.м.н., доцент, директор навчально-наукового центру – Українського тренінгового центру сімейної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; бульвар Т. Шевченка, 13, м. Київ, 01601, Україна.

Голубовська Ольга Анатоліївна – д.м.н., професор, Заслужений Лікар України, завідувач кафедри інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; бульвар Т. Шевченка, 13, м. Київ, 01601, Україна.

УДК 614.253:351.77:61-057

М.П. Гребняк, О.В. Кірсанова, В.В. Таранов

Формування кадрового потенціалу громадського здоров'я

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Мета – обґрунтування парадигми формування кадрового потенціалу громадського здоров'я.

Матеріали та методи. У роботі використана нормативна база галузевих стандартів вищої медичної освіти, міжнародні практики у системі громадського здоров'я. Застосовано бібліографічний, аналітичний методи та системний підхід.

Результати. Методологічною основою розвитку системи громадського здоров'я є інноваційний підхід до створення інноваційного освітнього середовища з оновлення складу й структури освітніх програм, формування найбільш значимих для здоров'ятворчості професійних компетенцій. У методологічному плані формування промоцій здоров'я базується на первинній, вторинній та третинній профілактиці в рамках саногенетичної стратегії.

Висновки. Система громадського здоров'я є якісно новою спеціальністю в галузі медицини і потребує нових підходів до підготовки фахівців на засадах здоров'ятворчості. Парадигма формування кадрового потенціалу громадського здоров'я складається із шести блоків: «Мета і завдання системи громадського здоров'я», «Професійна мобільність викладачів», «Інфраструктура формування кадрового потенціалу», «Професійні компетенції студентів», «Інноваційні технології здоров'ятворчості», «Промоції здоров'я».

Ключові слова: громадське здоров'я, кадровий потенціал, інноваційні технології, промоції.

Вступ

Сучасний стан здоров'я населення держави характеризується кризовими явищами. Специфічними ознаками якого є депопуляційні процеси, верхсмертність чоловіків, найвищі у Європейському регіоні смертність немовлят та смертність від загальних причин, суттєве скорочення середньої тривалості життя, трансформація вікової структури в бік дуже старого населення [1, 3, 5, 6].

В зв'язку з цим охорона здоров'я відносяться до сфер, що динамічно розвиваються, та надзвичайно гостро ставлять проблему забезпечення кадрами. Існуюча система підготовки фахівців з гігієни та соціальної медицини не відповідає вимогам нової системи громадського здоров'я. По-перше, гігієна спрямована на вивчення впливу зовнішніх чинників на організм та гігієнічне нормування навколишнього середовища, а соціальна медицина – вплив соціальних умов на здоров'я та розвиток соціальної інфраструктури. По-друге, зростання інноваційної складової охорони здоров'я потребує фахівців із принципово новим творчим мисленням. Тому задача підготовки кадрів у ВНЗ полягає щоб випускники поряд із професійною компетентністю вільно володіли сучасними інформаційними технологіями та мали навички практичного застосування різноманітних інноваційних технологій у сфері здоров'ятворчості [2, 4].

Мета роботи – обґрунтування парадигми кадрового потенціалу громадського здоров'я.

Матеріали та методи

У роботі використана нормативна база галузевих стандартів вищої медичної освіти, міжнародні практики у

системі громадського здоров'я. Застосовано бібліографічний, аналітичний методи та системний підхід.

Результати досліджень та їх обговорення

Реструктуризація вищої медичної освіти щодо стратегічного розвитку системи громадського здоров'я в Україні має на меті підготовку фахівців здатних вбудовуватися у нові та найновітніші технології здоров'ятворчості у відповідності зі соціально-економічними умовами, що змінюються. Методологічні засади системи підготовки фахівців зі здоров'я зберігаючими та здоров'я формуючими технологіями можуть бути представлені у вигляді наступної парадигми (рис.)

Основними блоками якої є «Мета і завдання системи громадського здоров'я», «Професійна мобільність викладачів», «Інфраструктура формування кадрового потенціалу», «Професійна компетентність випускників», «Інноваційні технології здоров'ятворчості», «Промоції здоров'я». Системоутворюючим чинником парадигми формування кадрового потенціалу громадського здоров'я є мета й завдання. Основна мета полягає у запобіганні хвороби, а не лікування постфактум, тобто вона спрямована на те, щоб зробити організм здоровішим, молодшим (за біологічним віком) і ефективнішим. Іншими словами, завдання полягають у створенні для людини дизайну оздоровчих програм.

Первинною ланкою формування кадрового потенціалу є професійна мобільність викладачів (навчально-методична, науково-дослідницька, організаційно-адміністративна, модераторська). Навчально-методична професійна мобільність викладачів визначається використанням інформаційно-комунікаційних технологій, розробкою нових типових та

робочих програм та підручників, методолого-дидактичним вибором освітніх технологій з врахуванням специфіки навчальної дисципліни; організацією проєктивної діяльності студентів; комплексним використанням сучасних методів й засобів навчання. Науково-дослідницька професійна мобільність викладачів передбачає постійне розширення компетенцій та оновлення наукових знань; використання результатів НДР у навчально-виховному процесі. Організаційно-адміністративна мобільність характеризується пошуком виробничих, інформаційних та матеріально-часових

ресурсів; систематичним оновленням банку даних програм академічної мобільності. Модераторська мобільність передбачає пошук й застосування способів системного та структурованого ведення семінарів із прозорими методами ефективної підготовки, проведення і підсумком занять, постановку ключових питань, розробку структури алгоритму практичних занять, вибір технік та формату модераций; творче застосування сукупності технік та прийомів організації взаємодії у групі з метою прийняття рішень.

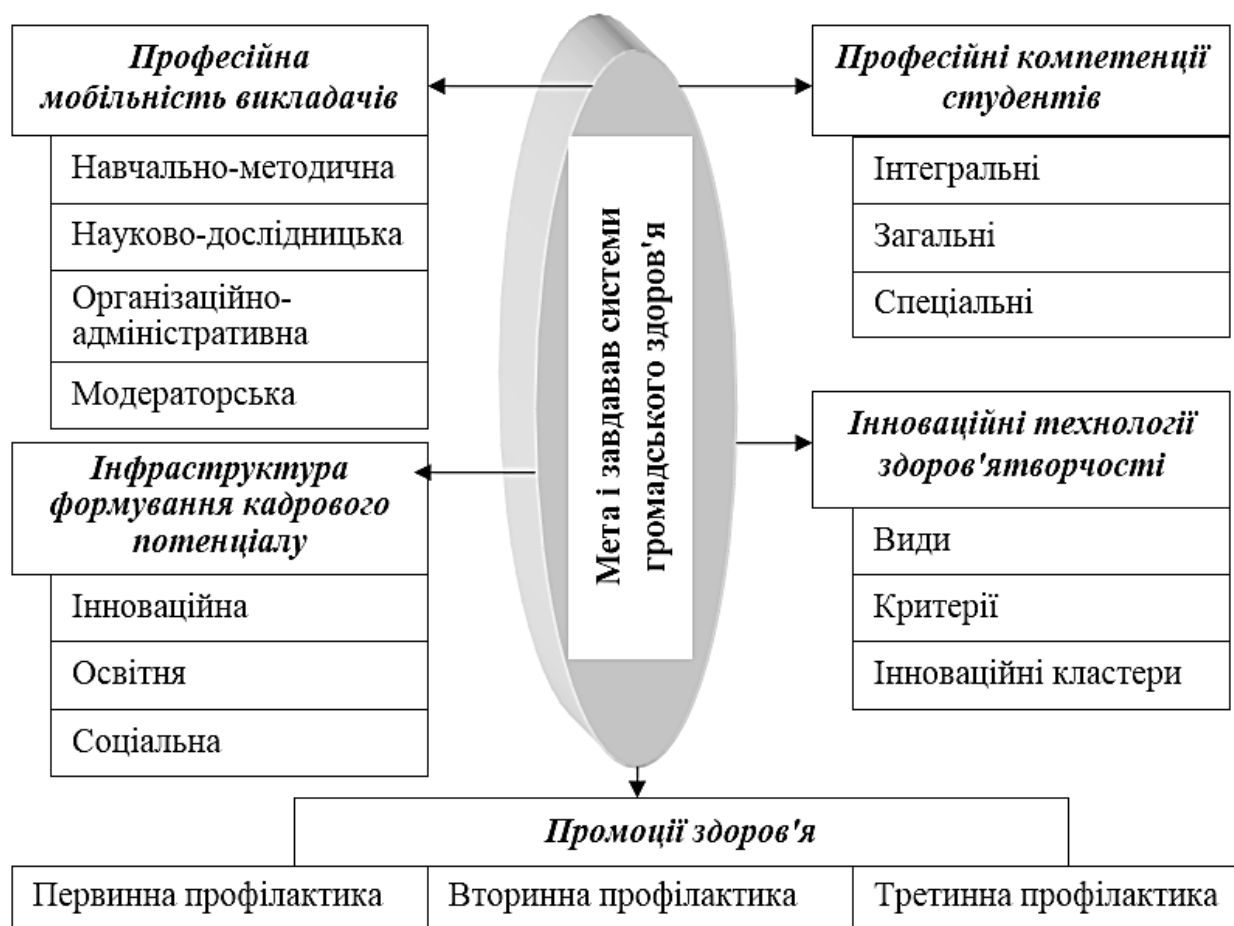


Рис. Парадигма формування кадрового потенціалу громадського здоров'я

До основних елементів інфраструктури формування кадрового потенціалу громадського здоров'я відносяться інноваційна складова (впровадження інноваційних технологій, розробка управління програмами й комплексне моделювання, інноваційна техніка в діяльності центрів громадського здоров'я), освітня складова (програма підготовки фахівців у галузі менеджменту технологій) та соціальна складова (інфраструктура лікувально-профілактичних закладів, побудова соціальних об'єктів).

Інноваційні здоров'я формуючі технології представляють собою підходи та прийоми інноваційної діяльності спрямовані на створення і матеріалізацію нововведень у медицині та суспільстві, реалізація яких

зумовить якісні зміни у здоров'ї. Поряд з цим слід зазначити, що до особливостей інновацій у сфері здоров'ятворчості відноситься значна невизначеність великих програм й комплексів інновацій, а також складність оцінки ефекту інновацій. Найчастіше в практику впроваджуються ретроінноваційні (впровадження у сучасну практику дещо забутих підходів), сутнісні (впровадження раніш невикористаних інновацій), аналогові (відомий підхід із додаванням часткового нововведення), а також комбіновані (об'єднання декількох відомих блоків) інновації.

Підвищенню ефективності здоров'я формуючих інноваційних технологій допомагає їх критеріальна оцінка: новизна, висока результативність, творче масове

застосування, однозначність розуміння, технологічність вимірів, стабільність позитивних результатів та оптимальність (досягнення високих результатів при найменших часових, матеріальних, розумових і фізичних затратах).

Прогресивному розвитку системи громадського здоров'я сприяє розроблення інноваційних технологій в рамках інноваційно орієнтованих кластерів. Вони включають в себе базові елементи створення стабільного та безпечного довкілля, проведення профілактичних оглядів, усунення факторів ризику для здоров'я, формування здорового способу життя й здоров'я у процесі навчання і виробничої діяльності. Конкретні інноваційні кластери складаються із комплексних заходів та диференціюються за наступними напрямками: обґрунтування системи заходів з формування сприятливого навколишнього середовища мешкання; моніторингу умов рекреаційної та трудової діяльності; виявлення професійно зумовлених захворювань, динамічний контроль за станом здоров'я працюючих та розробка лікувально-оздоровчих заходів; гігієнічна атестація, діагностика й профілактика професійних захворювань; створення центрів зі збереження здоров'я.

Пріоритетною ланкою профілактичної медицини у рамках кластерних груп є формування кадрового потенціалу громадського здоров'я. Його реалізація у визначальній мірі залежить від підготовки якісно нових лікарів на засадах професійної компетентності (інтегральної, загальної, спеціальної). Інтегральна професійна компетентність полягає у критичному аналізі й оцінці сучасних наукових досягнень відносно пошукових завдань з обґрунтування лікувально-профілактичних заходів, впровадження інновацій у діяльності центрів громадського здоров'я; рішення практичних проблем громадського здоров'я. Загальна професійна компетентність забезпечує виконання науково-дослідних, соціально-особистісних, комунікативних, проєктивних та організаційних заходів. Спеціальна професійна компетентність полягає в захисті персоналу підприємств від можливих несприятливих умов побуту, праці чи навчання; усунення шкідливих звичок й формування здорового способу життя, скринінг тестування стану здоров'я людини.

У діяльності центрів громадського здоров'я одне із чільних місць належить профілактиці (первинній, вторинній, третинній). Метою промоцій первинної профілактики є усунення етіологічних факторів (спричинюють виникнення розвитку специфічних захворювань) чи факторів ризику для здоров'я (спричинюють або збільшують ризик розвитку патології/прогресування хвороб за певних умов). Об'єктом промоцій первинної профілактики є джерела у зовнішньому середовищі та механізм виникнення/поширення хвороб. До їх основних принципів відносяться соціально-гігієнічний моніторинг стану здоров'я та довкілля; визначення й усунення ризиків для здоров'я; зниження до нешкідливого або технологічно можливого рівня техногенних забруднень; диференціювання заходів в залежності від специфіки виробництва та спектру

шкідливих викидів; управління абіотичними чинниками ризику.

Основними промоціями здоров'я в рамках первинної профілактики є: зменшення ризику потенційного шкідливого впливу на організм факторів довкілля; формування ЗСЖ;

заходи з попередження розвитку соматичних та нервово-психічних захворювань; попередження/запобігання нещасних випадків, травм від неприродних причин; усунення/зниження рівня впливу чинників ризику виявлених при профілактичних медичних оглядах.

Метою промоцій вторинної профілактики є раннє виявлення патологічних станів та попередження хронізації хвороб. Їх об'єктом є захворювання у гострій та підгострій стадіях. До провідних принципів вторинної профілактики відносяться гігієнічна донозологічна діагностика, яка базується на виявленні можливого шкідливого впливу середовищних чинників на функціональний стан організму; встановлення груп ризику населення через мешкання у несприятливих умовах; клініко-гігієнічна санація населення груп ризику і на територіях ризику; реабілітаційно-відновна корекція, що полягає у діагностиці оздоровлення та відновленні порушених функцій організму; організація «активної диспансеризації»; валеолого-медична оцінка й корекція способу життя; систематичне профілактичне оздоровлення населення.

Основними промоціями здоров'я в рамках вторинної профілактики є: диспансерні огляди; профілактичне лікувальне та цільове оздоровлення; медико-психологічна адаптація; зниження ризику модифікуючи чинників ризику; збереження працездатності у хворих та інвалідів; формування правильного сприйняття якості життя, що змінилось внаслідок хвороби; гігієнічне навчання пацієнтів та членів родини у зв'язку із захворюванням.

Метою промоцій третинної профілактики є: попередження можливих ускладнень в ході вже розвинутої патології. Їх об'єктом є інвалідність та передчасна смертність населення. До основних принципів промоцій первинної профілактики відносяться: систематичний лікарський нагляд та функціонально-діагностичне обстеження хронічно хворих осіб; інтенсивне проти рецидивне лікування хронічно хворих осіб у екологічно несприятливому регіоні; підвищення резистентності та рівня біологічної надійності організму. Основними промоціями здоров'я в рамках третинної профілактики є: реабілітація хворих; відновлення професійного та соціального статусу; попередження рецидивів; компенсація обмежень життєдіяльності.

До основних видів профілактичних програм відносяться: вертикальні (рішення конкретних проблем за допомогою конкретних прикладних заходів); інтегровані/горизонтальні (рішення загальних проблем довготривалими заходами); глобальні/загальні (заходи об'єднання вертикальних та горизонтальних програм).

Виділяють наступні основні типи профілактичних програм: медична – інформація про небезпечні наслідки явищ; освітня – дії, спрямовані та окремих індивідуумів із

можливістю самостійного прийняття рішення; соціально-політична – формування суспільної думки із врахуванням місцевих особливостей; «дії на благо здоров'ю» – дії на переконаннях та підвищенні відповідних мотивів.

Висновки

Система громадського здоров'я є якісно новою спеціальністю в галузі медицини і потребує нових підходів до підготовки фахівців на засадах здоров'ятворчості. Парадигма формування кадрового потенціалу

громадського здоров'я складається із шести блоків: «Мета і завдання системи громадського здоров'я», «Професійна мобільність викладачів», «Інфраструктура формування кадрового потенціалу», «Професійні компетенції студентів», «Інноваційні технології здоров'ятворчості», «Промоції здоров'я».

Перспективи подальших досліджень пов'язані із розробкою здоров'язберігаючих та здоров'яформуючих інноваційних технологій на засадах персоналізованого підходу до саногенезу.

Література

1. Бердник О.В. Здоровье населения как критериальная характеристика его качества / О.В.Бердник, О.В.Добрянская, О.П.Рудницкая, Т.П.Скочко // Довкілля та здоров'я. – 2018. – № 1. – С. 4 – 8.
2. Богданов А.Е. Квалификационные характеристики и профессиональные компетенции основных медицинских специальностей применительно к ФГОС-3: психолого-педагогические аспекты и проблемы / А.Е. Богданов, В.Е.Васильев, А.А.Карабиненко [и др.] // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2014. – № 1-2. – С.13-48.
3. Гребняк Н.П. Здоровье населения Украины в глобальном измерении. / Н.П.Гребняк, В.А.Агарков, С.В.Грищенко С.В. [и др.] // Медичні перспективи. – 2012. – Т.ХІІ. – № 1. – С.128-134.
4. Демина Е.А. Общие и профессиональные компетенции: пути достижения результатов образования / Е.А. Демина // Среднее профессиональное образование. – 2015. – №1. – С.24-27.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України.- ДУ «УІСД МОЗ України». – К. – 2017. – 516 с.
6. World health statistics 2015. Part II. Global health indicators / Publications of the World Health Organization from WHO Press. – Geneva: WHO. – 2015. – P. 125 – 135.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.03.2018 р.

**Формирование кадрового потенциала
общественного здоровья**

Н.П. Гребняк, Е.В. Кирсанова, В.В. Таранов
Запорожский государственный медицинский
университет, г. Запорожье, Украина

Цель – обоснование парадигмы формирования кадрового потенциала общественного здоровья.

Материалы и методы. В работе использована нормативная база отраслевых стандартов высшего медицинского образования, международные практики в системе общественного здоровья. Применен библиографический, аналитический методы и системный подход.

Результаты. Методологической основой развития системы общественного здоровья является инновационный подход к созданию инновационной образовательной среды по обновлению состава и структуры образовательных программ, формирование наиболее значимых для здоровьтворчества профессиональных компетенций. В методологическом плане формирование промоций здоровья базируется на первичной, вторичной и третичной профилактике в рамках саногенетической стратегии.

Выводы. Система общественного здоровья является качественно новой специальностью в области медицины и требует новых подходов к подготовке специалистов на основе здоровьтворчества. Парадигма формирования кадрового потенциала общественного здоровья состоит из шести блоков: «Цель и задачи системы общественного здоровья», «Профессиональная мобильность преподавателей», «Инфраструктура формирования кадрового потенциала», «Профессиональные компетенции студентов», «Инновационные технологии здоровьтворчества», «Промоция здоровья».

Ключевые слова: общественное здоровье, кадровый потенциал, инновационные технологии, промоции.

Formation of public health potential

N.P. Grebnyak, E.V. Kirsanova, V.V. Taranov
Zaporizhzhya State Medical University,
Zaporizhzhya, Ukraine

Purpose – to substantiate the paradigm of forming the human potential of public health.

Materials and methods. There are regulatory base of industry standards for higher medical education, international practices in the public health system are used in the work. Bibliographic, analytical methods and systems approach are applied.

Results. The methodological basis for the development of the public health system is an innovative approach to the creation of an innovative educational environment to update the composition and structure of educational programs, the formation of the most important professional competencies for health creation. The formation of health promotion in the methodological plan is based on primary, secondary and tertiary prevention within the framework of the sanogenetical strategy.

Conclusions. The system of public health is a qualitatively new specialty in the field of medicine and requires new approaches of training specialists on the basis of health creation. The paradigm of forming the human potential of public health consists of six blocks: "The aim and tasks of the public health system", "Professional mobility of teachers", "Infrastructure of the formation of human resources", "Professional competencies of students", "Innovative technologies of health", "Health promotion".

Key words: public health, personnel potential, innovative technologies, promotions.

Відомості про авторів

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

Кірсанова Олена Валентинівна – к.мед.н., доцент кафедри загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету; пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.

Таранов Володимир Володимирович – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, охорони здоров'я та ЛТЕ; пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.

УДК 614.2:338.46.003.2(100)

С.М. Гришук

Визначення рівня обізнаності населення з основними положеннями «медичної реформи»

Житомирський державний університет імені Івана Франка, м. Житомир, Україна
Комунальний вищий навчальний заклад «Житомирський медичний інститут» Житомирської обласної ради,
м. Житомир, Україна

Мета. Визначити рівень обізнаності населення з основними положеннями «медичної реформи» та встановити його залежність від соціально-вікових станів.

Матеріали та методи. У роботі використано соціологічний та статистичний методи, дослідження проводилося шляхом опитування за спеціально розробленою анкетною.

Результати. За підсумками опитування 407 респондентів встановлено, що 71,5±2,2% з них підтримують необхідність реформування галузі охорони здоров'я. Визначено, що відносний показник обізнаності з підходами до реформування первинної медичної допомоги становить 46,9±2,5%, спеціалізованої – 30,2±2,3%. У результаті впровадження реформи покращення доступності та якості медичної допомоги очікують 36,6±2,4% респондентів, закриття окремих медичних закладів та скорочення медичних працівників – 62,9±2,4% опитаних.

Висновки. Встановлено низький рівень обізнаності населення з основними положеннями медичної реформи (коефіцієнт обізнаності становить 3,41±0,08 бали при 10 можливих). Не виявлено залежності зазначеного показника від статі, віку, освіти респондентів, відмічено достовірно краще володіння інформацією щодо реформування медичними працівниками порівняно з іншими категоріями населення.

Ключові слова: медична реформа, опитування, обізнаність.

Вступ

Питання щодо реформування галузі охорони здоров'я є актуальним з перших років незалежності України, разом з цим реальні кроки щодо змін у галузі були розпочаті з прийняттям «Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» (розпорядження КМУ від від 30 листопада 2016 р. № 1013-р), а на законодавчому рівні вони були закріплені з прийняттям Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» у жовтні 2017 року [3] та «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (від 14.11.2017 р.). З того часу представниками Міністерства охорони здоров'я України, громадських організацій, засобами масової інформації проводиться значна роз'яснювальна робота щодо підходів до реформування галузі, адже ефективні комунікації мають вирішальне значення в адвокації рішень із розвитку систем охорони здоров'я на різних рівнях управління [4, 5]. Сучасна реформа системи охорони здоров'я – це нововведення (інновації), які передбачають суттєві зміни в організації надання медичної допомоги. Ряд авторів проводили соціологічні дослідження щодо ставлення медичних працівників та населення до реформування галузі, їх відношення до інновацій [1, 2, 6, 7]. Зважаючи на те, що з липня 2018 року уже повинні розпочатися зміни на рівні первинної медичної допомоги, є актуальним дослідження щодо результатів впливу інформаційних комунікацій щодо медичної реформи на громадську думку.

Мета роботи – визначити рівень обізнаності населення з основними положеннями «медичної реформи», які наведені в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [3] та встановити його залежність від соціально-вікових станів.

Матеріали та методи

Для досягнення мети дослідження була розроблена спеціальна анкета, яка складалася з наступних блоків: соціально-інформаційний (містив 6 питань); тестовий (включав 10 тестових питань щодо основних положень «медичної реформи» первинної та спеціалізованої медичної допомоги, респонденту пропонувалося вибрати правильний варіант відповіді (у 9 питаннях він був один, у одному – декілька, про це зазначалося); прогностичний (включав 3 питання щодо оцінки населенням можливих наслідків «медичної реформи»). Останнім питанням вивчалось ставлення респондентів до доцільності сплати додаткових коштів до фондів добровільного медичного страхування, лікарняних кас у разі запровадження всіх етапів медичної реформи. Питання були сформульовані в доступній формі, специфічні терміни роз'яснювалися.

Анкетування проводилося студентами Житомирського медичного інституту у першому кварталі 2018 року. Респондентами виступили медичний персонал та пацієнти закладів охорони здоров'я м.Житомира, їх відбір відбувався у випадковому порядку.

Для подальшого аналізу результати відповідей респондентів були розподілені на групи за статтю

(2 групи), професією (2 групи – медичні працівники та інші категорії), освітою (4 групи – неповна середня, середня, неповна вища, вища) та віком (6 груп).

Для визначення рівня ознайомлення з основними положеннями медичної реформи (10 питань тестового блоку анкети) в кожній групі були розраховані відносні показники (частка вірних відповідей), а для інтегрального порівняння результатів визначався коефіцієнт обізнаності (КО) – середня кількість вірних відповідей на одного респондента. Правильна відповідь на одне тестове питання оцінювалася в один бал, відповідно максимальний показник КО становив 10 балів.

Для статистичної обробки результатів опитування використовувалася програма «Медстат». З метою оцінки нормальності розподілу для вибірок за статтю та професією був використаний критерій χ^2 -квадрат. У разі нормального розподілу порівняння середніх значень для двох вибірок здійснювалося за допомогою критерію Стьюдента, при розподілі, що відрізнявся від нормального, для порівняння центральних тенденцій двох незалежних вибірок використовувався W -критерій Вілкоксона.

Для перевірки розподілу на нормальність результатів відповідей з вибірок за освітою та віком використовувався також критерій W Шапіро-Уїлка. Для оцінки статистичної значущості різниці в зазначених вибірках проводилося множинне порівняння результатів опитування за допомогою рангового однофакторного аналізу Крускала-Уолліса.

Визначення статистично значущої різниці якісних показників між двома вибірками здійснювалося шляхом визначення кутового перетворення Фішера (з урахування поправки Йейтса), при більшій кількості вибірок використовувався критерій χ^2 -квадрат. Методи дослідження – соціологічний, статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Всього підлягали обробці результати анкетування 407 громадян (прийняли участь в опитуванні 430 респондентів, 23 анкети були заповнені некоректно, відгук – 94,8%). Частка жінок серед учасників опитування становила 74,0 \pm 2,2%, чоловіків – 26,0 \pm 2,2%. Середній вік опитаних становив 31,1 \pm 0,6 роки, серед них частка осіб віком 18–20 років склала 19,9 \pm 2,0%, респондентів віком від 21 до 30 років було 36,6 \pm 2,4%. У віковій групі 31–40 років перебували 25,1 \pm 2,1% опитаних, 41–50 років – 10,3 \pm 1,5%, 51–60 років – 10,3 \pm 1,2% респондентів. Вік понад 60 років мали 7 осіб (1,7 \pm 0,6% від загальної кількості).

За рівнем освіти респонденти розподілилися наступним чином: неповна середня освіта – 28 осіб (6,9 \pm 1,3% від загальної кількості опитаних), середня освіта у 123 опитаних (30,2 \pm 2,3%), неповна вища у 38,8 \pm 2,4%, вища освіта у 24,1 \pm 2,1% осіб.

За професійною ознакою нами було виділено групу медичних працівників, яких серед опитаних було 218 громадян (53,6 \pm 2,5%), частка представників інших професій відповідно становила 46,4 \pm 2,5%.

Слід відзначити, що переважна більшість опитаних (71,5 \pm 2,2%) підтримують необхідність реформування галузі охорони здоров'я. Серед медичних працівників цей показник становить 80,7 \pm 2,7%, що достовірно перевищує ($p < 0,001$) результати інших категорій населення (60,8 \pm 3,6%). За гендерними ознаками статистично значущої відмінності не виявлено (чоловіки – 70,8 \pm 4,4%, жінки – 71,8 \pm 2,6%, $p = 0,944$). Не встановлено залежність відношення до реформування охорони здоров'я від рівня освіти ($p = 0,144$) та віку ($p = 0,446$).

Серед джерел інформування щодо основних положень медичної реформи, яких респонденти могли відзначити декілька, переважає телебачення (відмітили 55,0 \pm 2,5% опитаних), на другому місці – медичні працівники (для 42,5 \pm 2,5%). За допомогою мережі Інтернет отримували інформацію 40,3 \pm 2,4% опитаних, через друковані засоби масової інформації – 20,1 \pm 2,0%, від знайомих – 18,9 \pm 1,9%. Інші варіанти зазначили 4,2 \pm 1,0%, 7 опитаних (2,0 \pm 0,7%) вказали, що вони взагалі не ознайомлені з медичною реформою.

Загальні результати відповідей на 10 запитань «тестового» блоку анкети щодо обізнаності з основними положеннями «медичної реформи», згруповані за видами медичної допомоги, наведені в табл. 1.

Таким чином, лише 11 респондентів зазначили в анкетах, що за рахунок держави очікується повне забезпечення первинної, екстреної та паліативної допомоги. Стосовно положень реформування первинної медичної допомоги, яким було відведено 4 питання, частка вірних відповідей склала 46,9 \pm 2,5%. При цьому інформацію про те, що з призначених сімейним лікарем медикаментів безоплатно можна буде отримати лікарські засоби, які включені в програму «Доступні ліки», зазначили 35,6 \pm 2,4% опитаних, на решту питань частка правильних відповідей становила понад 50%.

Рівень обізнаності з основними підходами до реформи спеціалізованої медичної допомоги, яким було присвячено 5 питань, значно нижчий – частка вірних відповідей склала лише 30,2 \pm 2,3%. Понад дві третини респондентів не ознайомлені з термінами початку реформування, лише 24,3 \pm 2,1% опитаних зазначили, що медична допомога на спеціалізованому рівні буде безоплатною в межах «Програми медичних гарантій». Серед опитаних 41,3 \pm 2,4% знають, що «Програма медичних гарантій» ще не затверджена, частка тих, хто правильно розуміє значення фрази «гроші ходять за пацієнтом», становить 32,7 \pm 2,3%. Лише 20,4 \pm 2,0% поінформовані, що до «вузького спеціаліста» можна буде потрапити і без направлення сімейного лікаря, але на платній основі.

Розподіл респондентів за кількістю вірних відповідей на «тестові» питання щодо реформи медичної галузі наведений в таблиці 2. Слід відмітити, що 9 опитаних не дали жодної правильної відповіді, і жоден з 407 учасників анкетування не відповів вірно на всі 10 питань.

Таблиця 1

Результати дослідження обізнаності населення з основними положеннями «медичної реформи»

№	Питання	Кількість респондентів, які відповіли правильно	Частка, P±m, %
Загальні положення			
1	Які види медичної допомоги, згідно з медичною реформою, будуть повністю забезпечуватися за рахунок держави?	11	2,7±0,8
Первинна медична допомога			
2	З якого року почне діяти медична реформа первинної медичної допомоги?	208	51,1±2,5
3	Чи буде прийом сімейного лікаря безкоштовним?	206	50,6±2,5
4	Чи потрібно буде оплачувати вартість обстежень, які призначить сімейний лікар?	204	50,1±2,5
5	Чи можна буде отримати безоплатно ліки, які буде призначати сімейний лікар?	145	35,6±2,4
Частка вірних відповідей щодо основних положень реформи первинної медичної допомоги			46,9±2,5
Спеціалізована медична допомога			
6	Коли планується запровадження медичної реформи на спеціалізованому та високоспеціалізованому рівні?	131	32,2±2,3
7	Чи буде вартість лікування при перебуванні у вказаних закладах повністю оплачуватись за рахунок держави?	99	24,3±2,1
8	Чи визначений на сьогоднішній день перелік хвороб, послуг та ліків, які будуть повністю оплачуватись за рахунок держави («програма медичних гарантій»)?	168	41,3±2,4
9	Що означає термін «гроші ходять за пацієнтом» при отриманні медичної допомоги в стаціонарі?	133	32,7±2,3
10	До «вузького спеціаліста» можна буде потрапити тільки за направленням сімейного лікаря?	83	20,4±2,0
Частка вірних відповідей щодо основних положень реформи спеціалізованої медичної допомоги			30,2±2,3
Частка вірних відповідей на всі 10 тестових питань			34,1±2,3

Таблиця 2

Розподіл респондентів за кількістю вірних відповідей на тестові питання анкети

Кількість вірних відповідей	Кількість респондентів	Частка, P±m, %
0	9	2,2±0,7
1	34	8,4±1,4
2	80	19,7±2,0
3	117	28,7±2,2
4	75	18,4±1,9
5	41	10,1±1,5
6	29	7,1±1,3
7	14	3,4±0,9
8	6	1,5±0,6
9	2	0,5±0,3
10	0	0,0
Відносний рівень обізнаності		34,1±2,3

На наступному етапі дослідження нами розраховано інтегральний коефіцієнт обізнаності з основними положеннями медичної реформи за окремими

групами респондентів та проведено розрахунок наявності статистично значущої різниці зазначеного показника між представниками різних груп (табл. 3).

Таблиця 3

Обізнаність населення з основними положеннями медичної реформи за групами (максимально можливе значення – 10 балів)

Назва групи	Кількість респондентів	Середнє значення коефіцієнта обізнаності (КО), балів (M±m)	Статистична значущість різниці коефіцієнта обізнаності в групах, p
Всі опитані	407	3,41±0,08	
<i>Розподіл за професією</i>			
Медичні працівники	218	3,67±0,12	p=0,001 (різниця статистично значуща)
Інші категорії	189	3,11±0,11	
<i>Розподіл за гендерними ознаками</i>			
Чоловіки	106	3,42±0,15	p=0,794 (різниця не є статистично значущою)
Жінки	301	3,41±0,10	
<i>Розподіл за освітою</i>			
Неповна середня	28	3,00±0,27	p=0,831 (різниця не є статистично значущою)
Середня	123	3,52±0,16	
Неповна вища	158	3,35±0,13	
Вища	98	3,49±0,19	
<i>Розподіл за віком</i>			
До 20 років	81	3,02±0,15	p=0,230 (різниця не є статистично значущою)
Від 21 до 30 років	149	3,42±0,14	
Від 31 до 40 років	102	3,43±0,18	
Від 41 до 50 років	42	3,38±0,23	
Від 51 до 60 років	26	4,31±0,37	
Понад 60 років	7	4,29±1,02	

За результатами дослідження встановлено низький рівень загальної обізнаності населення з основними положеннями медичної реформи. Розрахований нами коефіцієнт обізнаності становить лише 3,41±0,08 бали з 10 можливих. Незважаючи на досить низький показник, медичні працівники достовірно краще володіють інформацією щодо «медичної реформи (КО складає 3,67±0,12 бали, інші категорії – 3,11±0,11 бали, p=0,001). Не встановлено статистично значущої залежності КО від статі, освіти чи віку.

У «прогностичному» блоці анкети, який включав три питання, нами вивчалася думка населення щодо можливих наслідків впровадження реформи. Слід відзначити, що покращення якості та доступності медичної допомоги очікують 36,6±2,4% респондентів. Разом з цим 27,3±2,2% опитаних вважають, що можливість отримання якісного і доступного лікування зменшиться. На думку 19,9±2,0% респондентів ситуація не зміниться, 16,2±1,8% не змогли відповісти на це питання.

Переважає більшість опитаних (62,9±2,4%) вважають, що впровадження медичної реформи до закриття окремих медичних закладів та скорочення медичних працівників. Серед респондентів 26,5±2,2% очікують, що в результаті реформування медицина стане офіційно повністю платною, 27,0±2,2% опитаних зазначили, що вона й так була платною, тільки неофіційно, 18,9±1,9% не чекають змін щодо оплати медичної допомоги, 17,9±1,9% вважають, що буде часткова оплата, 9,6±1,5% вказали, що не знають відповіді.

На заключне питання анкети щодо доцільності сплати внесків до лікарняних кас, фондів добровільного медичного страхування для зменшення своїх витрат у разі захворювання з впровадженням медичної реформи майже половина респондентів (44,0±2,5%) дали ствердну відповідь, причому серед медичних працівників частка позитивних відповідей статистично достовірно вища, ніж у інших категорій населення (відповідно 51,8±3,4% проти 34,9±3,5%, p<0,001).

Висновки

1. За результатами дослідження встановлено, що більшість респондентів (71,5% з 407) підтримують необхідність реформування галузі охорони здоров'я.

2. Відмічено високий рівень негативних очікувань населення в результаті впровадження «медичної реформи»: серед опитаних 27,3% вважають, що це приведе до зменшення можливості отримання якісного і доступного лікування, 62,9% – до закриття окремих медичних закладів та скорочення медичних працівників, 26,5% – до появи офіційно платної медицини.

3. Визначено низький рівень обізнаності населення з основними положеннями медичної реформи (коефіцієнт обізнаності становить 3,41 бали при 10 можливих). Не встановлено залежності зазначеного показника від статі, віку, освіти респондентів, відмічено достовірно краще володіння інформацією щодо реформування медичними

працівниками порівняно з іншими категоріями населення. Отримані дані свідчать про необхідність посилення інформаційно-роз'яснювальної роботи щодо реформування галузі охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень полягають у проведенні повторного аналогічного опитування через 6 місяців з залученням респондентів старшого віку.

Література

1. *Вежновець Т.А.* Деякі причини інноваційного конфлікту реформи медичної галузі / Т.А. Вежновець, В.Д. Парій / Матеріали XII з'їзду Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ), 5-7 вересня 2013 року, м.Київ // Главний врач. 2013. N 12. С.30-31.
2. *За матеріалами соціологічного дослідження «Медична реформа в Україні. Стан та перспективи розвитку» (м. Миколаїв) /* Режим доступу: <https://chmnu.edu.ua/medichna-reforma-v-ukrayini-stan-ta-perspektivi-realizatsiyi-m-mikolayiv>.
3. *Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» №2168-19 від 19.10.2017 р.* – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.
4. *Інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я / Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Ратаніна О.М. [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – №3. – С.246-254.*
5. *Комунікації у процесі впровадження та супроводу реформування / Г.О. Слабкий, Ю. Б. Ященко, Л. В. Ященко [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2–3. – С. 176–181.*
6. *Короткий О.В.* Вивчення поінформованості лікаря первинної ланки відносно якості надання медичної допомоги, дослідження його комунікацій з іншими об'єктами сфери охорони здоров'я (за даними соціологічного дослідження) / О.В. Короткий // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – №4. – С.87-93.
7. *Скрип В.В.* Готовність та спроможність системи охорони здоров'я регіонального рівня до автономізації закладів охорони здоров'я (за результатами соціологічного дослідження) / В.В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – №4. – С.101-106.

Дата надходження рукопису до редакції: 27.03.2018 р.

Определение уровня осведомленности населения с основными положениями «медицинской реформы»*С.Н. Грищук*

Житомирский государственный университет им. Ивана Франка, г. Житомир, Украина
Коммунальное высшее учебное заведение «Житомирский медицинский институт» Житомирского областного совета

Цель. Определить уровень осведомленности населения с основными положениями «медицинской реформы» и установить его зависимость от социально-возрастных состояний.

Материалы и методы. В работе использованы социологический и статистический методы, исследование проводилось путем опроса по специально разработанной анкете.

Результаты. По итогам опроса 407 респондентов установлено, что 71,5±2,2% из них поддерживают необходимость реформирования здравоохранения. Определено, что относительный показатель осведомленности с подходами к реформированию первичной медицинской помощи составляет 46,9±2,5%, специализированной – 30,2±2,3%. В результате внедрения реформы улучшения доступности и качества медицинской помощи ожидают 36,6±2,4% респондентов, закрытия отдельных медицинских учреждений и сокращения медицинских работников – 62,9±2,4% опрошенных.

Выводы. Установлен низкий уровень осведомленности населения с основными положениями медицинской реформы (коэффициент осведомленности составляет 3,41±0,08 балла при 10 возможных). Не выявлено зависимости указанного показателя от пола, возраста, образования респондентов, отмечено достоверно лучшее владение информацией по реформированию медицинских работников по сравнению с другими категориями населения.

Ключевые слова: медицинская реформа, опрос, осведомленность.

Determination of the awareness level of the population with the basic provisions of “the medical reform”*S.M. Hryshchuk*

Zhytomyr Ivan Franko State University, Zhytomyr, Ukraine
Community Higher Educational Institute "Zhytomyr Medical Institute" of Zhytomyr Regional Council, Zhytomyr, Ukraine

Purpose – to determine the awareness level of the population with the basic provisions of "the medical reform" and to establish its dependence on the socio-age status.

Materials and methods. Sociological and statistical methods are used in the work, study was conducted by interviewing a specially designed questionnaire.

Results. According to the results of the poll of 407 respondents was found that 71.5±2.2% of them supported the necessity to reform the health care sector. It is determined that the relative indicator of awareness with the approaches of reforming the primary health care was 46.9±2.5%, specialized – 30.2±2.3%. Improvement of the availability and quality of medical care are expected by 36.6±2.4% of respondents, and 62.9%±2.4% of respondents believe that the implementation of the medical reform will lead to closing of certain medical facilities and the reduction of medical staff.

Conclusions. The low awareness level of the population with the main provisions of medical reform has been established (awareness rate is 3.41±0.08 points with 10 possible). The dependence of the indicated indicator on gender, age, education of respondents wasn't revealed, it was noted a significantly better possession of information about reforming among medical workers in comparison with other categories of population.

Key words: medical reform, questioning, awareness.

Відомості про автора

Грищук Сергій Миколайович – к.мед.н., старший викладач кафедри медико-біологічних основ фізичного виховання та спорту Житомирського державного університету імені Івана Франка, вул. Велика Бердичівська, 40, м. Житомир, Україна; викладач кафедри «Сестринська справа» КВНЗ «Житомирський медичний інститут» Житомирської обласної ради, вул. Велика Бердичівська, 46/15, м.Житомир, Україна.

УДК 612.592-021.58+612.56-034.332

Б.В.Дикий

Вплив штучного гіпобіозу на адаптаційні реакції людського організму згідно теорії неспецифічних адаптаційних реакцій (НАРО)

Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

Мета – вивчення впливу штучного гіпобіозу на адаптаційні реакції організму згідно оцінки адаптаційних реакцій запропонованими авторами Л. Гаркаві та Є. Квакіною визначення Неспецифічних Адаптаційних Реакцій Організму (НАРО) на основі процентного вмісту лімфоцитів в лейкоцитарній формулі периферійної крові.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось з застосуванням фізіотерапевтичного апарату ПППС-1, який пройшов тестування в ДП «Укрметрестандарт» та ДУ Інститут гігієни та медичної екології АМНУ.

Результати. Апарат знижує температуру тіла людини приблизно на один градус за допомогою мікроелектричних імпульсів, що активізує імунні та кровотворні системи організму людини. Під час проведення дослідження спостерігалась антистресова реакція, яка проявлялась у зміні процентного вмісту лімфоцитів на фоні стану стресу, та стану переактивації до стану спокійної та підвищеної активації.

Висновки. Дія фізіотерапевтичного апарату ПППС-1 (ТУ у 26.6-33396947) як управляючого фактору призводить до достовірного зниження температури тіла, що є проявом гіпобіозу, а також зниженню реактивності та перенапруження адаптаційних реакцій організму, отже зростанню опірності людського організму до несприятливих чинників, що відповідає поняттю «ідеального здоров'я», тобто люди, що зрідка хворіють чи майже не хворіють.

Ключові слова: штучний гіпобіоз, оздоровлення, адаптаційні реакції, мікроелектричні імпульси, процентний вміст лімфоцитів, лейкоцитарна формула крові, температура тіла.

Вступ

Гіпобіоз – це зворотне різке зниження інтенсивності процесів життєдіяльності, яке дозволяє скоротити енергетичні затрати організму в несприятливих умовах.

Штучний гіпобіоз застосовується в експериментальній біології та в різних галузях медицини – хірургії, терапії.

Оволодівши способом викликати у людини гіпобіоз (сплячку) штучним шляхом, можна отримати в руки потужний арсенал боротьби з самими тяжкими патологічними станами та хворобами, багато з яких на даний момент усунути важко або просто неможливо.

Порівняльний аналіз особливостей старіння і впливу гіпобіозу у різних видів ссавців з метою вивчення можливостей застосування цього стану для продовження життя людини, дає можливість зробити висновок про можливість зниженню захворюваності та продовження життя.

Серед відомих способів продовження життя ссавців відоме дворазове збільшення тривалості життя, яке отримане при зниженні температури тіла у хом'яків [13]. При цьому великий відсоток кількості тварин занурювалася в глибокий сон, не споживала корм, у них знижувалися обмін речовин, температура тіла і сповільнювалося старіння.

Проблема продовження якісного життя людей, збереження їх працездатності, особливо при неухильному зростанню кількості осіб пенсійного віку та підняття віку виходу на пенсію в нашій країні стає все більш актуальною.

Окрім того, важливість цього питання збільшується у зв'язку із бойовими діями по збереженню цілісності держави, її захисту від ворожої навали. Здоров'я воїнів, які повернулись з арени бойових дій, їхня адаптація до мирних умов життя є важливою складовою у вирішенні соціальних та політичних проблем України. Вирішення проблеми реабілітації та оздоровлення воїнів АТО є важливою компонентом у вирішенні проблеми здоров'я населення. Наслідки посттравматичного стресу (ПТСТ) спостерігаються не тільки у воїнів, які повернулись з АТО, але і їх сімей, що перенесли переживання за своїх близьких, а також активних громадян, волонтерів. Ці явища стають відмінними рисами цивілізаційних процесів українського суспільства.

Одне з провідних місць серед медичних та соціальних наслідків ПТСТ займає порушення психологічного здоров'я особистості, безпосередньо пов'язаного з наявністю патологічних змін особистості [6].

Поряд з традиційним лікуванням та реабілітацією цікавим напрямком є застосування нетрадиційних методів із застосуванням штучного гіпобіозу [11].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Гіпобіоз – це загальний біологічний феномен. Багато фактів про механізми старіння отримані в лабораторії без урахування умов проживання тварин в природі. Однак відомо, що життєві цикли багатьох видів пов'язані з річними біоритмами, які спостерігаються у тварин, що живуть довше року; якщо тривалість життя особин менше року, то на сезонні зміни реагує популяція.

У багатьох дослідах на безхребетних зниження температури тіла тварин викликало достовірне збільшення

максимальної тривалості життя, іноді в десятки разів. У ссавців такого ефекту не досягнуто. Теплокровні тварини діляться за принципом терморегуляції на гоміотермних (температура їх тіла не залежить від температури середовища) і гетеротермних (температура тіла змінюється при різних умовах). В останніх зниження температури тіла пов'язане з уповільненням обміну речовин, що призводить до значного збільшення максимальної тривалості життя.

У багатьох дослідках на безхребетних переконливо показано, що за допомогою голодування, зниження температури тіла або зміни концентрації CO_2 в середовищі вдається знизити обмін речовин, затримати статеве дозрівання і уповільнити або навіть зупинити старіння [7]. При цьому відбувається редукція тіла, розсмоктування старих тканин і розблокування систем стовбурних клітин. За умови скасування впливу цих факторів організм починає самовідновлення за рахунок систем стовбурних клітин. Такий спосіб дозволяє збільшити тривалість життя деяких тварин в десятки разів [9].

Рядом дослідників раніше була запропонована робоча гіпотеза про один з механізмів старіння як наслідок десинхронізації біоритмів організму після статевого дозрівання [10].

Саме зниження обміну речовин викликає уповільнення старіння незалежно від його причин і механізмів. Відзначимо, що, на відміну від багатьох видів, зимовий сон ведмедів супроводжується зниженням рівня обміну на 50-70%, при цьому оновлення білків відбувається інтенсивно [5]. Процеси обміну речовин у ведмедів виявилися схожими на метаболізм у людини при повному голодуванні [8].

Можна очікувати, що при періодичному зниженні обміну речовин у людини старіння буде сповільнюватися. Розглянемо можливості уповільнення обміну речовин під час сну.

Статистичні дані вказують на мінімальну смертність людей при 7-8 годину тривалості сну [3]. Це пов'язано з тим, що багато біоритмів організму синхронізовані з циклом сон-неспанья. Десинхронізація ритмів з віком відбувається в стані неспанья при підвищеній активності всіх систем організму, а сон є синхронізуючим процесом [2,10]. Вплив на тривалість сну робить положення Землі щодо Сонця. Максимальна смертність людей спостерігається восени і взимку. Відомо, що сон коротше навесні і влітку, а триваліше восени і взимку [3]. Тому виправданий традиційний режим довгожителів: вставати після сходу сонця і лягати після заходу. Найбільше число місць довгожителів спостерігається близько 80° північної широти, тобто близької з постійним періодом день-ніч.

Багатьма авторами встановлено, що під час повільної хвильової фази сну людини знижується частота серцевих скорочень (на 5-10 за хв), частота дихання, артеріальний тиск, температура тіла (на 0,6-1,50), споживання O_2 (на 13%) і виділення CO_2 ; зниження основного обміну на 20% може відбуватися за рахунок м'язового розслаблення [3,10].

Подальше зниження обміну можливо за рахунок розширення резервних можливостей людини. Найбільші практичні результати в цьому відношенні демонструють майстри східних психотехнік [8,12]. Описано декілька випадків справжнього гіпобіозу йогів під наглядом фізіологів [8].

Наукові дослідження щодо застосування штучного гіпобіозу для продовження життя людей тільки починаються. Відзначимо цікаві спостереження над окремими людьми, які використовували деякі компоненти гіпобіозу з метою оздоровлення, омолодження і продовження життя.

Проведені багаторазові дослідження виявили, що зниження метаболізму призводить до зниження в потребі кисню (O_2), підвищує концентрацію вуглекислоти (CO_2) та понижає температуру тіла. Відомо також, що зниження температури тіла веде до зростання розчинності вуглекислоти (CO_2) в крові і тканинній рідині [5].

Спроби продовження життя у гоміотермних особах шляхом зниження температури тіла завжди закінчувалась невдачею. Зниження температури тіла людини до 30-33° використовується в методиці штучної гібернації людини при складних операціях. Але сам метод складний і не може застосовуватись довго тривало з метою продовження життя [3].

Одна з найбільш поширених проблем при застосуванні нетрадиційних методів реабілітації є визначення їх ефективності. Одним з показників ефективності методів реабілітації та оздоровлення є рівень адаптаційних реакцій людського організму після проведення процедур. Для оцінки адаптаційних реакцій авторами Л. Гаркаві та Є. Квакіною запропоновано визначення Неспецифічних Адаптаційних Реакцій Організму (НАРО) на основі процентного вмісту лімфоцитів в лейкоцитарній формулі периферійної крові [4].

Мета роботи – підтвердження дії апарату ПППС-1 (ТУ у 26.6-33396947) на організм, який викликає та утримує впродовж періоду профілактики або лікування штучний гіпобіоз одночасно з антистресовими реакціями, а також обґрунтування доцільності використання апарату в медичній практиці та подальшої реєстрації в установленому порядку.

Методи й організація досліджень

Дослідження проводились кафедрою фізичної реабілітації факультету здоров'я та фізичного виховання по вивченню впливу штучного гіпобіозу на адаптаційні процеси людини на базі: Мукачівської ЦРЛ; Мукачівського військового госпіталю ВЧ А 1047; Ужгородської ОУМП. У дослідженні брали участь 28 осіб, які дали згоду на обробку персональних даних, з числа воїнів АТО та медичних працівників цих закладів.

Фізіотерапевтичний апарат ПППС-1 (ТУ у 26.6-33396947), розробником якого являється ОКБ «Шторм» НТУ «КПІ», який пройшов тестування в ДП «Укрметрестандарт» та ДУ Інститут гігієни та медичної екології АМНУ

Дослідження виконані відповідно плану наукової роботи кафедри фізичної реабілітації ДВНЗ «УжНУ» за темою: «Відновлення психофізичного потенціалу організму осіб різного віку і статі, які мають відхилення у стані здоров'я з застосуванням новітніх реабілітаційних технологій» (№ держреєстрації 0116U003326), вона виконується згідно угоди про співпрацю між Всеукраїнською громадською організацією інвалідів України "Об'єднана" (ВГОІУ) і ДВНЗ «УжНУ» за № 7/1 від 24 лютого 2016 р.

Перед початком дослідження і в кінці було проведено забір крові, а також кожні два дні заміри температури тіла досліджуваних з метою оцінки впливу штучного гіпобіозу на стан адаптаційних реакцій людського організму.

Методика проведення досліджень для визначення ефективності використання апарату:

1. Курс застосування апарату для одного пацієнта через день (до підтвердження або спростування отримання реакції гіпобіозу та антистресової реакції організму).

2. Перед початком застосування апарату проводимо аналіз балансу між тонусом симпатичного та парасимпатичного відділів ЦНС при допомозі тестеру зі шкалою в діапазоні від 0 до 2000 мілівольт, при необхідності відновлюємо баланс за допомогою металевих циліндрів які входять в комплект апарату протягом від 5 до 40 хв.

3. Час застосування апарату для пацієнта (від 2 до 5 хв).

4. Час виміру досліджуваних параметрів:

– клінічний аналіз крові за лейкоцитарною формулою на початку застосування апарату та в кінці його застосування;

– аналіз крові після перших двох процедур та наступні проводяться 2–3 рази на тиждень при необхідності;

– вимір температури тіла, кров'яного тиску та пульсу проводиться перед кожною процедурою та після неї;

5. Проведення диспансерного огляду на початку та в кінці курсу застосування апарату.

6. Застосування апарату та проведення замірів проводяться для кожного пацієнта в один і той же період часу.

7. Приймання їжі не допускається на протязі однієї години перед та 30 хв. після застосування апарату.

Результати досліджень та їх обговорення

Ефективність застосування апарату визначали за показниками температури тіла та процентним вмістом лімфоцитів у лейкоцитарній формулі периферійної крові з метою визначення появи антистресової реакції організму за методикою Л.Г. Гаркаві.

На основі проведених досліджень при застосуванні апарату ПППС-1 відбулося достовірне зниження температури тіла з $36,53 \pm 0,01^{\circ}\text{C}$ до $35,60 \pm 0,01^{\circ}\text{C}$, різниця змін становила $0,90 \pm 0,01^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,05$).

Під час проведення дослідження спостерігалась антистресова реакція, яка проявлялась у зміні процентного вмісту лімфоцитів:

– процентного вмісту лімфоцитів з $< 20,0\%$ (стан стресу) до $27\%– 27,5\%$, що відповідає стану тренування,

– процентного вмісту лімфоцитів з $> 44,5\%$ (стан переактивації) до $20\%– 27,5\%$, що відповідає стану тренування,

– процентного вмісту лімфоцитів з $> 44,5\%$ (стан переактивації) до $34\%– 44\%$, що відповідає стану підвищеної активації,

– процентного вмісту лімфоцитів з $< 20,0\%$ (стан стресу) до $28\%– 34\%$, що відповідає стану спокійної активації.

У пацієнтів, до яких не застосовувався апарат ПППС-1, зниження температури тіла та антистресова реакція не спостерігались.

1. Зміна зі стану стресу в стан тренування, що являє собою неспецифічну антистресову адаптаційну реакцію організму на діючі фактори «порогової» величини, яка характеризується сигнальним показником – вмістом в крові лімфоцитів (від 20 до 27%), а також продукцією гормонів ендокринними залозами – щитовидною, статевими, гіпофізом – в межах нижньої половини зони норми [4, с.120].

Біологічний сенс реакції тренування – збереження гомеостазу в межах нижньої половини зони норми в умовах дії слабких, незначних подразників. Для того, щоб реакція тренування трималася довго, необхідно впливати на пацієнта факторами нелінійно зростаючої інтенсивності – збільшувати силу впливу лікувального чинника в зв'язку з помірно зниженою при даній реакції чутливості ЦНС [4, с.122].

2. Стан переактивації являє собою неспецифічну антистресову адаптаційну реакцію організму при впливі на організм сильнодіючих факторів і розвиваються або реакція стресу (класично описана Сельє, що характеризується вираженою лімфопенією – менше 20%, або реакція переактивації, яка характеризується надмірним (вище верхньої межі норми) підвищенням процентного вмісту лімфоцитів в лейкоцитарній формулі [4, с.125].

Біологічний сенс переактивації – в спробі зберегти активацію у відповідь на непосильне навантаження без «скидання» в стрес. Переактивація, дійсно, краще стресу, але небезпечна «зривом» в стрес Сельє і також є основою деяких хвороб [4, с. 126].

3. Стан реакції активації – це неспецифічна антистресовий адаптаційна реакція організму на діючі фактори «середньої» інтенсивності, яка буває двох видів: – підвищеної активації і спокійною активації. Вміст лімфоцитів (сигнальний показник) становить 28-33% (при реакції спокійної активації), а при реакції підвищеної активації – 40-45% (індивідуально). Реакція активації знаходиться між реакціями тренування і стресу [4, с.127].

При підвищенні сили діючого фактору спочатку формується реакція спокійної активації, а потім – реакція підвищеної активації [4, с.128]. Зміни багатьох систем організму при цих реакціях відрізняються лише за

ступенем вираженості. Так, при реакції підвищеної активації більш виражено збільшення активності органів тимико-лімфатичної системи, клітинного імунітету, секреції гормонів щитовидної залози, статевих залоз, тропних гормонів гіпофіза [4, с.130]. При реакції спокійної активації це підвищення лежить в межах верхньої половини зони норми, а при реакції підвищеної активації захоплює верхню третину зони норми, верхню межу норми і трохи вище [4, с.137].

Якщо при реакції спокійної активації секреція АКТГ і глюкокортикоїдів знаходиться в межах нижньої половини зони норми, то при реакції підвищеної активації – лежить в межах її верхньої половини. Це визначає і різний вплив цих реакцій на запалення (більш виражену протизапальну дію при реакції підвищеної активації) і певне співвідношення активності згортаючої і протизгортаючої систем крові. При реакції спокійної активації вони добре збалансовані, а при реакції підвищеної активації помірно переважає активність протизгортаючої системи. Це також визначає різний вплив реакцій спокійної і підвищеної активації у хворих з порушеннями системи згортання. При реакціях спокійної і підвищеної активації переважають процеси анаболізму, особливо при підвищеній активації. Пластичний і енергетичний обмін добре збалансовані. Обидві реакції активації (але, особливо підвищеної активації) викликають швидке і суттєве підвищення активної неспецифічної резистентності організму за рахунок істинного підвищення активності його захисних систем [4, с.139].

Біологічний сенс обох реакцій активації – в адекватному підвищенні активності захисних систем у відповідь на подразник середньої сили, що відповідає оптимальному рівню захисної відповіді організму. При цих реакціях відбувається найшвидша і адекватна перебудова захисних сил, у відповідь на що спостерігається швидке загоєння ран або відновлення сил після хвороби [4, с.145].

Висновки

В процесі дослідження було виявлено, що при дії фізіотерапевтичного апарату ПППС-1 (ТУ у 26.6-33396947) як управляючого фактору спостерігається достовірне зниження температури тіла, що є проявом гіпобіозу, а також зниження реактивності та перенапруження адаптаційних реакцій організму. Таким чином зростає опірність людського організму до несприятливих чинників, що відповідає поняттю «ідеального здоров'я», тобто людизірка хворіють чи майже не хворіють.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження повинні бути спрямовані на визначення зміни найбільш інформативних показників стану рівня здоров'я людського під дією штучного гіпобіозу. Розробка моделей прогнозу впливу різних екзогенних чинників на організм людини та визначення динаміки процесів покращення здоров'я населення.

Література

1. Агаджанян Н.А., Катков А.Ю. Резервы нашего организма/ Н.А. Агаджанян, А.Ю. Катков. – М.:Знание, 1990. – 240 с.
2. Биологические ритмы. Т.1,2. М.:Мир, 1984. – 414 с.
3. Вейн А.М., Хехт К. Сон человека / А.М. Вейн, К. Хехт. – М.:Медицина, 1989. – 272 с.
4. Гаркави Л. Х. Активационная терапия /Л.Х. Гаркави – Ростов н/Д.: Изд-во Ростов. ун-та, 2006. – 256 с.
5. Калабухов Н.И. Спячка млекопитающих/ Н.И. Калабухов. – М.:Наука, 1985. – 264 с.
6. Караяни А. Г. Психологическая работа в боевой обстановке/ А.Г. Караяном. – Штаб При ВО Самара, 1997, С. 52.
7. Короткова Г.П. Интеграционные механизмы и морфогенез/ Г.П. Короткова // Журн. общ. биол. – 1988, Т.49, № 4. – С.464-475.
8. Тимофеев Н.Н. Искусственный гипобиоз / Н.Н. Тимофеев. – М.:Медицина, 1987. – 192 с.
9. Токин Б.П., Борисова Т.Н. Формообразовательные процессы у голодающей планарии / Б.П. Токин, Т.Н. Борисова // Вестник ЛГУ, 1975. №21. – С.24-33.
10. Чернилевский В. Е. Общебиологический подход к изучению притроды старения / В. Е. Чернилевский // “Геронтология и гериатрия”, Альманах, Вып.1. М.:НИИ геронтологии МЗ РФ. 2001. С.21-24.
11. Чернилевский В.Е. Искусственный гипобиоз как способ продления жизни / В. Е. Чернилевский // Профилактика старения. – 2001, Вып. 4. – С.34-48.
12. Эберт Д. Физиологические аспекты йоги / Д. Эберт. – СПб. : Веды, 1993. – 144 с.
13. Lyman С.Р. Hibernation and longevity in the Turkish hamster / С.Р. Lyman // Science,1981,Vol.212. – P.668-670.

Дата поступления рукопису до редакції: 02.04.2018 р

Влияние искусственного гипобиозу на адаптационные реакции человеческого организма согласно теории неспецифических адаптационных реакций (НАРО)

Б. В. Дикий

Ужгородский национальный университет,
г. Ужгород, Украина

Цель – изучение влияния искусственного гипобиозу на адаптационные реакции организма согласно оценки неспецифических адаптационных реакций предложенными авторами Л. Гаркави та Е. Квакиной определения Неспецифических Адаптационных Реакций Организма (НАРО) на основе процентного содержания лимфоцитов в лейкоцитарной формуле периферической крови.

Материалы и методы. Исследование проводилось с применением физиотерапевтического аппарата ПППС-1, который прошел тестирование в ДП «Укрметрестандарт» та ДУ Института гигиены и медицинской экологии АМНУ.

Результаты. Аппарат снижает температуру тела человека приблизительно на один градус при помощи микро электрических импульсов, что активизирует иммунные и кроветворные системы организма человека. Во время проведения исследования наблюдалась антистрессорная реакция, которая проявлялась у изменении процентного содержания лимфоцитов на фоне состояния стресса из состояния стресса, и состояния пере активации в состояние спокойной и повышенной активации.

Выводы. Применение физиотерапевтического аппарата ПППС- (1ТУ у 26.6-33396947) как управляющего фактора приводит к доверительному снижению температуры тела, что является явлением гипобиозу, а так же к снижению реактивности перенапряжения адаптационных реакции организму, а значит к возрастаниюсопротивляемости человеческого организму к неблагоприятным воздействиям, что соответствует почти «идеального здоровья», то есть люди, что редко болеют или почти не болеют.

Ключевые слова: искусственный гипобиоз, оздоровление, адаптационные реакции, миоэлектрические импульсы, процентное содержание лимфоцитов, лейкоцитарная формула крови, температура тела.

Influence of artificial hypobiosis on adaptation responses of human body according to the theory of nonspecific adaptive reactions (NARO)

B. V. Dykyu

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – the study of the influence of artificial hypobiosis on the adaptive reactions of the organism according to the assessment of adaptive reactions by the proposed authors L. Harkavi and E. Kvakina of the definition of nonspecific adaptive body reaction (NARO) based on the percentage of lymphocytes in the leukocyte formula of peripheral blood.

Materials and methods. The study was conducted using the physiotherapeutic apparatus PIPPS-1, which was tested in the State Enterprise “Ukrmetrteststandart” and the SI Institute of Hygiene and Medical Ecology of the AMSU.

Results. The device reduces temperature of the human body by about one degree with the help of microelectric impulses, which activates the immune and hematopoietic systems of the human body. During the study, an anti-stress reaction was observed, which was manifested in the change of the percentage of lymphocytes against the background of stress, and the state of re-activation to a state of calm and increased activation.

Conclusions. The action of the physiotherapeutic apparatus of PIPPS-1 (Specifications 26.6-33396947) as a control factor leads to a significant decrease of body temperature, which is a manifestation of hypobiosis, as well as a decrease in the reactivity and strain of the adaptive reaction of the organism, hence the growth of the resistance of the human organism to adverse factors that correspond to the concept “Ideal health”, that is, people who occasionally get sick or almost not get ill.

Key words: artificial hypobiosis, rehabilitation, adaptive responses, microelectric impulses, percentage of lymphocytes, blood leukocyte formula, body temperature.

Відомості про автора

Дикий Богдан Володимирович – кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент, доцент кафедри фізичної реабілітації Ужгородського національного університету; вул.Університетська, 14, м. Ужгород, 88000, Україна.

УДК 614.2

С.В. Дудник

Тенденції смертності дітей у віці до 1-го року життя від деяких інфекційних та паразитарних хвороб

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета роботи – проаналізувати та визначити тенденції рівня малюкової смертності в Україні (загальні, за статтю, місцем мешкання (міські поселення, сільська місцевість)) від деяких інфекційних та паразитарних хвороб (клас I, A00-B99) протягом 2012-2016 рр.

Матеріали та методи. Дослідження та необхідні розрахунки щодо показників рівня та структури смертності дітей у віці до 1-го року життя від деяких інфекційних та паразитарних хвороб здійснено на підставі статистичних даних Державної служби статистики України за період 2012-2016 рр. Використано наступні методи: аналітичний, статистичний, порівняльний аналіз, системний підхід.

Результати дослідження та висновки. В ході дослідження визначено сучасні тенденції рівня дитячої смертності від деяких інфекційних та паразитарних хвороб як загальні, так і з урахуванням статі, місця проживання (місто, село). За результатами дослідження встановлено необхідність вивчення детермінант формування показників смертності від деяких інфекційних та паразитарних хвороб, з метою впровадження адекватної медичної допомоги та системи профілактики для попередження та зниження показників малюкової смертності від деяких інфекційних та паразитарних хвороб.

Ключові слова: малюкова смертність, смертність дітей у віці до 1-го року життя, рівень малюкової смертності, тенденції малюкової смертності, малюкова смертність від інфекційних та паразитарних хвороб.

Інфекційна захворюваність та смертність дітей від інфекційних та паразитарних хвороб завжди були і залишаються однією із актуальних проблем охорони здоров'я країни, попередження та своєчасне виявлення та лікування яких представляє собою резерв скорочення як малюкової так і дитячої смертності в цілому від вищезазначених хвороб, при цьому слід зазначити, що дані захворювання у дитячому віці часто мають більш важкий перебіг і, не зважаючи на той факт, що протягом останніх років у державі рівень малюкової смертності від деяких інфекційних та паразитарних хвороб значно не змінюється, питання впливу факторів ризику (медичних, соціально-гігієнічних, біологічних, тощо) на розвиток інфекційної патології з метою запобігання її розвитку залишається недостатньо вивченими. Однією із провідних причин смертності і захворюваності у малюковому віці виступає інфекційно-запальна патологія, достатньо часто у неонатальному періоді спостерігаються вроджені інфекції, тобто інфекції, що специфічні для перинатального періоду, також слід зазначити роль інфекційних факторів у розвитку вроджених аномалій (у 50-70% випадків причиною розвитку вроджених аномалій є інфекції), до того ж перенесені внутрішньоутробні інфекції достатньо часто стають передумовою для розвитку хронічної соматичної патології, інвалідності, тощо. За даними популяційного дослідження ВООЗ, присвяченого смертності в неонатальному періоді, від інфекцій у світі вмирають до 40% з усіх померлих новонароджених, що становить близько 2 млн дітей на рік [1, 4-11].

На сучасному етапі медична галузь у всьому світі живає заходів щодо своєчасного виявлення, лікування,

запобігання інфекційної захворюваності, а також профілактики смертності від вищезазначеного класу хвороб. Так, на даний час ВООЗ та ЮНІСЕФ (2018 р.) сприяють поширенню сприяння практиці грудного вигодовування, яке у першу годину після пологів захищає новонароджених від інфекцій, врятовуючи їх життя і знижуючи рівень їх смертності, саме новонароджені піддаються підвищеному ризику смерті від діареї та інших інфекцій у разі, якщо вони лише частково знаходяться або не перебувають взагалі на грудному вигодовуванні. За підрахунками експертів ВООЗ, завдяки грудному вигодовуванню можна було б щорічно врятувати 820 тис. дітей у віці до п'яти років. Також важливою складовою, що дозволяє попереджувати захворюваність, інвалідність, малюкову смертність від інфекційних хвороб є імунізація (за оцінками ВООЗ, 19,4 мільйонів дітей грудного віку в світі все ще не отримують основних вакцин). За оцінками ВООЗ, імунізація дозволяє щорічно запобігати від 2 до 3 мільйонів випадків смерті населення світу від дифтерії, правця, кашлюку та кору, а при поліпшенні глобального охоплення імунізацією можна було б запобігти ще 1,5 млн випадків смерті. Протягом останніх років глобальне охоплення вакцинацією – частка дітей в світі, які отримують рекомендовані вакцини – тримається на одному рівні, при цьому в Україні рівень охоплення вакцинацією дітей залишається на достатньо невисокому рівні і значно відрізняється за регіонами України. ООН рекомендує три основних кроки, що мають сприяти поширенню імунізації, для чого пропонується об'єднати імунізацію з іншими службами охорони здоров'я, такими

як післяпологова допомога матерям та новонародженим; зміцнити системи охорони здоров'я, щоб вони могли проводити вакцинацію навіть під час криз; забезпечити доступ до вакцин і їх прийнятності за вартістю для всіх людей. З урахуванням вищенаведеного, слід зазначити, що профілактика малюкової смертності від деяких інфекційних та паразитарних хвороб, полягає не тільки безпосередньо у попередженні виникнення, своєчасному діагностуванні та лікуванні численних інфекцій, але і у попередженні факторів ризику щодо їх розвитку, таких як відсутність адекватного спостереження та уваги до вагітних жінок, до їх соціально-економічного становища, неправильному способу життя жінок, неправильним доглядом за новонародженими та харчуванням немовлят, тощо, а дослідження сучасних тенденцій смертності дітей у віці до 1-го року життя від деяких інфекційних та паразитарних хвороб є необхідною складовою для оцінки стану медичної допомоги, якості її надання та попередження даного класу хвороб [2, 3, 5-6, 9, 11-15].

Мета роботи – проаналізувати та визначити тенденції рівня малюкової смертності в Україні (загальні, за статтю, місцем мешкання (міські поселення, сільська місцевість)) від деяких інфекційних та паразитарних хвороб (клас I, A00-B99) протягом 2012-2016 рр.

Матеріали та методи

Дослідження та необхідні розрахунки щодо показників рівня та структури смертності дітей у віці до 1-го року життя від деяких інфекційних та паразитарних хвороб здійснено на підставі статистичних даних Державної служби статистики України за період 2012-2016 рр. Використано наступні методи: аналітичний, статистичний, методи вирівнювання динамічних рядів (метод укрупнення інтервалу, метод ковзної середньої), порівняльний аналіз, системний підхід.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними дослідження частка випадків смертності дітей у віці до 1-го року життя від деяких інфекційних та паразитарних хвороб (клас I) у загальній структурі малюкової смертності в Україні протягом 2012-2016 рр. мала тенденцію до зростання від 2,7% у 2012 році до 2,9% у 2015 та 2016 рр. (на 7,4% відносно 2012 року) (табл. 1).

Таблиця 1

Частка випадків смертності дітей у віці до 1-го року життя від деяких інфекційних та паразитарних хвороб (клас I (A00-B99)) у загальній структурі малюкової смертності в Україні за період 2012-2016 рр. (%)

2012 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.
2,7	2,8	2,7	2,9	2,9

Рівень малюкової смертності (обидві статі міських поселень та сільської місцевості) за причиною класу I за період 2012-2016 рр. мав тенденцію до зниження на 7,7%

у 2016 р. відносно 2012 р.. Аналогічні тенденції до зниження рівнів смертності дітей у віці до 1-го року життя у 2016 р. відносно 2012 р. відзначаються за наступними причинами: від інших кишкових інфекцій на 24,2%, від туберкульозу на 66,7%, менінгококової інфекції на 10,2%, хвороби спричиненої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) на 5,3%, від інших вірусних хвороб на 24,5%. В свою чергу, за останні п'ять років зафіксовано тенденції до зростання рівнів малюкової смертності від діареї та гастроентериту згодом інфекційного походження в 1,5 рази (з 0,02 на 10 тис. народженими живими у 2012 році до 0,05 відповідно у 2016 році), від кашлюку на 66,7%, від септицемії на 13,2%. За період спостереження в Україні не зафіксовано жодного випадку малюкової смерті від правцю, дифтерії, гострого поліомієліту, кору, малярії. Рівень смертності від інших інфекційних та паразитарних хвороб в 2016 р. залишився ідентичним 2012 р. (0,13 на 10 тис. народжених живими). Якщо проаналізувати рівень малюкової смертності (обидві статі) від класу I окремо у міських поселеннях та у сільській місцевості, то слід зазначити, що рівень смертності дітей у віці до 1-го року життя від деяких інфекційних та паразитарних хвороб у сільській місцевості за період спостереження зріс на 13,5%, в той час як у міських поселеннях знизився на 23,8%. Також у сільській місцевості протягом 2015-2016 рр. з'явилась малюкова смертність від діареї та гастроентериту згодом інфекційного походження, тоді коли у 2012-2014 рр. випадків смерті від даної причини не спостерігалось, у 2016 році відносно до вихідного року (2012 р.), зросла смертність дітей сільської місцевості у віці до 1-го року життя від інших кишкових інфекцій на 25,5%, туберкульозу на 16,7%, від кашлюку на 36,4%, від менінгококової інфекції на 37,3%, септицемії на 26,5%, хвороби спричиненої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) на 23,5%, при тому що зниження малюкової смертності у сільській місцевості відбулось лише від інших вірусних хвороб на 33,3% та від інших інфекційних та паразитарних хвороб на 31,8%. У міських поселеннях у 2016 р. відбулось зростання малюкової смертності відносно 2012 р. від діареї та гастроентериту згодом інфекційного походження на 33,3%, кашлюку в 1,6 рази, септицемії на 2,2%, інших інфекційних та паразитарних хвороб на 33,3%, при цьому зафіксовано тенденції до зниження смертності дітей у віці до 1-го року життя від інших кишкових інфекцій майже у 6 рази, від менінгококової інфекції на 37,5%, від хвороби спричиненої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) на 28,6%, від інших вірусних хвороб на 20,8% (табл. 2).

За результатами аналізу динаміки рівня смертності дітей у віці до 1 року протягом 2012-2016 рр. від деяких інфекційних та паразитарних хвороб в залежності від місця мешкання та статі (обидві статі) та розрахунку показників динамічного ряду із застосуванням методів вирівнювання динамічного ряду (методу укрупнення інтервалу та методу ковзної середньої) слід зазначити, що рівень малюкової смертності від класу I в Україні (міські поселення та сільська місцевість) в 2012 р. склав 2,3 на 10 тис.живонароджених, після чого у 2013 р. знизився на 4,3% і протягом 2013-2016 рр. залишається незмінним –

2,2 на 10 тис. народжених живими (за результатами вирівнювання). Смертність дітей у віці до 1-го року життя (обидві статі) у міських поселеннях за результатами вирівнювання має тенденцію до її зниження протягом 2012-2013 рр., але протягом 2014-2016 рр. залишається незмінною. Малюкова смертність (обидві статі) у сільській місцевості від класу I протягом 2012-2014 рр. має чітку тенденцію до зростання смертності (табл. 3).

Протягом 2012-2016 рр. при аналізі малюкової смертності від деяких інфекційних та паразитарних хвороб за статтю смертність хлопчиків у віці до 1-го року життя, що мешкали у міських поселеннях і сільській місцевості, а також смертність хлопчиків окремо у міських поселеннях та смертність хлопчиків сільської місцевості мали тенденції до її зниження у 2016 р. відносно 2012 р. на 21,2%; на 23,5%; на 19,5% відповідно. При цьому слід зазначити, що за результатами застосування методів укрупнення інтервалу та ковзної середньої, тенденції до зниження малюкової смертності хлопчиків від класу I, що мешкають у місті та селі, і у хлопчиків, що мешкають у містах мають поступовий характер, в той час, як смертність хлопчиків сільської місцевості у віці до 1-го року життя від класу I має хвилеподібний характер з тенденцією до зниження тільки останні 2 роки (2015-2016 рр.) (табл. 4, табл.5). За період дослідження смертність хлопчиків у віці до 1-го року життя міських поселень та сільської місцевості у 2016 році відносно 2012 року зросла від кашлюку на 27,3%, від менінгококової інфекції на 15,2%, хвороби, спричиненої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) в 3,4 рази. У 2016 році смертність хлопчиків міських поселень відповідного віку зросла від хвороби, спричиненої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) в 3,6 рази відносно 2012 р. Також тенденції до зростання має малюкова смертність хлопчиків сільської місцевості від кашлюку на 27,3% (відносно 2012 р.), від менінгококової інфекції на 72,7%, від хвороби, спричиненої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) в 2,5 рази, від інших інфекційних та паразитарних хвороб на 27,3% (табл. 4).

За аналізований період смертність дівчаток міських поселень та сільської місцевості у віці до 1-го року життя

від деяких інфекційних та паразитарних хвороб має тенденцію до зростання з 2,23 на 10 тис. живонароджених 2012 році до 2,42 на 10 тис. живонароджених у 2016 році (на 8,5%). Аналогічна тенденція до зростання смертності дівчаток відповідного віку від класу I спостерігається у сільській місцевості з 2,70 на 10 тис. народжених живими у 2012 році до 4,12 на 10 тис. живонароджених у 2016 році (на 52,6%). Малюкова смертність дівчаток від деяких інфекційних та паразитарних хвороб міських поселень протягом років дослідження навпаки поступова знижувалась з 1,98 на 10 тис. народжених живими у 2012 р. до 1,50 на 10 тис. відповідно у 2016 р. (на 24,2%) (табл. 6, табл. 7). Протягом 2012-2016 рр. рівень смертності дівчаток у віці до 1-го року життя міських поселень та сільської місцевості зріс від діареї та гастроентериту згодом інфекційного походження в 1,5 рази, від інших кишкових інфекцій на 50%, від септицемії на 71,1%, від інших вірусних хвороб на 24,4%, а також у 2016 році зареєстровано випадки смертності від кашлюку, яких не було у попередні роки спостереження. Зниження рівнів смертності дівчаток у віці до 1-го року життя міських поселень та сільської місцевості відбулось від туберкульозу, від менінгококової інфекції, від хвороби, спричиненої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), від інших інфекційних та паразитарних хвороб. Малюкова смертність дівчаток міських поселень за роки дослідження зросла відносно вихідного 2012 року дослідження від діареї та гастроентериту згодом інфекційного походження на 33,3%, від кашлюку (зареєстровано тільки у 2016 році), від септицемії на 29,03%, від інших вірусних хвороб на 3,2%, від інших інфекційних та паразитарних хвороб у 2,7 рази. В сільській місцевості рівень смертності дівчаток у віці до 1-го року життя від діареї та гастроентериту згодом інфекційного походження вперше за роки спостереження зафіксовано у 2015-2016 рр., зросла смертність у дівчаток даної місцевості від інших кишкових інфекцій у 2,5 рази, туберкульозу на 16,7%, септицемії в 2,1 рази, від інших вірусних хвороб на 49,2% (табл. 6).

Таблиця 2

Смертність дітей у віці до 1 року від деяких інфекційних та паразитарних хвороб в залежності від місця мешкання (обидві статі, на 10 тис народжених живими)

Причини смерті	Обидві статі														
	Міські поселення та сільська місцевість						Міські поселення						Сільська місцевість		
	2012	2013	2014 ¹	2015 ¹	2016 ¹	2012	2013	2014 ¹	2015 ¹	2016 ¹	2012	2013	2014 ¹	2015 ¹	2016 ¹
Клас I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2,34	2,19	2,12	2,23	2,16	2,06	1,56	1,58	1,59	1,57	2,88	3,41	3,15	3,41	3,27
Діарея та гастроентерит згодомно інфекційного походження	0,02	0,02	0,00	0,05	0,05	0,03	0,03	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,13	0,07
Інші кишкові інфекції	0,33	0,37	0,21	0,29	0,25	0,24	0,18	0,16	0,07	0,04	0,51	0,63	0,31	0,69	0,64
Туберкульоз	0,06	0,09	0,08	0,09	0,02	0,06	0,06	0,06	0,07	0,00	0,06	0,17	0,12	0,12	0,07
Правець	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Дифтерія	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00	0,00
Коклюш	0,06	0,02	0,02	0,05	0,10	0,03	0,00	0,00	0,08	0,08	0,11	0,06	0,06	0,00	0,15
Менінгокова інфекція	0,49	0,45	0,47	0,45	0,44	0,48	0,29	0,32	0,41	0,30	0,51	0,74	0,74	0,52	0,70
Септицемія	0,53	0,41	0,55	0,66	0,60	0,45	0,27	0,45	0,41	0,46	0,68	0,68	0,74	1,12	0,86
Гострий поліомієліт	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Кір	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Хвороба, спричинена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)	0,19	0,16	0,11	0,18	0,18	0,21	0,18	0,10	0,14	0,15	0,17	0,11	0,12	0,25	0,21
Інші вірусні хвороби	0,53	0,57	0,51	0,41	0,40	0,48	0,45	0,36	0,35	0,38	0,63	0,79	0,80	0,52	0,42
Малярія	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Інші інфекційні та паразитарні хвороби	0,13	0,14	0,13	0,07	0,13	0,09	0,09	0,10	0,07	0,12	0,22	0,23	0,19	0,06	0,15

¹ Без урахування тимчасово окупованої території Автономної республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

Таблиця 3
Динаміка рівня смертності дітей у віці до 1 року від деяких інфекційних та паразитарних хвороб в залежності від місяця мешкання та статі (обидві статі)

Рік	Обидві статі (міські поселення та сільська місцевість)							
	Показник (рівень ряду, на 10 тис. живонароджених)	Абсолютний приріст (збиток)	Показник наочності, %	Показник росту (зниження), %	Темп росту (зниження), %	Метод укрупнення інтервалу	Метод ковзної середньої	
2012	2,3	-	100%	-	-		2,3	
2013	2,2	-0,1	95,7	95,7	-4,3	2,3	2,2	
2014	2,1	-0,1	91,3	95,5	-4,5		2,2	
2015	2,2	0,1	95,7	104,8	4,8	2,2	2,2	
2016	2,2	0,0	95,7	100,0	0,0	2,2	2,2	
Обидві статі (міські поселення)								
2012	2,1	-0,5	100,0	-	-	1,9	2,0	
2013	1,6	0,0	76,2	76,2	-23,8		1,8	
2014	1,6	0,0	76,2	100,0	0,0	1,6	1,6	
2015	1,6	0,0	76,2	100,0	0,0		1,6	
2016	1,6	0,0	76,2	100,0	0,0	1,6	1,6	
Обидві статі (сільська місцевість)								
2012	2,9	-	100,0	-	-	3,1	3,1	
2013	3,4	0,5	117,2	117,2	17,2		3,1	
2014	3,1	-0,3	106,9	91,2	-8,8	3,3	3,3	
2015	3,4	0,3	117,2	109,7	9,7		3,3	
2016	3,3	-0,1	113,8	97,1	-2,9	3,3	3,4	

Таблиця 4
Смертність хлопчиків у віці до 1 року від деяких інфекційних та паразитарних хвороб в залежності від місця мешкання (на 10 тис народжених живими)

Причини смерті	Хлопчики																	
	Міські поселення та сільська місцевість						Міські поселення						Сільська місцевість					
	2012	2013	2014 ¹	2015 ¹	2016 ¹	місцевість	2012	2013	2014 ¹	2015 ¹	2016 ¹		2012	2013	2014 ¹	2015 ¹	2016 ¹	
Клас I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2,45	2,32	2,48	2,27	1,93		2,13	1,63	1,69	1,71	1,63		3,07	3,65	3,96	3,30	2,47	
Діарея та гастроентерит згодомно інфекційного походження	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Інші кишкові інфекції	0,41	0,46	0,25	0,33	0,14		0,29	0,06	0,25	0,06	0,00		0,66	1,23	0,24	0,80	0,41	
Туберкульоз	0,00	0,15	0,08	0,13	0,00		0,00	0,12	0,12	0,06	0,00		0,00	0,22	0,00	0,24	0,00	
Правець	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Дифтерія	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,12	0,00	0,00	
Коклюш	0,11	0,00	0,04	0,09	0,14		0,06	0,00	0,00	0,15	0,07		0,22	0,00	0,12	0,00	0,28	
Менингококова інфекція	0,46	0,50	0,45	0,40	0,53		0,41	0,23	0,31	0,47	0,30		0,55	0,99	0,72	0,25	0,95	
Септицемія	0,60	0,42	0,62	0,50	0,43		0,57	0,35	0,31	0,29	0,52		0,66	0,55	1,20	0,90	0,27	
Гострий поліомієліт	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Кір	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Хвороба, спричинена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)	0,07	0,11	0,17	0,17	0,24		0,06	0,17	0,19	0,13	0,22		0,11	0,00	0,12	0,25	0,28	
Інші вірусні хвороби	0,64	0,61	0,62	0,53	0,29		0,63	0,58	0,38	0,41	0,45		0,66	0,66	1,08	0,75	0,00	
Малярія	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Інші інфекційні та паразитарні хвороби	0,15	0,08	0,21	0,13	0,15		0,11	0,12	0,13	0,14	0,08		0,22	0,00	0,36	0,12	0,28	

¹ Без урахування тимчасово окупованої території Автономної республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

Таблиця 5
Динаміка рівня смертності хлопчиків у віці до 1 року від деяких інфекційних та паразитарних хвороб в залежності від місця мешкання

Рік	Хлопчики (міські поселення та сільська місцевість)									
	Показник (рівень ряду, на 10 тис. живонароджених)	Абсолютний приріст (збиток)	Показник наявності, %	Показник росту (зниження), %	Темп росту (зниження), %	Метод укрупнення інтервалу	Метод ковзної середньої			
2012	2,4	-	100,0	-	-	2,3	2,3			
2013	2,3	-0,1	95,8	95,8	-4,2	2,3	2,4			
2014	2,5	0,2	104,2	108,7	8,7	2,4	2,4			
2015	2,3	-0,2	95,8	92,0	-8,0	2,2	2,2			
2016	1,9	-0,4	79,2	82,6	-17,4	1,9	1,9			
Хлопчики (міські поселення)										
2012	2,1	-	100,0	-	-	1,9	2,0			
2013	1,6	-0,5	76,2	76,2	-23,8	1,8	1,8			
2014	1,7	0,1	81,0	106,3	6,3	1,7	1,7			
2015	1,7	0,0	81,0	100,0	0,0	1,7	1,7			
2016	1,6	-0,1	76,2	94,1	-5,9	1,6	1,6			
Хлопчики (сільська місцевість)										
2012	3,1	-	100,0	-	-	3,4	3,2			
2013	3,7	0,6	119,4	119,4	19,4	3,6	3,6			
2014	4,0	0,3	129,0	108,1	8,1	3,6	3,7			
2015	3,3	-0,7	106,5	82,5	-17,5	3,3	3,3			
2016	2,5	-0,8	80,6	75,8	-24,2	2,5	2,5			

Таблиця 6
Смертність дівчаток у віці до 1 року від деяких інфекційних та паразитарних хвороб в залежності від місця мешкання (на 10 тис. народжених живими)

Причини смерті	Дівчатка																	
	Міські поселення та сільська місцевість						Міські поселення						Сільська місцевість					
	2012	2013	2014 ¹	2015 ¹	2016 ¹		2012	2013	2014 ¹	2015 ¹	2016 ¹		2012	2013	2014 ¹	2015 ¹	2016 ¹	
Клас I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2,23	2,06	1,75	2,19	2,42		1,98	1,48	1,47	1,46	1,50		2,70	3,16	2,28	3,54	4,12	
Діарея та гастроентерит згодомно інфекційного походження	0,04	0,04	0,00	0,10	0,10		0,06	0,06	0,00	0,00	0,08		0,00	0,00	0,00	0,27	0,15	
Інші кишкові інфекції	0,24	0,20	0,18	0,25	0,36		0,18	0,31	0,07	0,08	0,08		0,35	0,00	0,38	0,57	0,89	
Туберкульоз	0,12	0,04	0,09	0,04	0,05		0,13	0,00	0,00	0,07	0,00		0,12	0,12	0,25	0,00	0,14	
Правець	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Дифтерія	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00		0,00	0,00	0,07	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Коклюш	0,00	0,04	0,00	0,00	0,05		0,00	0,00	0,00	0,00	0,08		0,00	0,12	0,00	0,00	0,00	
Менінгокова інфекція	0,53	0,40	0,48	0,51	0,35		0,56	0,37	0,33	0,34	0,31		0,47	0,46	0,76	0,81	0,44	
Септицемія	0,45	0,41	0,48	0,83	0,77		0,31	0,18	0,60	0,53	0,40		0,70	0,82	0,25	1,36	1,48	
Гострий поліомієліт	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Кір	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Хвороба, спричинена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)	0,32	0,20	0,04	0,18	0,10		0,37	0,19	0,00	0,15	0,08		0,23	0,23	0,13	0,26	0,14	
Інші вірусні хвороби	0,41	0,52	0,40	0,28	0,51		0,31	0,31	0,33	0,29	0,32		0,59	0,93	0,51	0,27	0,88	
Малярія	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Інші інфекційні та паразитарні хвороби	0,12	0,20	0,04	0,00	0,10		0,06	0,06	0,07	0,00	0,16		0,23	0,47	0,00	0,00	0,00	

¹ Без урахування тимчасово окупованої території Автономної республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

Таблиця 7
Динаміка рівня смертності дівчаток у віці до 1 року від деяких інфекційних та паразитарних хвороб в залежності від місяця мешкання

Рік	Дівчатка (міські поселення та сільська місцевість)							
	Показник (рівень ряду, на 10 тис. живонароджених)	Абсолютний приріст (збиток)	Показник ваочності, %	Показник росту (зниження), %	Темп росту (зниження), %	Метод укрупнення інтервалу	Метод ковзної середньої	
2012	2,2	-	100,0	-	-	2,2	2,2	
2013	2,1	-0,1	95,5	95,5	-4,5		2,0	
2014	1,8	-0,3	81,8	85,7	-14,3	2,0	2,0	
2015	2,2	0,4	100,0	122,2	22,2		2,1	
2016	2,4	0,2	109,1	109,1	9,1	2,4	2,4	
Дівчатка (міські поселення)								
2012	1,9	-	100,0	-	-	1,7	1,8	
2013	1,5	-0,4	78,9	78,9	-21,1		1,6	
2014	1,5	0,0	78,9	100,0	0,0	1,5	1,5	
2015	1,5	0,0	78,9	100,0	0,0		1,5	
2016	1,5	0,0	78,9	100,0	0,0	1,5	1,5	
Дівчатка (сільська місцевість)								
2012	2,7	-	100,0	-	-	3,0	3,0	
2013	3,2	0,5	118,5	118,5	18,5		2,7	
2014	2,3	-0,9	85,2	71,9	-28,1	2,9	3,0	
2015	3,5	1,2	129,6	152,2	52,2		3,3	
2016	4,1	0,6	151,9	117,1	17,1	4,1	4,2	

За результатами порівняльного аналізу слід зазначити, що рівень смертності хлопчиків у віці до 1-го року життя міських поселень і сільської місцевості від деяких інфекційних та паразитарних хвороб протягом 2012-2015 рр. був вищим за аналогічний показник дівчаток міських поселень і сільської місцевості, але у 2016 році смертність дівчаток міських поселень та сільської місцевості від класу I у вищезазначеному віці перевищила смертність хлопчиків на 25,4%. Смертність хлопчиків сільської місцевості у віці до 1-го року життя від деяких інфекційних та паразитарних хвороб була вищою за аналогічний показник дівчаток сільської місцевості протягом 2012-2014 рр., після чого у 2015-2016 рр. смертність дівчаток від класу I стала вищою за смертність хлопчиків у вищезазначеному віці від даного класу хвороб у сільській місцевості (на 7,2% у 2015 р., на 66,8% у 2016 р.). Лише у міських поселеннях протягом всього періоду дослідження спостерігається переважання рівня смертності хлопчиків над рівнем смертності дівчаток до 1-го року життя від деяких інфекційних та паразитарних хвороб, так у 2016 р. рівень смертності хлопчиків у віці до 1-го року життя міських поселень вищий за показник дівчаток на 7,8%.

Висновки

В ході дослідження визначено як загальні тенденції рівня малюкової смертності в Україні від деяких

інфекційних та паразитарних хвороб, так і тенденції смертності дітей у віці до 1-го року життя від деяких інфекційних та паразитарних хвороб із урахуванням статі (хлопчики, дівчатка), місця мешкання (міські поселення, сільська місцевість). З урахуванням даних аналізу, встановлених тенденцій та сучасного рівня смертності дітей України у віці до 1-року життя від класу I, встановлено необхідність удосконалення системи профілактики інфекційних та паразитарних хвороб, корекції факторів ризику розвитку інфекційних захворювань, підвищення якості медичної допомоги у відповідності до сучасних принципів надання, а також забезпечення її доступності незалежно від місця мешкання дитини, гарантуючи загальне охоплення та вільний доступ до основних медичних послуг з метою попередження смертності від деяких інфекційних та паразитарних хвороб.

Перспективи подальших досліджень

Потребують подальшого поглибленого дослідження, обґрунтування та розробки системні заходи з медико-соціальної профілактики малюкової смертності від деяких інфекційних та паразитарних хвороб в сучасних умовах, а також удосконалення медичної допомоги (в тому числі і невідкладної допомоги) дітям у віці до 1-го року життя хворим на інфекційні та паразитарні хвороби.

Література

1. *Progress in Partnership: 2017 Progress Report on the Every Woman Every Child Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health* WHO/FWC/NMC/17.3. – http://www.who.int/pmnch/activities/advocacy/globalstrategy/ewec_gspr.pdf.
2. *Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis.* WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. [Lancet. 2000] – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10841125>
3. *Global Vaccine Action Plan 2011-2020.* – Режим доступа: http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/- Загл. с екрану.
4. *Новорожденные: снижение смертности.* – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/ru/> – Загл. с екрану (дата звернення: 10.04.2018).
5. *Institute of Medicine (US) Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes. Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention;* Behrman, R.E., Butler, A.S., Eds.; The National Academies Collection: Reports Funded by National Institutes of Health; National Academies Press (US): Washington, DC, USA, 2007.
6. *World Health Organization. Global Report for Research on Infectious Diseases of Poverty.* 2012. Available at :http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564489_eng.pdf.
7. *Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, Abraham J, Adair T, Aggarwal R, Ahn SY, AlMazroa MA, Alvarado M, Anderson HR, Anderson LM, Andrews KG, Atkinson C, Baddour LM, Barker-Collo S, Bartels DH, Bell ML, Benjamin EJ, Bennett D, Bhalla K, Bikbov B, Abdulhak AB, Birbeck G, Blyth F, Bolliger I, Boufous S, Bucello C. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.* Lancet. 2012;380(9859):2095–2128. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245604?report=abstract>.
8. *Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.* Lancet. 2017 Sep 16;390(10100):1151-1210. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32152-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28919116>.

9. *Risk Factors for Infectious Disease Death among Infants in the United States*/Marissa K Person; Douglas H Esposito; Robert C Holman; Jason M Mehal; Barbara J Stoll.- *Pediatr Infect Dis J.* Author manuscript; available in PMC 2015 Nov 1. Published in final edited form as: *Pediatr Infect Dis J.* 2014 Nov; 33(11): e280–e285.
10. *The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health 2015 Accountability Report Strengthening Accountability: Achievements and Perspectives for Women's, Children's, and Adolescents' Health.* Geneva, Switzerland, PMNCH, 2015.- http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/pmnch_report15.pdf.
11. *The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health in support of Every Woman Every Child. Strategic Plan 2016-2020.* Geneva, Switzerland: PMNCH. – http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/pmnch_strategic_plan_2016_2020.pdf.
12. *ВОЗ. Питание детей грудного и раннего возраста/ Информационный бюллетень от 16 февраля 2018 г.-* Режим доступа: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
13. *ВООЗ. В Украине прервана передача полиомиелита, однако следует продолжать усилия по защите детей. –* Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/news/news/2016/05/poliomyelitis-polio-transmission-in-ukraine-interrupted,-but-efforts-must-continue-to-protect-children>.
14. *WHO. European Vaccine Action Plan 2015-2020. –* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/255679/WHO_EVAP_UK_v30_WEBx.pdf?ua=1.
15. *WHO. Highlights of European Immunization Week 2017 Narrative report. –* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/341157/EIW2017-narrative-report.pdf?ua=1.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.04.2018 р.

Тенденции смертности детей в возрасте до 1-го года жизни от некоторых инфекционных и паразитарных болезней

С.В. Дудник

ГУ «Украинский институт стратегических исследований
Министерства здравоохранения Украины»,
г.Киев, Украина

Цель работы – проанализировать и определить тенденции уровня младенческой смертности в Украине (общие, по полу, месту проживания (городские поселения, сельская местность)) от некоторых инфекционных и паразитарных болезней (класс I, A00-B99) в течение 2012-2016 гг.

Материалы и методы. Исследование и необходимые расчеты по показателям уровня и структуры смертности детей в возрасте до 1-го года жизни от некоторых инфекционных и паразитарных болезней проведены на основании статистических данных Государственной службы статистики Украины за период 2012-2016 гг. Используются следующие методы: аналитический, статистический, сравнительный анализ, системный подход.

Результаты исследования и выводы. В ходе исследования определены современные тенденции уровня младенческой смертности от некоторых инфекционных и паразитарных болезней как общие, так и с учётом пола, места жительства (город, село). По результатам исследования установлена необходимость изучения детерминант формирования показателей смертности от некоторых инфекционных и паразитарных болезней, с целью внедрения адекватной медицинской помощи и системы профилактики для предупреждения и снижения показателей младенческой смертности от некоторых инфекционных и паразитарных болезней.

Ключевые слова: младенческая смертность, смертность детей в возрасте до 1-го года жизни, уровень младенческой смертности, тенденции младенческой смертности, младенческая смертность от некоторых инфекционных и паразитарных болезней.

Tendencies of children's mortality under 1 year of age of from certain infectious and parasitic diseases

S.V. Dudnyk

SE "Ukrainian institute of strategic researches
Ministry of Public Health of Ukraine"

Purpose – to analyze and determine tendencies of the level of infant mortality in Ukraine (in total, and also according by sex, place of residence) from certain infectious and parasitic diseases (class I, A00-B99) for the period 2012-2016.

Materials and methods. The study and necessary calculations of the level and structure of children's mortality under 1 year of age from certain infectious and parasitic diseases were carried out on the basis of statistical data of the State Statistical Service of Ukraine for the period 2012-2016. The following methods were used: analytical, statistical, comparative analysis, a systematic approach.

Results and conclusions. During the study, modern tendencies of the level of infant mortality from certain infectious and parasitic diseases, as general, and also according to gender and place of residence (urban, rural), were determined. Based on the results of the research the need to study the determinants of the formation of infant mortality from certain infectious and parasitic diseases with the aim of introducing adequate medical care and a preventive system for prevention and reducing of infant mortality rates from certain infectious and parasitic diseases has been established.

Key words: infant mortality, children's mortality under 1 year of age, level of infant mortality, tendencies of infant mortality, infant mortality from certain infectious and parasitic diseases.

Відомості про автора

Дудник Світлана Валеріївна – к.мед.н., Вчений секретар ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України". Пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 614.2:336.14.002.5

Р.Л. Картавцев

Характеристика не введеного в експлуатацію медичного обладнання, закупленого за кошти державного бюджету

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Мета. Вивчити та проаналізувати стан використання високовартісного обладнання, яке було придбане починаючи з 2010 року за кошти державного бюджету. Було вивчено та проаналізовано в розрізі регіонів України кількість та вартість обладнання закупленого за кошти державного бюджету яке не введено в експлуатацію та не використовується.

Матеріали та методи. Для проведення дослідження була розроблена електронна система моніторингу монтажу та використання поставленого в заклади охорони здоров'я високовартісного обладнання. Дані представили 14 регіонів.

Результати та висновки. В ЗОЗ здоров'я, які представили моніторингові дані, не введеного в експлуатацію 23 одиниці медичного обладнання, закупленого за кошти державного бюджету на суму 14 207 924,0 грн. Обладнання поставлено до ЗОЗ в період 2010-2011 років. Основною причиною не використання обладнання є припинення дії свідоцтва про державну реєстрацію медичного виробу.

Ключові слова: високовартісне обладнання, державний бюджет, не введено в експлуатацію.

Вступ

Надання медичної допомоги вторинного та третинного рівня у відповідності до даних з доведеною ефективністю потребує застосування сучасного високовартісного обладнання [4]. В науковій літературі мають публікації в яких відображено вплив забезпечення високовартісним обладнанням на ефективність медичної допомоги та рівень летальності пацієнтів у відділеннях інтенсивної допомоги [1, 5, 7].

Питання забезпеченості закладів охорони здоров'я України відображені в роботах останніх часів [2-4, 6], але питання не введеного в експлуатацію медичного обладнання, закупленого за кошти державного бюджету не вивчалось, що і визначило актуальність даного дослідження.

Мета. Вивчити та проаналізувати стан використання високовартісного обладнання, яке було придбане починаючи з 2010 року за кошти державного бюджету. Було вивчено та проаналізовано в розрізі регіонів України кількість та вартість обладнання закупленого за кошти державного бюджету яке не введено в експлуатацію та не використовується.

Матеріали та методи. Для проведення дослідження була розроблена електронна система моніторингу монтажу та використання поставленого в заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) високовартісного обладнання. Дані представили 14 регіонів.

Результати та їх обговорення

Отримані з регіонів дані щодо високовартісного обладнання, яке було придбане за кошти державного бюджету і станом на 31 грудня 2017 року не було введено

в експлуатацію узагальнені та згруповані в єдину таблицю. Табл.1.

Аналіз наведених в табл.1 даних вказує на те, що в закладах охорони здоров'я в регіонах України не введено в експлуатацію 22 одиниці високовартісного обладнання вартість якого на день закупки складає 13 588 118,40 грн.

В розрізі регіонів дана ситуація наступна:

- Вінницька область: 2 одиниці апаратури загальною вартістю 1 239 611,20 грн: термін поставки в ЗОЗ 14.11.11 р.;

- Житомирська область: 2 одиниці апаратури загальною вартістю 1 239 611,20 грн: термін поставки в ЗОЗ 14.11.11 р.;

- Запорізька область: 3 одиниці апаратури загальною вартістю 1 851 361,10 грн: термін поставки в ЗОЗ 23.11.11 та 24.11.11 р.;

- Кіровоградська область: 3 одиниці апаратури загальною вартістю 1 851 361,10 грн: термін поставки в ЗОЗ 14.11.11р.;

- Львівська область: 1 одиниця апаратури загальною вартістю 591 000,00 грн: термін поставки в ЗОЗ 10.03.11 р.;

- Сумська область: 2 одиниці апаратури загальною вартістю 1 234 240,74 грн: термін поставки в ЗОЗ 20.11.11 р.;

- Тернопільська область: 2 одиниці апаратури загальною вартістю 1 234 242,00 грн: термін поставки в ЗОЗ 01.12.2011 р.;

- Хмельницька область: 2 одиниці апаратури загальною вартістю 1 239 611,20 грн: термін поставки в ЗОЗ 14.11.11 р.;

- Черкаська область: 2 одиниці апаратури загальною вартістю 1 239 610,00 грн: термін поставки в ЗОЗ 14.11.11 р.;

Таблиця 1
Інформації стосовно не введеного в експлуатацію медичного обладнання, яке потребує монтажу, закупленого за кошти державного бюджету в регіональному аспекті

Від кого отримано обладнання	Назва медичного обладнання	Назва ЗОЗ, якому поставлено обладнання	К-ть, од.	Ціна, грн. (за накладною)	Вартість (сума), грн.	Дата поставки до ЛПЗ	Причина не введення обладнання в експлуатацію
Вінницька область							
ДП "Укрмедпостач"	Інкубатор транспортний модель IT-158-TS	Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня	2	619 805,60	1 239 611,20	14.11.11	Припинення дії свідоцтва про державну реєстрацію медичного виробу
Всього сума та кількість			2		1 239 611,20		
Житомирська область							
ДП "Укрмедпостач"	Інкубатор транспортний модель IT-158-TS	Житомирська обласна клінічна дитяча лікарня	1	619 805,00	619 805,00	14.11.11	Згідно припису №34 від 09.04.12 р. Державної служби з лікарських засобів припинено дію свідоцтва про державну реєстрацію медичного виробу від 05.08.11 р. №10711/2011 (опломбований на складі під заборону використання)
ДП "Укрмедпостач"	Інкубатор транспортний модель IT-158-TS	Житомирський обласний перинатальний центр	1	619 805,00	619 805,00	14.11.11	Згідно припису №34 від 09.04.12 р. Державної служби з лікарських засобів припинено дію свідоцтва про державну реєстрацію медичного виробу від 05.08.11 р. №10711/2011 (опломбований на складі під заборону використання)
Всього сума та кількість			2		1 239 610,00		
Запорізька область							

ДП "Укрмедпостач"	Інкубатор транспортний модель IT-158-TS	КУ "Запорізька міська багатпрофільна дитяча лікарня № 5"	2	617 120,37	1 234 240,73	23.11.11	Переведено на карантин згідно наказу Держлікслужби України № 215 від 27.03.2012
ДП "Укрмедпостач"	Інкубатор транспортний модель IT-158-TS	КУ "ММДЛ" ММР ЗО	1	617 120,37	617 120,37	24.11.11	Інкубатор транспортна модель IT-158-TS був введений в експлуатацію 16.12.2011 р. згідно акту здачі-приняття пусконаладжувальних робіт № 60/29 представником ТОВ "Технологі Груп", але з 28.03.2012 р. було переведено на карантин згідно наказу Держлікслужби України № 215 від 27.03.2012
Всього сума та кількість			3		1 851 361,10		
Кіровоградська область							
ДП "Укрмедпостач"	Інкубатор транспортний модель IT-158-TS	Кіровоградська обласна лікарня	3	619 805,00	1 859 415,00	14.11.11	Лист ДП «Укрмедпостач» від 30.03.2012 р. № УС - 225 про тимчасове виведення з експлуатації інкубаторів транспортних
Всього сума та кількість			3		1 859 415,00		
Львівська область							
ДП "Укрмедпостач"	Газовий хроматограф Agilent 7890A	Львівська обласна клінічна лікарня	1	591 000,00	591 000,00	10.03.11	Демонтований на час ремонту приміщення
Всього сума та кількість			1		591 000,00		
Сумська область							

ДП «Укрмедпостач»	Інкубатор транспортний модель IT-158-TS	Сумський міський пологовий будинок №1	1	617 120,37	617 120,37	20.11.11	Призупинена експлуатація. Експлуатація обладнання призупинено постачальником ДП «Укрмедпостач» у 2012 році. Станом на 01.04.2013р. Обладнання законсервовано, документація вилучена прокуратурою м. Суми.
ДП «Укрмедпостач»	Інкубатор транспортний модель IT-158-TS	Сумський обласний територіальний центр екстреної медичної допомоги	1	617 120,37	617 120,37	20.11.11	Відсутня платформа для кріплення в санітарному автомобілі. Експлуатація обладнання призупинено постачальником ДП «Укрмедпостач» у 2012 році. Станом на 01.04.2013р. Обладнання законсервовано, документація вилучена прокуратурою м. Суми.
Всього сума та кількість				2	1 234 240,74		
Тернопільська область							
ДП «Укрмедпостач»	Інкубатор транспортний IT-158 TS	КУ ТОР "Тернопільська обласна дитяча лікарня"	2	617 121,00	1 234 242,00	01.12.2011	Габарити транспортного візка не дозволяють встановити обладнання в салон автомобіля у зв'язку з невідповідністю салону автомобіля і розмірів транспортного інкубатора; не передбачено фіксації транспортного інкубатора в салоні автомобіля. Близькі дороги не дають можливості експлуатувати дане обладнання. На виконання листа № УС-214 від 28.03.2012 року директора ДП «Укрмедпостач» призупинено експлуатацію двох інкубаторів.
Всього сума та кількість				2	1 234 242,00		

Хмельницька область						
ДП Укрмедпостач	Інкубатор транспортний модель ПТ-158-TS	Хмельницька обласна дитяча лікарня	2	619 805,60	1 239 611,20	14.11.11
В зв'язку з відсутністю реєстрації не використовується згідно протоколу №3 від 23.03.12р. Науково-експертної ради з питань реєстрації медичних виробів						
Всього сума та кількість						
2						
Черкаська область						
ДП Укрмедпостач	Інкубатор транспортний модель ПТ-158-TS	КЗ "Дитяча обласна лікарня"	2	619 805,00	1 239 610,00	14.11.11
Функціонування припинено відповідно до листа ДП "Укрмедпостач" від 03.04.12р. № УС-233 та наказу Державної служби України з лікарських засобів від 27.03.12р. №213 "Про припинення дії свідоцтва про державну реєстрацію медичного виробу"						
Всього сума та кількість						
2						
Чернігівська область						
ДП "Укрмедпостач",	Інкубатор транспортний модель ПТ -158-TS	КЛПЗ "Обласна дитяча лікарня"	2	619 805,58	1 239 611,16	10.11.11
Згідно наказу Державної служби України з лікарських засобів від 27.03.12 № 215 "Про припинення дії свідоцтва про державну реєстрацію медичного виробу" припинено дію свідоцтва про державну реєстрацію медичного виробу "Інкубатор транспортний".						
Всього сума та кількість						
2						
м.Київ						
ДП Укрмедпостач	Інкубатор транспортний модель ПТ -158-TS	Київський міський пологовий будинок №3	1	619 806,00	619 806,00	01.07.10
Інкубатор був введений в експлуатацію, але листом Державного підприємства "Укрмедпостач" МОЗ України №УС-225 від 30.03.2012 р. та листа №УС-169 від 28.03.2012 р. було припинено експлуатацію.						
Всього сума та кількість						
1						
Всього сума та кількість по регіонах						
22						

Таблиця 2

Інформації стосовно не введеного в експлуатацію медичного обладнання, яке потребує монтажу, закупленого за кошти державного бюджету в закладах підпорядкованих МОЗ України

Від кого отримано обладнання	Назва медичного обладнання	Назва ЗОЗ, якому поставлено обладнання	К-ть, од.	Ціна, грн. (за накладною)	Вартість (сума), грн.	Дата поставки до ЛПЗ	Причина не введення обладнання в експлуатацію
ДП "Укрмедпостач"	Інкубатор транспортний модель IT-158-TS	ДЗ "Український медичний центр акушерства, гінекології та репродуктології МОЗ України"	1	619 805,60	619 805,60	листопад 2011	Наказ Державної служби України з лікарських засобів від 27.03.12р №213 "Про припинення дії свідоцтва про державну реєстрацію медичного виробу"
Всього сума та кількість					619 805,60		

- Чернігівська область: 2 одиниці апаратури загальною вартістю 1 239 611,16 грн: термін поставки в ЗОЗ 10.11.11 р.;

- м. Київ: 1 одиниця апаратури загальною вартістю 619 806,00 грн: термін поставки в ЗОЗ 01.07.10 р.

Із загальної кількості вказаної апаратури 21 (95,5%) одиницю склали Інкубатори транспортні, модель ІТ-158-TS, які відповідно до наказу МОЗ України від 14.05.2010 № 413 були поставлені в ЗОЗ ДП "Укрмедпостач". Далі, згідно припису від 09.04.12 р. №34 Державної служби з лікарських засобів припинено дію свідоцтва про державну реєстрацію медичного виробу та наказу Держлікслужби України від 27.03.2012 № 215 вказане обладнання законсервоване.

У Львівській області не використовується газовий хроматограф Agilent 7890А у Львівській обласній клінічній лікарні вартістю 591 000,00 грн., який демонтований на час ремонту приміщення.

Далі було вивчено дані про високовартісне обладнання, яке використовується в ЗОЗ, які підпорядковані МОЗ України. Табл.2.

Аналіз наведених в табл.2 даних вказує на те, що в ДЗ "Український медичний центр акушерства, гінекології та репродуктології МОЗ України" не використовується Інкубатор транспортний модель ІТ-158-TS, який в листопаді 2011 року поставлено ДП "Укрмедпостач" вартістю 619 805,60 грн.

Висновки

В ЗОЗ здоров'я, які представили моніторингові дані, не введеного в експлуатацію 23 одиниці медичного обладнання, закупленого за кошти державного бюджету на суму 14 207 924,0 грн. Обладнання поставлено до ЗОЗ в 2010-2011 років. Основною причиною не використання обладнання є припинення дії свідоцтва про державну реєстрацію медичного виробу.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням даних про не введене в експлуатацію медичне обладнання, що закуплене за кошти місцевого бюджету.

Література

1. *Вплив основних складових лікувально-діагностичного процесу на летальність у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії* / В.М.Князевич, Г.О.Слабкий, Р.М.Федосюк, О.М.Ковальова // Здоров'я жінчини. – 2009. – № 6 (43) – С. 17–32.
2. *Картавцев Р.Л.* Модель забезпечення закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням / Р.Л.Картавцев, Г.О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – №3. – С.50-54
3. *Князевич В. М.* Характеристика забезпечення відділень інтенсивної терапії лікувальних закладів України моніторинговою апаратурою / В. М. Князевич // Современная педиатрия. – 2009. – № 1 (23). – С. 10–13.
4. *Лазоришинець В.В.* Забезпеченість закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням. 2013 рік : [монографія] / В.В. Лазоришинець, Г.О. Слабкий, М.В. Голубчиков та інш. – К., 2014. – 184 с.
5. *Оснащеність лікарень швидкої медичної допомоги України базовим діагностичним та реанімаційним обладнанням* / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // Вісник проблем біології і медицини. – 2009. – № 1. – С. 8–12.
6. *Слабкий Г.О.* Характеристика забезпеченості закладів охорони здоров'я третинного рівня високовартісним обладнанням та його використання / Г.О. Слабкий, Р.Л. Картавцев // Вісник соц. медицини та організації охорони здоров'я. 2014. – №2. – С.5-9
7. *Слабкий Г.О.* Вплив забезпеченості медичним обладнанням на рівень летальності у відділеннях інтенсивної терапії / Г.О. Слабкий, Р.Л. Картавцев // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – №4 – С. 25-27

Дата надходження рукопису до редакції: 02.22.2018 р.

**Характеристика не введенного в експлуатацію
медичного обладнання, закупленого за гроші
державного бюджету**

Р.Л.Картавцев

ГУ "Український інститут стратегічних досліджень
МЗ України"

Цель. Изучить данные о медицинском оборудовании, которое было закуплено за деньги государственного бюджета и не введено в эксплуатацию за период с 2010 года.

Материалы и методы. Для проведения исследования была разработана электронная система мониторинга монтажа и использования поставленного в учреждения здравоохранения медицинского оборудования. Данные представили 14 регионов.

Результаты и выводы. В учреждениях здравоохранения, которые представили мониторинговые данные, не введено в эксплуатацию 23 единицы медицинского оборудования, которое закуплено за деньги государственного бюджета на сумму 14 207 924,0 грн. Оборудование поставлено в период 2010-2011 гг. Основной причиной не использования оборудования является приостановка действия свидетельства о государственной регистрации медицинского изделия.

Ключевые слова: оборудование высокой стоимости, государственный бюджет, не введено в эксплуатацию.

**Characteristic of medical equipment purchased
for State budget money and not put into operation**

R.L.Kartavtsev

PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches,
MHC of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Purpose. To study the data about medical equipment that was purchased for State budget money but not put into operation for the period from 2010.

Materials and methods. Electronic system for monitoring the installation and use of equipment delivered to health care establishments was developed to conduct the research. Information was obtained from 14 regions.

Results and conclusions. 23 units of medical equipment purchased for 14 207 924.0 UHR on the expense of State budget were not put into operation in health care establishments which presented monitoring data. The equipment was delivered during the years 2010-2011. Suspension of the Certificate of State registration for medical product was the main reason for not putting the equipment into operation.

Key words: highly expensive equipment, State budget, not put into operation.

Відомості про автора

Картавцев Ростислав Леонідович – пошукувач ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України";
пр. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 614.2:616-082-07:334.72

В.В. Кравченко

Вектори розвитку комунальної амбулаторної консультативно-діагностичної допомоги на основі державно-приватного партнерства

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Мета дослідження: визначити вектори розвитку і основні умови реалізації державно-приватного партнерства у комунальній системі амбулаторної консультативно-діагностичної допомоги населенню.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети у роботі застосовувалися загальнонаукові методи аналізу, синтезу, узагальнення, інтерпретації наукових даних, а також системний і структурно-функціональний підходи.

Результати. У статті наведено наукове обґрунтування ролі державно – приватного партнерства (ДПП) у розвитку КДЦ. Викладено методичні підходи до формування КДЦ на принципах ДПП, які сприяють розвитку бізнес-процесів, механізмів змішаної економіки, залученню ресурсів приватного інвестора, підвищенню ефективності роботи системи комунальних КДЦ.

Висновки. Результати дослідження у подальшому будуть використані при розробці функціонально-організаційної моделі КДЦ на принципах державно-приватного партнерства.

Ключові слова: комунальні консультативно-діагностичні центри, державно-приватне партнерство.

Вступ

Амбулаторно-поліклінічна допомога має пріоритетне значення у медичному обслуговуванні населення як найбільш масовий і доступний вид допомоги. Від того наскільки якісно вирішуються завдання, які стоять перед амбулаторно-поліклінічними закладами (АПЗ), залежить обсяг роботи інших медичних установ [1]. До основних типів амбулаторно-поліклінічних закладів на сьогодні відносяться і комунальні консультативно-діагностичні центри (КДЦ).

У сучасних умовах скорочення фінансових можливостей державного сектора охорони здоров'я та недостатнього ресурсного забезпечення амбулаторних закладів все частіше розглядається питання про державно-приватне партнерство (ДПП).

Існує багато різних визначень державно-приватного партнерства. Найбільш узагальнене з них дає Світовий банк: «ДПП – це угоди між публічною і приватною сторонами з приводу виробництва і надання інфраструктурних послуг, які укладаються з метою залучення додаткових інвестицій і, що ще більш важливо, як засіб підвищення ефективності бюджетного фінансування» [2].

На думку цілого ряду українських учених (Вінницького Б. (2008); Запатріної І.В. (2010); Горожанкіної М. Є. (2011); Гойди Н. Г. (2012); Павлюк К.В. (2013); Семигіної Т. В. (2013); Курдиль Н. В. (2014)), ефективну систему охорони здоров'я на сьогодні неможливо розвивати без державно-приватного партнерства [3- 9].

Актуальність запровадження механізмів ДПП у систему охорони здоров'я стає все більш очевидною. Залучення в охорону здоров'я приватних інвестицій, з

метою забезпечення економічної стійкості АПЗ, підвищення їх ефективності, якості медичної допомоги потребує зміни структури комунальної системи АПЗ розробки сучасних моделей закладів.

Усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства в Україні забезпечує Закон України від 24.11.2015 № 817-VIII [10].

Мета дослідження: визначити вектори розвитку і основні умови реалізації державно-приватного партнерства у комунальній системі амбулаторної консультативно-діагностичної допомоги населенню.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети у роботі використані загальнонаукові методи аналізу, синтезу, узагальнення, інтерпретації наукових даних, а також системний і структурно-функціональний підходи.

Результати дослідження та їх обговорення

З метою розвитку системи комунальних КДЦ, переходу їх на принципи ДПП і формування раціональної діяльності, забезпечення доступності та якості медичної допомоги були розроблені вектори розвитку системи КДЦ на основі державно-приватного партнерства ДПП.

Векторами розвитку комунальних КДЦ, за умови переведення їх на принципи ДПП, є перехід:

- від галузевої відповідальності за охорону здоров'я населення – до комунально-приватного;
- від акценту на лікуванні хвороб – до профілактики соціальної (первинної) і медичної (вторинної);
- від амбулаторної медичної допомоги, яка надається у недостатньо оснащених, у зв'язку з їх постійним недофінансуванням, комунальних поліклініках

і КДЦ, до висококваліфікованої консультативно – діагностичної допомоги у КДЦ організованих на основі ДПП і забезпечених сучасним обладнанням і сучасними технологіями, висококваліфікованим персоналом з гідною оплатою праці;

- від постійного недофінансування комунальних КДЦ до реального багатоканального фінансування, яке забезпечує економічну стійкість закладів;

- від емпіричної організації медичної допомоги – до наукового обґрунтування і стратегічного планування її організації, розробки ключових аналітичних показників діяльності, принципів їх розрахунку та моніторингу, який відслідковує виконання завдань, поставлених цільовим управлінням;

- від незадоволеності пацієнтів – до їх максимальної задоволеності;

- від посадових інструкцій до розробки матриць відповідальності за досягнення ключових аналітичних показників за структурними підрозділами і посадами персоналу. Формування цільових значень для обраних ключових аналітичних показників діяльності;

- від статистичної управлінської звітності до створення системи управлінської звітності за стратегічними цілями і завданнями;

- від оплати праці за розцінками до формування системи мотивації та преміювання персоналу за результатами досягнення ключових аналітичних показників.

До основних умов реалізації ДПП у системі КДЦ ми відносимо:

- реструктуризацію комунальних КДЦ, як процес цілеспрямованих організаційних змін їх структури на основі державно-приватного партнерства;

- розробку і впровадження сучасної моделі КДЦ на принципах ДПП з партнерською взаємодією районних державних адміністрацій та приватного інвестора, справедливим розподілом ризиків і вигод проекту між ними;

- спрямованість ДПП на вирішення переважно соціальних завдань (метою реалізації проекту має стати не одержання прибутку учасниками, а підвищення якості послуг у КДЦ);

- інтеграцію досягнутих результатів на основі створення тристороннього партнерства: районної держадміністрації, приватного інвестора і колективу КДЦ;

- пріоритетність ролі приватного інвестора у процесі реалізації проекту створення КДЦ на основі ДПП і чітке розмежування функцій кожного з партнерів;

- підвищення ефективності виробництва послуг на базі матеріально-технічного переозброєння КДЦ, сучасних підходів до управління якістю, реінжинірингу бізнес-процесів, інформаційних технологій.

У процесі реалізації принципів ДПП, система комунальних КДЦ, реструктурує організаційну, виробничу, соціальну, майнову і фінансову складові. Запропоновані умови реалізації ДПП забезпечать поліпшення фінансово-економічних показників, фінансову стійкість КДЦ, якість і доступність медичних послуг для населення.

Також з урахуванням ринкової економіки оптимізується управління процесом надання медичних послуг.

У модель КДЦ на принципах ДПП має бути вбудованим цільове управління, яке можна представити у вигляді ієрархічної системи взаємопов'язаних цілей, завдань і ключових аналітичних показників оцінки їх досягнення. На рис. наведено приклад ієрархічної системи цільового управління, спрямованого на підвищення виробничої ефективності медичної діяльності.

Такий підхід дозволяє провести декомпозицію стратегічної мети до рівня оперативних показників діяльності, які деталізують різні аспекти функціонування КДЦ.

При цьому кожен показник повинен відповідати основному принципу стратегічного управління SMART – бути конкретним (Specific), вимірюваним (Measurable), досяжним (Achievable), реалістичним (Realistic), визначеним у часі (Timed / Timed-bound).

З цією метою для кожного показника формується матриця відповідальності та інформаційна карта. Матриця відповідальності визначає досяжність, реалістичність показників та відповідальних за їх виконання шляхом встановлення власників та замовників показників, а інформаційна карта конкретизує їх вимірність, періодичність, ступінь деталізації та глибину аналізу.

Для КДЦ на основі ДПП необхідним є стратегічне управління як системний процес, який забезпечує створення концепції діяльності закладу (стратегії) та орієнтує на досягнення стратегічних цілей. На стратегічному рівні здійснюється формування стратегії розвитку КДЦ, яке включає: аналіз; прогноз; планування.

В умовах ринкової економіки планування має бути процесом безперервної творчої діяльності, науково – обґрунтованою системою вибору найважливіших економічних і соціальних цілей розвитку закладу, основних видів послуг, найкращих технічних засобів і організаційних способів вирішення перспективних цілей організації.

Стратегічне планування діяльності відділень КДЦ – це одна з найважливіших складових сучасних державно – приватних технологій, які неможливі без серйозної зміни принципів і пріоритетів у організації діяльності КДЦ на принципах ДПП.

Функції стратегічного планування розподіляються між представниками районних державних адміністрацій та приватним інвестором КДЦ. Районні державні адміністрації контролюють діяльність КДЦ, зокрема, виконання ними нормативно-правових актів і нормативних приписів для КДЦ, якість управління персоналом, умови мотивації медичного персоналу та розвитку їх компетентності, виконання договорів – замовлень на різні види послуг для населення, а також визначають соціальні норми послуг, які надаються за рахунок комунального бюджету.

Стратегічне планування є дуже важливим для виробничої сфери КДЦ, оскільки виробничий процес не можливо побудувати без визначення його складових процедур та операцій, а також норм витрат і вартості кожної з них.



Рис. Система цільового управління у КДЦ, спрямована на підвищення виробничої ефективності медичної діяльності

В основі стратегічного планування у КДЦ лежить прогноз соціально-економічних процесів, які можна розділити на прогноз зовнішнього середовища і прогноз внутрішньої діяльності підприємства.

При розробці стратегічного планування виділяють три етапи:

- нормативний;
- розвитку і перегляду;
- затвердження та реалізації.

Основні напрямки стратегічного планування діяльності КДЦ це:

- обґрунтований і свідомий вибір цілей і стратегії розвитку КДЦ;
- постійний пошук нових форм і видів діяльності для підвищення конкурентоспроможності закладу;
- забезпечення відповідності між КДЦ і зовнішнім середовищем, керуючою і керованою підсистемами та елементами КДЦ;

- індивідуалізація стратегії для кожної структурної одиниці – відділення, так як вони мають свої особливості, обумовлені сформованим складом кадрів, матеріально-технічною базою, культурою та іншими умовами.

Висновки

У статті представлені визначені вектори розвитку КДЦ на принципах ДПП, до яких віднесені: основні умови реалізації державно-приватного партнерства у системі комунальних КДЦ, принципи цільового управління КДЦ на принципах ДПП, основи стратегічного управління і планування діяльності КДЦ.

Перспективи подальших досліджень полягають у обґрунтуванні та розробці функціонально-організаційної моделі КДЦ на принципах ДПП.

Література

1. *Винницький Б.* Досвід та перспективи впровадження державно-приватних партнерств в Україні та за кордоном / Б. Винницький, М. Лендъел, Б. Онищук, П. Сегварі. – Київ : «К.І.С.», 2008. – 146 с.
2. *Гойда Н. Г.* Державно-приватне партнерство в діяльності лікарні: світовий досвід та перспективи впровадження в Україні / Н. Г. Гойда, Н. В. Курділь // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2012. – № 2/3. – С. 68–71.
3. *Горожанкіна М. Є.* Державно-приватне партнерство: сучасна модель інтеграції інтересів / М. Є. Горожанкіна // Наук. вісник НЛТУ України. – 2011. – Вип. 21. – С. 176–183.
4. *Закон України від 24.11.2015 № 817-VIII « Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2016, № 10, ст.97) Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/817-19>.*
5. *Запатріна І.В.* Публічно-приватне партнерство в Україні: перспективи застосування для реалізації інфраструктурних проектів і надання публічних послуг / І.В. Запатріна // Економіка і прогнозування. – 2010. – № 4. – С. 62–86.
6. *Курдиль Н. В.* Государственно-частное партнерство в первичной медико-санитарной помощи: предоставление услуг на основе контрактирования / Н. В. Курдиль, А. Г. Луценко // Семейна медицина. – 2014. – № 3. – С. 15–18.
7. *Орлова Н.М.* Регіональна система охорони здоров'я: концептуальні підходи до формування її сучасної політики / Н.М. Орлова. – К., 2010. – 184 с.
8. *Павлюк К.В.* Охорона здоров'я: спробувати механізми державно-приватного партнерства / К.В. Павлюк // Незалежний аудитор. – № 3. – 2013. – С. 66–70.
9. *Семигіна Т. В.* Формування державно-приватного партнерства в охороні здоров'я у контексті Європейської політики "Здоров'я – 2020" / Т. В. Семигіна // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2013. – № 1. – С. 242–243.
10. *Delmon J.* Private Sector Investment in Infrastructure: Project Finance: PPP Project and Risk. – The World Bank and Kluwer Law International, 2009. – 672 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.04.2018 р.

Векторы развития коммунальной амбулаторной консультативно-диагностической помощи на основе государственно-частного партнерства*В.В. Кравченко*

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

Вступление. Актуальность исследования обусловлена необходимостью привлечения частных инвестиций в сферу коммунального здравоохранения в целях совершенствования системы амбулаторной консультативно-диагностической помощи.

Цель исследования: определить векторы развития и основные условия реализации государственно-частного партнерства в системе коммунальной амбулаторной консультативно-диагностической помощи.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели в работе применялись общенаучные методы анализа, синтеза, обобщения, интерпретации научных данных, а также системный и структурно-функциональный подходы.

Результаты исследования. В статье приведено научное обоснование роли государственно – частного партнерства (ГЧП) в развитии консультативно-диагностических центров (КДЦ). Изложены методические подходы к формированию КДЦ на принципах ГЧП, развивающие в системе бизнес-процессы, механизмы смешанной экономики, привлекающие ресурсы частного инвестора и повышающие эффективность работы системы коммунальных КДЦ.

Выводы. Результаты исследования в дальнейшем будут использованы при разработке функционально-организационной модели КДЦ на принципах ГЧП.

Ключевые слова: коммунальные консультативно-диагностические центры, государственно-частное партнерство.

Vectors of development of municipal consultative and diagnostic care based on public-private partnership*V.V. Kravchenko*

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. The need to attract private investment in the public health sector is one of the urgent problems in the Ukrainian health care system.

Purpose: to determine the development vectors and the main conditions for the implementation of public-private partnership in the system of municipal outpatient counseling and diagnostic care

Materials and methods. General scientific methods of analysis, synthesis, generalization, interpretation of scientific data, as well as systemic and structural-functional approaches were applied.

Results. The article provides the scientific substantiation of the role of public – private partnership (PPP) in the development of consultative and diagnostic centers (CDC). Methodical approaches to the formation of CDC on the principles of PPP, which contribute to the development in the system of business processes, mechanisms of a mixed economy, attracting private investor resources and improving the efficiency of the system of municipal CDCs are outlined.

Conclusions. The results of the research will be used to develop the functional-organizational model of the CDC on the principles of PPP.

Key words: communal consultative and diagnostic centers, public-private partnership.

Відомості про автора

Кравченко Василь Віталійович – заслужений лікар України, к.м.н., докторант кафедри управління охороною здоров'я НМАПО ім. П.Л. Шупика., вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

УДК 614.2:005

В.А. Огнєв, І.А. Чухно

Громадське здоров'я: змістовно-управлінський аспект

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета – проаналізувати сутність та зміст громадського здоров'я на основі вивчення існуючих світових підходів і норм права у нашій державі та визначити спектр основних суб'єктів системи громадського здоров'я в Україні.

Матеріали та методи – нормативно-правові документи в сфері громадського здоров'я, результати наукових досліджень, документи та інформація міжнародних організацій. Використані методи – наукової абстракції та логічного узагальнення.

Результати. Нормативні документи нашої держави у сфері громадського здоров'я спираються на його визначення, дане Світовою організацією охорони здоров'я – мистецтво та наука про запобігання захворюванням, подовження життя та промоцію здоров'я через організовані зусилля суспільства. На сьогодні в Україні розпочато формування правового поля та системи управління громадським здоров'ям, проте в цій сфері є значна кількість проблем та невирішених питань і вони потребують подальшого обґрунтування і розвитку.

Висновки. В Україні вже зроблені важливі кроки в напрямі формування та функціонування дієвої системи громадського здоров'я проте, слід відзначити, що наявні правові норми є занадто загальними та, по суті, є основою для формування дієвого механізму управління системою громадського здоров'я та системи громадського здоров'я в цілому. Потребують вирішення в першу чергу полягають питання взаємоузгодження систем охорони здоров'я та громадського здоров'я і відповідних державних політик, визначення чіткого переліку суб'єктів управління в цій сфері з визначенням їх повноважень та компетенцій, розробка механізмів залучення зацікавлених сторін.

Ключові слова: громадське здоров'я, управління системою охорони здоров'я, органи управління системою громадського здоров'я, міжсекторальна взаємодія.

Вступ

Питання забезпечення здоров'я населення є одним з найбільш важливих питань державної соціальної політики у всіх розвинутих країнах світу. Значна увага надається йому і у європейській та світовій практиці у сфері охорони здоров'я. Так, нова європейська політика щодо здоров'я вимагає критичного перегляду існуючих механізмів управління охороною здоров'я, удосконалення політики охорони здоров'я, розвитку структур громадського здоров'я, пріоритету надання медико-санітарної допомоги, впливу на провідні чинники ризику. Основи політики Здоров'я-2020 включають чотири пріоритетні напрямки стратегічних дій, серед яких слід виділити зміцнення систем охорони здоров'я, які мають бути орієнтованими на людину, потенціалу системи громадського здоров'я, готовності до надзвичайних ситуацій, епіднадзора та реагування, підвищення «міцності» місцевих громад та створення підтримуючого середовища [4, с. 9].

Значна увага на сьогодні приділяється цим питанням і в Україні. Система охорони здоров'я перебуває в активній фазі реформування, покладено початок формуванню нормативно-правового поля та управління у сфері громадського здоров'я.

Мета роботи – проаналізувати сутність та зміст громадського здоров'я на основі вивчення існуючих світових підходів і норм права у нашій державі та визначити спектр основних суб'єктів системи громадського здоров'я в Україні.

Матеріали та методи

В ході дослідження використовувались нормативно-правові документи в сфері громадського здоров'я, результати наукових досліджень, документи та інформація міжнародних організацій. Використані методи дослідження – наукової абстракції та логічного узагальнення.

Результати дослідження та їх обговорення

Існуючі на сьогодні в світі визначення та підходи до побудови системи громадського здоров'я базуються здебільшого на політиці і підходах Всесвітньої організації охорони здоров'я, що є ключовим гравцем та «законодавцем» розвитку у сфері охорони здоров'я і яка визначає громадське здоров'я як мистецтво та науку про запобігання захворюванням, подовження життя та промоцію здоров'я через організовані зусилля суспільства (Acheson, 1988; WHO) [5].

Відповідно до цього визначення до громадського здоров'я можна віднести весь комплекс заходів, що спрямовані на промоцію здоров'я, профілактичну медицину та, акцентуючи увагу на подовженні життя, дії спрямовані на забезпечення позитивного впливу всіх факторів, що впливають на здоров'я населення – спосіб життя, навколишнє середовище, біологічні фактори та система охорони здоров'я. При цьому, в управлінні громадським здоров'ям має бути задіяне все суспільство,

а отже необхідною є організація ефективної та дієвої міжсекторальної взаємодії (влади, бізнесу, громадськості).

На вказане визначення посилаються й українські нормотворці у Концепції розвитку системи громадського здоров'я [1]. Деталізуючи його, Концепція визначає систему громадського здоров'я як комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку і заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства [1].

Грунтуючись на загальноприйнятому визначенні громадського здоров'я А. Фал до головних його функцій відносить: визначення проблем та пріоритетів в сфері здоров'я; формулювання публічної (державної) політики для вирішення визначених проблем у сфері охорони здоров'я на місцевому та національному рівні; переконання, що все населення має доступ до належної та економічно ефективної медичної допомоги [6, с.10].

Аналіз засад формування системи громадського здоров'я, визначених у Концепції [1] свідчить про врахування як всіх складових змісту громадського здоров'я, так і його головних функцій, охоплюючи всі визначені сфери, що мають вплив на нього, та деталізуючи їх значення у вигляді відповідних принципів, серед яких право на здоров'я та охорону здоров'я, принципи цілісного підходу до здоров'я, досягнення справедливості щодо здоров'я, доказовості та економічної доцільності. На особливу увагу заслуговують принцип солідарності, що передбачає відповідальність територіальних громад, сімей та окремих осіб, а також залучення суб'єктів бізнесу та громадянського суспільства до формування умов та вирішення проблем у сфері громадського здоров'я, а також принцип пріоритетності збереження здоров'я населення в усіх напрямках діяльності державної влади, що має передбачати збільшення ролі провідного органу в сфері громадського здоров'я на розробку та реалізацію державних політик всіх інших сфер життєдіяльності суспільства.

Водночас, посилаючись на визначення поняття «системи охорони здоров'я», що затверджене Талліннською хартією у 2008 р. і говорить, що у політичних і інституційних межах кожної країни система охорони здоров'я – це сукупність усіх державних і приватних організацій, установ, структури ресурсів, призначення яких – покращувати, зберігати або відновлювати здоров'я людей, а також що системи охорони здоров'я передбачають надання як індивідуальних, так і громадських послуг, а також дії щодо забезпечення впливу на політику і діяльність інших секторів з метою приділення необхідної уваги соціальним, екологічним та економічним детермінантам здоров'я, Г. Слабкий зазначає, що система охорони здоров'я (очолювана міністерством охорони здоров'я) відіграє центральну роль в управлінні у сфері охорони громадського здоров'я та надання послуг громадської охорони здоров'я. Таким чином, охорона громадського здоров'я також безпосередньо стосується систем охорони

здоров'я, а ці системи, своєю чергою, можуть бути ефективні, тільки якщо мають у своєму складі потужний компонент, пов'язаний з послугами громадської охорони здоров'я [2, с. 24].

Відповідно до Концепції розвитку системи громадського здоров'я передбачається створення державної політики у сфері громадського здоров'я та визначення Міністерства охорони здоров'я центральним органом виконавчої влади в системі громадського здоров'я. Проте, дане міністерство вже є центральним органом виконавчої влади в системі охорони здоров'я і розробці та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я. Зважаючи на взаємопов'язаність цих систем таке вирішення питання щодо визначення керівного органу є цілком виваженим та логічним. Проте, з огляду на це, потребує вирішення питання співвідношення цих систем та відповідних політик.

При визначенні системи громадського здоров'я як ключового аспекту ширшої системи охорони здоров'я [2, с. 24] логічно покласти функції з розробки та реалізації цієї політики на спеціальний орган (відповідно до Концепції вони покладені на Міністерство охорони здоров'я). Такий орган, підпорядкований Міністерству охорони здоров'я, вже створений та діє. Проте у Статуті Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України визначається, що він є санітарно-профілактичним закладом охорони здоров'я, головним завданням якого є діяльність у галузі охорони здоров'я, а саме здійснення епідемічного нагляду (спостереження), виконання повноважень щодо захисту населення від інфекційних хвороб та неінфекційних захворювань, лабораторній діяльності, біобезпеки, інфекційної безпеки донорської крові та/або її компонентів [3], що, на нашу думку, значно звужує розуміння змісту громадського здоров'я та викликає питання щодо того, а на кого ж буде покладено виконання інших функцій в цій сфері.

Отож, на сьогодні нормативно-правовими документами визначається, що основним керівним органом у сфері громадського здоров'я є Міністерство охорони здоров'я. Створений ним Центр громадського здоров'я, з одного боку визначається як санітарно-профілактичний заклад охорони здоров'я з доволі обмеженим колом функцій, з іншого – як координатор програм та проєктів у сфері громадського здоров'я. Окрім того, до суб'єктів систем охорони здоров'я відповідно до Концепції мають належати новостворені регіональні центри громадського здоров'я. Реалізація міжсекторальної взаємодії та залучення представників різних сфер суспільного життя має бути реалізована зокрема через створення Регіональних міжвідомчих колегіальних дорадчих органів з питань державного управління. При цьому основи їх діяльності та взаємодії ще не є визначеними.

Висновки

Проблеми підвищення рівня здоров'я населення, тривалості активного життя та очікуваної тривалості життя при народженні є надзвичайно важливим як для нашої країни так і для всього світу, що вимагає

удосконалення управління охороною здоров'я та формування та функціонування дієвої системи громадського здоров'я. В нашій державі вже зроблені важливі кроки в цьому напрямі проте, слід відзначити, що наявні правові норми є занадто загальними та, по суті, є основою для формування дієвого механізму управління системою громадського здоров'я та системи громадського здоров'я в цілому.

Перспективи подальших досліджень в першу чергу полягають у вирішенні питання взаємоузгодження

систем охорони здоров'я та громадського здоров'я і відповідних державних політик, для чого доцільним вбачається або чітке нормативне визначення превалювання однієї з них, або ж їх злиття, а також визначення чіткого переліку суб'єктів управління в цій сфері з визначенням їх повноважень та компетенції, а також відносин підпорядкування, розробка механізмів залучення зацікавлених сторін до розробки та реалізації як політики у сфері громадського здоров'я в цілому так і окремих програм та проєктів.

Література

1. *Концепція розвитку системи громадського здоров'я*, схвалена Розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. «1002-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249618799>. (Дата останнього звернення – 16.04.2018)
2. *Слабкий Г.О.* Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст / Г. О. Слабкий, В. І. Миронюк, Л. О. Качала // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3. – С. 24-31.
3. *Статут державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»*, затверджено Наказом МОН України від 20.03.2018 р. № 515. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://phc.org.ua/uploads/files/C%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%83%D1%82%20%D0%A6%D0%93%D0%97%202018.pdf> (Дата останнього звернення – 16.04.2018)
4. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України»*. – Київ, 2017. – 516 с.
5. *Public health services / Web-site of World Health Organization* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services>. (Дата останнього звернення – 18.04.2018)
6. *Fal A.M.* Public health in Poland – does it fit? / Andrzej M. Fal // Матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю до Всесвітнього дня здоров'я 2018 р. (Київ, 05-06 квітня 2018 р.). – К., 2018. – С. 10-11.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.04.2018 р.

**Общественное здоровье:
содержательно-управленческий аспект**

В.А. Огнев, И.А. Чухно

Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина

Цель – проанализировать сущность и содержание общественного здоровья на основе изучения мировых подходов и норм права в нашем государстве и определить спектр основных субъектов системы общественного здоровья в Украине.

Материалы и методы – нормативно-правовые документы в сфере общественного здоровья, результаты научных исследований, документы и информация международных организаций. Использованные методы – научной абстракции и логического обобщения.

Результаты. Нормативные документы Украины в сфере общественного здоровья основываются на определении Всемирной организации здравоохранения – искусство и наука о предотвращении заболеваний, продлении жизни и продвижении здоровья через организованные усилия общества. На сегодня в Украине начато формирование правового поля и системы управления общественным здоровьем, однако в этой сфере есть множество проблем и нерешенных вопросов и они требуют дальнейшей разработки и развития.

Выводы. В Украине уже сделаны важные шаги в направлении формирования и функционирования эффективной системы общественного здоровья, однако, следует отметить, что имеющиеся правовые нормы являются слишком общими и, по сути, являются основой для формирования действенного механизма управления системой общественного здоровья и системы общественного здоровья в целом. В первую очередь требуют решения вопросы взаимосвязи систем здравоохранения и общественного здоровья и соответствующих государственных политик, определение четкого перечня субъектов управления в этой сфере с определением их полномочий и компетенции, разработка механизмов привлечения заинтересованных сторон.

Ключевые слова: общественное здоровье, управление системой здравоохранения, органы управления системой общественного здоровья, межсекторальное взаимодействие.

Public health: content-management aspect

V.A. Ohniev, I.A. Chukhno

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Purpose – to analyze the essence and content of public health, based on the study of existing world-wide approaches and norms of law in our country, and to determine the range of key actors in the public health system in Ukraine.

Materials and methods – normative and legal documents in the field of public health, results of scientific research, documents and information of international organizations. Used research methods – scientific abstraction and logical generalization.

Results. The normative documents of our state in the sphere of public health are based on its definition, given by the World Health Organization – art and science on prevention of diseases, life extension and promotion of health through organized efforts of society. For today, the formation of a legal field and a system of public health management has begun in Ukraine, but there are a considerable number of problems and unresolved issues in this area and they need further substantiation and development.

Conclusions. Important steps in the formation and functioning of an effective public health system have already been made in our state, however, it should be noted, that the existing legal norms are too general and, in fact, are the basis for the formation of an effective mechanism for managing the public health system and the create a public health system in general. The first issues to be solved are the issues of mutual harmonization of health care and public health systems and relevant state policies, to determine of a clear list of management entities in this area with determine of their powers and competencies, and the development of mechanisms for involving stakeholders.

Key words: public health, management of healthcare system, government of public health, inter-sectoral interaction.

Відомості про авторів

Огнев Віктор Андрійович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету; просп. Науки, 4, м. Харків, 61022, Україна.

Чухно Інна Анатоліївна – к.держ.упр., доцент, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету; просп. Науки, 4, м. Харків, 61022, Україна.

УДК 614.25:614.1(477.87)

Р.Ю. Погоріляк, О.П. Гульчій

Залежність зміни показників громадського здоров'я та показників оцінки якості та доступності медичної допомоги від зміни ресурсного забезпечення

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет №2, м. Ужгород, Україна
НМАПО імені П.Л.Шупика, м. Київ, Україна

Мета – проаналізувати та узагальнити дані щодо якісного та кількісного зв'язку між зміною окремих показників здоров'я населення, показниками оцінки якості медичної допомоги в залежності від зміни ресурсного забезпечення.

Матеріали і методи. Матеріалами досліджень служили дані звітних форм №12, №17, №20, №21-а, №33 – здоров. У дослідженні були використані методи чутливості, еластичності та лінійного зв'язку.

Результати. Використовуючи метод чутливості, дослідженням було встановлено, що показники громадського здоров'я та показники роботи поліклініки і стаціонару найбільш чутливими є до показників забезпеченості населення лікарями та питомої ваги осіб пенсійного віку серед лікарів. Серед показників, по відношенню до яких визначалася чутливість, закономірним є домінування забезпеченості населення лікарями, питомої ваги атестованих лікарів та СМП, тобто більш досвідчених фахівців, оскільки провідною умовою для атестації персоналу на певну категорію є стаж роботи. Найбільш повільно реагують на зміну показників ресурсного забезпечення демографічні показники, а найшвидше зміни досягаються при впливі на показники охоплення диспансеризацією.

Висновки. Найбільш чутливими, вагомими та швидко реагуючими параметрами кадрового забезпечення є динаміка кількості лікарів та забезпеченість населення ними, а також частка атестованих лікарів.

Ключові слова: лікарі, середній медичний персонал, показники здоров'я населення, якість медичної допомоги.

Вступ

Збереження і розвиток здоров'я населення як вирішального чинника забезпечення економічного та соціального розвитку країни є однією із найважливіших соціальних функцій держави. Реалізація зазначеної функції відбувається через діяльність галузі охорони здоров'я, для оцінки якої у вітчизняній та міжнародній практиці використовують такі показники, як якість та доступність медичної допомоги. Проте, незважаючи на усі декларації щодо необхідності покращення здоров'я населення та прийнятих для вирішення зазначеної проблеми численних нормативно-правових актів, ситуація щодо надання медичної допомоги у країні суттєво не покращилась. Тому аналіз якості та доступності медичної допомоги, виявлення основних причин її зниження має принципове значення для удосконалення функціонування галузі охорони здоров'я та розробки стратегії її реформування [3].

Згідно з визначенням ВООЗ якість медичної допомоги – це властивість процесу взаємодії лікаря та пацієнта, зумовлена кваліфікацією персоналу, тобто спроможністю лікаря знижувати ризик прогресування захворювання та появи нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини та забезпечувати задоволеність пацієнта від його взаємодії з медичною системою [4].

За даними наукової літератури, результативність медичної допомоги на 80-95% залежить від дефектів організації та управління, рівня професійної підготовки

лікарів, якості обладнання, а також від рівня підготовки управлінців охорони здоров'я [5].

Одним із основних ресурсів системи охорони здоров'я є кадри лікарів та середніх медичних працівників. Кількість та якість медичних кадрів є необхідною умовою і запорукою забезпечення доступності, якості та ефективності медичної допомоги. Передусім від них залежить виконання завдань, які стоять перед галуззю, та обсяг проведеної роботи. Міжнародні експерти вказують, що будь-які, найпередовіші технології й досягнення в сфері медицини, не можуть позитивно вплинути на здоров'я населення за відсутності кадрів, а саме належно підготовлених працівників системи охорони здоров'я [1, 2].

Мета роботи – проаналізувати та узагальнити дані щодо якісного та кількісного зв'язку між зміною окремих показників здоров'я населення, показниками оцінки якості медичної допомоги в залежності від зміни ресурсного забезпечення.

Матеріали і методи. Матеріалами досліджень служили дані звітних форм №12, №17, №20, №21-а, №33 – здоров та результати соціологічного опитування. У дослідженні були використані методи чутливості, еластичності та лінійного зв'язку.

Результати дослідження та їх обговорення

Дослідженням був проведений аналіз дослідження якісного та кількісного зв'язку між зміною окремих показників здоров'я населення, показниками оцінки якості

медичної допомоги в залежності від зміни ресурсного забезпечення (Додаток Д).

Використовуючи метод чутливості, дослідженням було встановлено, що показники захворюваності та поширеності хвороб, як серед усього населення, так і серед дитячого (0-17 років) і у всіх трьох біогеохімічних зонах мають позитивну чутливість (сині смужки) до зміни таких

показників, як динаміка загальної кількості лікарів, питома вага осіб пенсійного віку серед середнього медичного персоналу (СМП), питомої ваги атестованих лікарів та СМП, проте найбільш чутливими показниками є забезпечення населення лікарями та питома вага осіб пенсійного віку серед лікарів (рис.).

Показники ресурсного забезпечення	Поширеність хвороб (на 1000 населення)	Первинна захворюваність (на 1000 населення)	Динаміка первинного виходу на інвалідність серед працездатного населення	Повнота охоплення диспансеризацією серед населення старше 18 років
Динаміка загальної кількості лікарів				
Динаміка загальної кількості СМП				
Забезпеченість населення лікарями на 10 тис. населення	■	■	■	■
Забезпеченість населення СМП на 10 тис. населення	■	■	■	■
Питома вага лікарів пенсійного віку	■	■	■	■
Питома вага СМП пенсійного віку	■	■	■	■
Питома вага атестованих лікарів (%)	■	■	■	■
Питома вага атестованих СМП (%)	■	■	■	■

Рис. Чутливість окремих показників здоров'я населення в Закарпатській області до показників ресурсного забезпечення

Це саме стосується й такого показника здоров'я, як первинний вихід на інвалідність. Він є чутливим до тих самих показників ресурсного забезпечення, що є логічним продовженням розвитку процесів захворюваності.

Щодо таких показників роботи поліклініки та стаціонару, як: повнота охоплення диспансеризацією, середнє число відвідувань лікарів, динаміка середньорічної зайнятості ліжка, обіг ліжка та динаміка рівня летальності, то найбільш чутливими вони є знову ж таки по відношенню до таких показників як: забезпечення населення лікарями, питомої ваги осіб пенсійного віку як серед лікарів так і серед СМП, а також питомої ваги атестованих лікарів та СМП. Найменшу чутливість вище згадані показники мають до динаміки загальної кількості лікарів та СМП, а негативну чутливість (червоні смужки) проявляють до забезпеченості населення СМП.

Отже, відповідно до методу аналізу чутливості дослідженням було встановлено, що найбільш вагомими і позитивно чутливими чинниками щодо окремих показників здоров'я та показників роботи поліклініки та стаціонару є: забезпеченість населення лікарями на 10 тисяч населення; питома вага лікарів пенсійного віку; питома вага середнього медичного персоналу пенсійного віку; питома вага атестованих лікарів та питома вага атестованого середнього медичного персоналу;

Показник кількісного взаємозв'язку дозволив вивчити, як зміняться показники народжуваності, смертності, природного приросту, захворюваності тощо при зміні показників ресурсного забезпечення на 1%.

Відсоткова зміна показників здоров'я зумовлена 1% зміною показників ресурсного забезпечення.

При аналізі окремих показників здоров'я населення, показників оцінки якості первинної, вторинної та третинної медичної допомоги зацікавленість викликають не їх абсолютні значення, а відсоткова їх зміна при зміні показників ресурсного забезпечення 1%. Зміна значення вихідного показника при зміні факторного на 1% дістала назву коефіцієнта еластичності. Використання підходу на основі розрахунку еластичності дає можливість керівникам спрогнозувати, як будуть змінюватися окремі показники здоров'я, при зміні показників ресурсного забезпечення.

Привертає увагу той факт, що серед 8 показників, по відношенню до яких визначалася чутливість, закономірним є домінування забезпеченості населення лікарями, питомої ваги атестованих лікарів та СМП, тобто більш досвідчених фахівців, оскільки провідною умовою для атестації персоналу на певну категорію є стаж роботи.

Так, 1% зростання загальної кількості лікарів та забезпеченості ними населення призведе до зростання показника народжуваності на 2,0% та 1,2% відповідно, зменшення загальної смертності на 1,1%, малоюкової смертності на 7,7% і 4,8%, збільшення рівня поширеності хвороб (на 9,7% і 6,0%) і у всіх трьох зонах, захворюваності як серед усього населення (на 4,7 та 2,9%), так і серед дитячого населення (на 5,5 і 3,4%) та зростання показника повноти охоплення диспансеризацією серед дорослого населення на 8,7 та 5,4 %, який на сьогоднішньому етапі реформування розглядається дієвим механізмом втілення

превентивних технологій у збереження здоров'я населення. Збільшення рівня поширеності хвороб та первинної захворюваності внаслідок зростання загальної кількості лікарів та забезпеченості ними населення пояснюється кращою доступністю медичної допомоги та виявлюваністю хвороб.

Беручи до уваги зручність та доступність використання методів чутливості та еластичності щодо аналізу ефективності роботи окремих закладів охорони здоров'я та системи у цілому, їх можна рекомендувати для прийняття науково – обґрунтованих управлінських рішень керівниками різного рівня.

Для керівників важливим є не тільки прийняття виважених управлінських рішень, а й швидкість реакції на зміни і їх своєчасність. Тому в дослідженні був використаний метод вивчення лінійного зв'язку між різними величинами.

Дослідженням було встановлено, що найбільш інертними є демографічні показники, менш інертними і більше піддаються змінам показники поширеності хвороб, особливо у гірській зоні та первинної захворюваності, але вже із зміною вектора у низинній зоні, що може пояснюватися наявністю діагностичних засобів і можливостями первинного діагностування.

Такі ж закономірності простежуються і для показників захворюваності дитячого віку. А найшвидше зміни досягаються при впливі на показники охоплення диспансеризацією. Задіяння кадрового потенціалу дозволить швидше впливати на попередження захворюваності, на що націлена сучасна реформа. Це ж стосується і показників дитячого населення, зокрема частоти відвідувань лікаря до 14 років, що може розглядатися як здоров'язберігаючий фактор дитячого населення.

Висновки

1. Використовуючи метод чутливості, дослідженням було встановлено, що показники громадського здоров'я та показники роботи поліклініки і стаціонару найбільш чутливими є до показників забезпеченості населення лікарями та питомої ваги осіб пенсійного віку серед лікарів.

2. Серед показників, по відношенню до яких визначалася чутливість, закономірним є домінування забезпеченості населення лікарями, питомої ваги атестованих лікарів та СМП, тобто більш досвідчених фахівців, оскільки провідною умовою для атестації персоналу на певну категорію є стаж роботи.

3. Найбільш повільно реагують на зміну показників ресурсного забезпечення демографічні показники, а найшвидше зміни досягаються при впливі на показники охоплення диспансеризацією.

Отже, вивчення взаємозв'язку між окремими показниками здоров'я, показниками оцінки якості і доступності надання медичної допомоги та ресурсного забезпечення дозволило встановити, що найбільш чутливими, вагомими та швидко реагуючими параметрами кадрового забезпечення, зміна яких найбільшим чином впливають на зміну кінцевого результату є динаміка кількості лікарів та забезпеченість населення ними, а також частка атестованих лікарів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням взаємозв'язку між іншими показниками, які будуть враховані для прийняття науково – обґрунтованих управлінських рішень керівниками різного рівня.

Література

1. *Ждан В.М.* Проблема кадрової політики медичної галузі в розрізі часу / В.М.Ждан, І.М.Скрипник, А.В.Марченко // Матеріали науково-практичної конференції «Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я». 2015. – Київ, 22 квітня.- С.37-40
2. *Князевич В.М.* Європейське спрямування змісту підготовки кадрів управління охороною здоров'я // В.М. Князевич, Л.І.Жаліло // Матеріали науково-практичної конференції «Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я». 2015. – Київ, 22 квітня.- С.49-54
3. *Лободіна З.* Доступність медичної допомоги для населення: проблеми та перспективи забезпечення / З. Лободіна // Збірник наукових праць «Ефективність державного управління». – 2010. – Вип. 24.- С. 285-293
4. *Мартиненко Л.В.* Якість медичної допомоги пацієнту – якість життя медика / Л.В. Мартиненко // Жіночий лікар.- 2006.- №1.- С.36-37
5. *Нагорна А. М.* Проблеми якості в охороні здоров'я : монографія / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-Нова, 2002. – 384 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.04.2018 р.

Зависимость изменения показателей общественного здоровья и показателей оценки качества и доступности медицинской помощи от изменения ресурсного обеспечения

Р.Ю.Погоріляк, А.П.Гульчій
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
медичинський факультет №2,
м. Ужгород, Україна
НМАПО імені П. Л. Шупика, г. Київ, Україна

Цель – проаналізувати і обобщити дані по якісному і кількісному зв'язу між зміненою окремих показувачів здоров'я населення, показувачами оцінки якості медичинської допомоги в залежності від зміненою ресурсного забезпечення.

Матеріали і методи. Матеріалами досліджень служили дані річних форм №12, №17, №20, №21-а, №33 – здоров. В дослідженні були використані методи чутливості, еластичності і лінійної зв'язу.

Результати. Використовуючи метод чутливості, дослідженням було встановлено, що показувачі громадського здоров'я і показувачі роботи поліклініки і стаціонара найбільш чутливими є до показувачів забезпеченості населення лікарями і удільного ваги осіб пенсійного віку серед лікарів. Серед показувачів, по відношенню до яких визначалася чутливість, закономірним є домінування забезпеченості населення лікарями, удільного ваги аттестованих лікарів і СМП, тобто більш досвідчених спеціалістів, так як ведучим умовою для аттестації персоналу на визначену категорію є стаж роботи. Найбільш повільно реагують на зміну показувачів ресурсного забезпечення демографічні показувачі, а швидше змінюються при впливі на показувачі охоплення диспансеризацією.

Висновки. Найбільш чутливими, важкими і швидко реагуючими параметрами кадрового забезпечення є динаміка кількості лікарів і забезпеченість населення ними, а також частка аттестованих лікарів.

Ключові слова: лікарі, середній медичинський персонал, показувачі здоров'я населення, якість медичинської допомоги.

The dependence of changes in public health indicators and indicators of quality assessment and availability of health care from changes in resource provision

R.Yu.Pogorilyak, O.P.Gulchii
State University "Uzhgorod National University",
medical faculty №2, Uzhgorod, Ukraine
NMAPE named after P. L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

The purpose – to analyze and generalize the data on the qualitative and quantitative relationship between the change in public health indicators of the population, indicators of quality assessment of health care, depending on the change in resource provision.

Materials and methods. The materials of the research were the data of the reporting forms №12, №17, №20, №21-a, №33 – healthy. The study used sensitivity, elasticity and linear communication methods.

Results. Using the sensitivity method in the process of research that indicators of public health and indicators of polyclinics and inpatient activities are the most sensitive to the indicators of population's sufficiency of doctors and the proportion of persons of retirement age among physicians. Among the indicators in relation to which sensitivity was determined naturally is the prevalence of the population's supply by doctors, the proportion of certified doctors and nursing medical staff, that is, more experienced specialists, as the leading condition for the attestation of the personnel for a certain category is the work experience. The most slowly responding to the change in the indicators of resource support are demographic indicators, and the fastest changes are achieved by the impact of the coverage rates by medical examination.

Conclusions. The most sensitive, weighty and rapidly responsive staffing options are the dynamics of the number of physicians and their population, as well as the proportion of certified doctors.

Key words: physicians, nursing medical staff, indicators of population health, quality of medical care.

Відомості про авторів

Погоріляк Рената Юрївна – к.м.н., завідувач кафедри громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін медичного факультету №2 ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Університетська, 14, м. Ужгород, Закарпатська область, 88000, Україна.

Гульчій Олесь Петрівна – д.м.н., професор, проректор з міжнародних зв'язків та науково-педагогічної роботи з іноземними громадянами Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

УДК 616.31-083

А.М. Потапчук, В.С. Мельник, Л.Ф. Горзов, О.Ю. Рівіс

Клініко-економічні аспекти професійної гігієни порожнини рота

Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

Мета дослідження. Визначити клініко-економічні аспекти професійної гігієни порожнини рота у молодих людей від 22 до 35 років.

Матеріали і методи: для підвищення мотивації молодих людей до проведення професійної гігієни обстежено 125 осіб. Пацієнти розділені на 5 основних груп. Серед них особи чоловічої та жіночої статі, з інтактним пародонтом та з наявністю хронічного гінгівіту. Оцінювали гігієну порожнини рота і пародонтологічний статус з використанням індексів.

Результати. На фоні недостатньої індивідуальної гігієни порожнини рота у молодих людей ефективна професійна гігієна з частотою проведення не рідше двох разів на рік при інтактному пародонті і три рази в рік при наявності гінгівіту. Економічна ефективність професійної гігієни на фоні інтактного пародонта за рік досягає 42,2%, на фоні гінгівіту при дворазовому проведенні професійної гігієни – 46,4%, при триразовому – 57,8%.

Висновки. Періодичне проведення професійної гігієни протягом року забезпечує дворазову економічну ефективність профілактики і лікування гінгівіту в порівнянні з відповідними витратами при її відсутності.

Ключові слова: гінгівіт, пародонтит, професійна гігієна, дорослі, фінансові витрати.

Вступ

У більшості епідеміологічних досліджень і в роботах з обстеження стоматологічного статусу в різних групах дорослого населення реєструються низькі гігієнічні показники, в тому числі у молодих людей [3, 6, 7].

Наявність цілком доступних і ефективних засобів для гігієни порожнини рота висуває в якості основного фактора незадовільну індивідуальну гігієну, низьку мотивацію населення до збереження стоматологічного здоров'я і сприйняття інформації про оптимальні методи догляду за порожниною рота [1, 2, 8]. На цьому фоні є актуальним підвищення ролі професійної гігієни порожнини рота (ПГПР).

Мета дослідження. Визначити клініко-економічні аспекти ПГПР у молодих людей від 22 до 35 років.

Основні завдання та методи дослідження

З метою впровадження ПГПР в практичну роботу лікарів-стоматологів Університетської стоматологічної поліклініки, а також для підвищення мотивації молодих людей до проведення професійної гігієни обстежено 125 осіб. Вік обстежених від 22 до 35 років (в середньому 27,4 ± 1,6 років). Серед обстежених були особи чоловічої та жіночої статі, з інтактним пародонтом та з наявністю хронічного гінгівіту.

Схема обстеження включала оцінку гігієни порожнини рота і пародонтологічного статусу з використанням індексів: комунальний пародонтальний індекс (CPI); папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА) в модифікації Parma; індекс гінгівіту (GI) Loe H., Silness J.; індекс гігієни порожнини рота J.C. Green, J.R. Vermillion (ОHI-S); індекс ефективності гігієни рота (РHP)

Podshadley, Haley. Критерієм включення в групу спостереження був недостатній рівень індивідуальної гігієни порожнини рота.

Залежно від стану тканин пародонта і частоти звернень на повторні огляди сформовані п'ять груп з показаннями до ПГПР: I – з інтактним пародонтом (ПГПР не проводилася через відмову обстежених) – 16 осіб; II – з інтактним пародонтом (ПГПР проводилася 2 рази на рік) – 41 осіб; III – з хронічним гінгівітом (ПГПР не проводилася через відмову обстежених) – 12 осіб; IV – з хронічним гінгівітом (ПГПР проводилася 2 рази на рік) – 36 осіб; V – з хронічним гінгівітом (ПГПР проводилася 3 рази в рік) – 20 осіб.

При проведенні професійної гігієни в залежності від показників гігієнічних і пародонтальних індексів використовувалися інструментальні методи [4, 5]. Підсумкове обстеження гігієнічного та стоматологічного статусу проведено через рік з використанням методів об'єктивної і суб'єктивної оцінки.

Проводився хронометраж кожного етапу професійної гігієни рота з врахуванням використовуваної методики видалення зубних відкладень. З врахуванням динаміки стану тканин пародонта в кожній групі розраховувалися необхідні фінансові витрати для нормалізації стану пародонта через рік спостереження, виходячи з показань до кратності проведення профілактичних заходів і їх вартості; зокрема, при збереженні інтактного пародонта, наявності гінгівіту планувалося відповідно дворазове, триразове і чотириразове проведення ПГПР в рік.

Результати дослідження та їх обговорення

При первинному стоматологічному обстеженні підтверджена залежність стану гігієни порожнини рота і

показників пародонтологічного статусу від стану тканин пародонту. При наявності гінгівіту індекс CPI становив в середньому по III-V групах $4,81 \pm 0,21$: компоненти "кровоточивість", "зубний камінь", "зубоясенні кишені" становили відповідно $2,95 \pm 0,9$; $1,86 \pm 0,12$; 0 . Індекс РМА дорівнював $16,13 \pm 2,9\%$; GI – $1,59 \pm 0,06$. У III-V групах стан гігієни порожнини рота незадовільний: за індексом ОНІ-S відповідав $2,4 \pm 0,27$ балів; за індексом РНР $2,31 \pm 0,07$ балів. У I-II групах при наявності інтактного пародонта, але з недостатньою гігієною, пародонтальні індекси несуттєво відрізнялися від норми, гігієнічні показники становили: ОНІ-S $2,0 \pm 0,14$ балів, РНР $1,96 \pm 0,06$ балів.

Через рік в залежності від використання та частоти проведення професійної гігієни пародонтологічний і гігієнічний статус по-різному змінювався у групах спостереження (табл. 1). У більшості обстежуваних в групі I, які відмовилися від проведення професійної гігієни, з'явилися ознаки локалізованого і генералізованого гінгівіту (відповідно $56,3\%$ і $25,0\%$), а у $18,8\%$ – хронічного локалізованого пародонтиту. Середньогрупові показники стану пародонта і гігієни погіршувалися: CPI $2,09 \pm 0,06$ (кровоточивість $0,82 \pm 0,02$, зубний камінь $1,22 \pm 0,04$, зубоясенні кишені $0,05 \pm 0,01$); РМА $8,02 \pm 0,07$; GI $1,82 \pm 0,01$. Гігієнічні індекси погіршувалися: ОНІ-S $2,10 \pm 0,03$; РНР $2,33 \pm 0,08$.

У групі II на фоні дворазового проведення ПГПР гігієна дещо покращилася: ОНІ-S $1,53 \pm 0,01$, РНР $1,66 \pm 0,05$. Однак, у деяких обстежених ($19,5\%$) через 6 міс. після останнього курсу профілактичної гігієни відзначалися ознаки локалізованого гінгівіту. Пародонтальні показники становили: CPI $0,59 \pm 0,02$; РМА $2,02 \pm 0,3\%$; GI $0,82 \pm 0,01$.

У групі III на тлі хронічного гінгівіту без професійної корекції гігієни порожнини рота стан пародонта погіршувався найбільшою мірою: у половини обстежених реєструвався локалізований ($33,3\%$) і генералізований ($16,7\%$) пародонтит. Пародонтальні та гігієнічні показники становили в групі: CPI $5,60 \pm 0,32$ (кровоточивість $3,02 \pm 0,28$; зубний камінь $2,25 \pm 0,03$; зубоясенні кишені $0,33 \pm 0,01$); РМА $18,44 \pm 3,01\%$; GI $1,81 \pm 0,08$; ОНІ-S $2,9 \pm 0,30$; РНР $2,50 \pm 0,11$ балів.

Поліпшення стану тканин пародонта і гігієнічного стану в групах IV і V залежало від частоти проведення професійної гігієни. Дворазова і триразова професійна гігієна приводила до наступних змін в зазначених групах: CPI – $3,96 \pm 0,16$ і $3,13 \pm 0,12$; РМА – $13,10 \pm 1,9$ і $11,04 \pm 1,6$; GI – $1,26 \pm 0,12$ і $0,91 \pm 0,08$; ОНІ-S – $1,90 \pm 0,14$ і $1,65 \pm 0,09$; РНР – $1,86 \pm 0,11$ і $1,53 \pm 0,06$. Усунення явищ гінгівіту спостерігалось у $65,0\%$ осіб в V групі і тільки у $2,8\%$ – в IV групі.

Таблиця 1

Залежність гігієнічних і пародонтальних показників від первинного стану обстеження тканин пародонту і проведення професійної гігієни порожнини рота

Групи	n	Період обстеження	CPI	РМА (%)	GI	ОНІ-S	РНР (балів)
I	16	п	0	0	0	$2,0 \pm 0,03$	$1,96 \pm 0,03$
		12	$2,09 \pm 0,06$	$8,02 \pm 0,07$	$1,82 \pm 0,01$	$2,10 \pm 0,03$	$2,33 \pm 0,08$
II	41	п	0	0	0	$2,0 \pm 0,14$	$1,96 \pm 0,06$
		12	$0,59 \pm 0,02$	$2,02 \pm 0,3$	$0,82 \pm 0,01$	$2,53 \pm 0,01$	$1,66 \pm 0,05$
III	12	п	$4,81 \pm 0,21$	$16,13 \pm 2,9$	$1,59 \pm 0,06$	$2,4 \pm 0,27$	$2,31 \pm 0,07$
		12	$5,60 \pm 0,32$	$18,44 \pm 3,01$	$1,81 \pm 0,08$	$2,9 \pm 0,30$	$2,5 \pm 0,11$
IV	36	п	$4,81 \pm$	$16,13 \pm 2,9$	$1,59 \pm 0,06$	$2,4 \pm 0,27$	$2,31 \pm 0,07$
		12	$3,96 \pm 0,16$	$13,10 \pm 1,9$	$1,26 \pm 0,12$	$1,9 \pm 0,14$	$1,86 \pm 0,11$
V	20	п	$4,81 \pm$	$16,13 \pm 2,9$	$1,59 \pm 0,06$	$2,4 \pm 0,27$	$2,31 \pm 0,07$
		12	$3,13 \pm 0,12$	$11,04 \pm 1,6$	$0,91 \pm 0,08$	$1,65 \pm 0,09$	$1,53 \pm 0,06$

Примітка: п – первинне обстеження, 12 – через 12 місяців.

Трудомісткість професійної гігієни за даними хронометражу при проведенні ультразвукового очищення верхнього і нижнього зубних рядів з використанням набору щіток для профгігієни становить $40,0 \pm 5,1$ хвилин у лікаря і $48,0 \pm 6,2$ хвилин у медсестри. В структурі трудомісткості ультразвукове очищення зубів, їх полірування і аплікації з фторвмістними препаратами становить $44,2\%$, $21,7\%$ і $14,4\%$; визначення гігієнічних індексів і заповнення амбулаторної картки – $19,7\%$. Витрати на проведення професійної гігієни в обстежуваних групах протягом року і необхідні витрати на другий рік, в залежності від динаміки стану тканин

пародонта, складають: I група відповідно $0 - 1140$ гривень; II група $600 - 660$ гривень; III група $0 - 1650$ гривень; IV група $600 - 870$ гривень; V група $900 - 690$ гривень. Зазначені розрахунки слушні при ціні професійної гігієни порожнини рота 300 гривень.

Необхідні витрати часу пацієнта для проведення професійної гігієни в перерахованих групах змінюються через рік різної тактики профілактики захворювань тканин пародонта наступним чином: I група – з 0 до $121,1$ хвилин, II група – з $80,0$ до $87,2$ хвилин, III група – з 0 до $133,7$ хвилин, IV група – з $80,0$ до $112,3$ хвилин, V група – з $120,0$ до $91,6$ хвилин (табл. 2).

Професійна гігієна при інтактному пародонті забезпечує в переважній більшості випадків стабільність його стану при дворазовому проведенні з витратами часу 80,0 хвилин і фінансових витратах 600 гривень (збільшення вартості на наступний рік незначна – 9,9%). Покращення стану тканин пародонту протягом одного року настає при триразовому проведенні професійної гігієни у осіб з гінгівітом з використанням різних методик в залежності від стану тканин пародонту: в середньому економія часу для необхідних обсягів професійної гігієни в V групі складає через рік 23,7%, а фінансових витрат 21,5%. Дворазова професійна гігієна при гінгівіті не приводить до економії часу і коштів у багатьох пацієнтів: в середньому по IV групі через рік потрібне збільшення часу на лікування на 28,8%, а фінансових витрат – на 32,9%.

Порівняно з достатнім обсягом професійної гігієни (групи II і V) відсутність професійної гігієни в групах з ідентичним станом тканин пародонта I і III (відповідно з початково інтактним пародонтом і з гінгівітом) збільшує витрати часу на 27,9% і 31,5% і вартості на 42,2% і 57,8%. Дворазова професійна гігієна при гінгівіті збільшує зазначені витрати в порівнянні з відсутністю професійної гігієни (група III) на 16,0% і 46,4%. Таким чином, економічна ефективність професійної гігієни на фоні інтактного пародонта за рік досягає 42,2%, на фоні гінгівіту при дворазовому проведенні професійної гігієни – 46,4%, при триразовому – 57,8%.

Порівняльний аналіз показників в залежності від гендерної ознаки достовірних відмінностей не виявив: захворювання з однаковою частотою і інтенсивністю зустрічались у осіб обох статей.

Таблиця 2

Залежність фінансових витрат та часу для профілактики і лікування захворювань тканин пародонту від проведення професійної гігієни

Група	Фінансові витрати (гривень)			Витрати часу (хв.)		
	1-й рік	2-й рік	% змін	1-й рік	2-й рік	% змін
I	0	1140		0	121,1	
II	600	660	+ 9,9	80,0	87,2	+ 8,3
III	0	1650		0	133,7	
IV	600	870	+ 32,9	80,0	112,3	+ 28,8
V	900	690	- 21,5	120,0	91,6	- 23,7

Висновки

На фоні недостатньої індивідуальної гігієни порожнини рота у молодих людей ефективна професійна гігієна з частотою проведення не рідше двох разів на рік при інтактному пародонті і три рази в рік при наявності гінгівіту. Періодичне проведення професійної гігієни

протягом року забезпечує дворазову економічну ефективність профілактики і лікування гінгівіту в порівнянні з відповідними витратами при її відсутності.

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

Література

1. Бойченко О. Н. Анализ представлений о зубных отложениях / О. Н. Бойченко, Н. В. Котелевская, А. К. Николишин, А. В. Зайцев // Вісник проблем біології і медицини. – 2017. – № 3. – Т.1(137). – С. 19-24.
2. Грудянов А.И. Средства и методы профилактики воспалительных заболеваний пародонта. – М. – 2012. – 96 с.
3. Микляев С.В. Изучение качества жизни у пациентов, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями пародонта / С.В. Микляев, О.М. Леонова, В.К. Глазьев, А.В. Сущенко, О.И. Олейник // Вестник ТГУ. – 2017. – №1. Т.22. – С. 187-192.
4. Павленко С.А. Особенности удаления назубных отложений при проведении профессиональной гигиены полости рта / С.А. Павленко // Мир медицины и биологии. -2012. – № 3. –С.149-150.
5. Павлова Г.Ш. Профессиональная гигиена полости рта / Г.Ш. Павлова // Вестник современной клинической медицины. – 2011. – Т.4 (1). – С.31-38.
6. Рівіс О. Ю. Мікрофлора ротової порожнини людей з запальними захворюваннями тканин пародонту в Ужгородському районі / О. Ю. Рівіс, М. В. Кривцова, В. І. Ніколайчук, Г. М. Семенова, Є. А. Барані // Вісник проблем біології та медицини. 2012. – №3. – Т.1 (94). – С. 121-124.
7. Светлакова Е.Н. К вопросу диагностики пародонтита: существующие возможности и клинические потребности / Е.Н. Светлакова, Е.А. Семенцова, Л.Г. Полушина, Ю.В. Мандра, В.В. Базарный // Здоровья и образование в XXI веке. – 2017. – №3. Т.19. – С.34-37.
8. Шаковець Н.В. Гигиенический уход за полостью рта у детей раннего возраста / Н.В. Шаковець // Современная стоматология. – 2012. – №1.– С.10-12.

Дата надходження рукопису до редакції: 27.03.2018 р.

Клинико-экономические аспекты профессиональной гигиены полости рта

*А.М. Потапчук, В.С. Мельник,
Л.Ф. Горзов, О.Ю. Рівіс*

Ужгородский национальный университет

Цель исследования. Определить клинико-экономические аспекты профессиональной гигиены полости рта у молодых людей от 22 до 35 лет.

Материалы и методы: для повышения мотивации молодых людей к проведению профессиональной гигиены обследовано 125 человек. Пациенты разделены на 5 основных групп. Среди них лица мужского и женского пола, с интактным пародонтом и с наличием хронического гингивита. Оценивали гигиену полости рта и пародонтологический статус с использованием индексов.

Результаты. На фоне недостаточной индивидуальной гигиены полости рта у молодых людей эффективная профессиональная гигиена с частотой проведения не реже двух раз в год при интактном пародонте и три раза в год при наличии гингивита. Экономическая эффективность профессиональной гигиены на фоне интактного пародонта за год достигает 42,2%, на фоне гингивита при двукратном проведении профессиональной гигиены – 46,4%, при трехкратном – 57,8%.

Выводы. Периодическое проведение профессиональной гигиены в течение года обеспечивает двукратную экономическую эффективность профилактики и лечения гингивита по сравнению с соответствующими затратами при ее отсутствии.

Ключевые слова: гингивит, пародонтит, профессиональная гигиена, взрослые, финансовые затраты.

Clinical and economic aspects of professional oral hygiene

*A.M. Potapchuk, V.S. Melnyk,
L.F. Horzov, O.Yu. Rivis*
Uzhhorod National University

The aim of the study. Identify the clinical and economic aspects of occupational hygiene in young people between the ages of 22 and 35.

Materials and methods: 125 people were surveyed to enhance the motivation of young people to conduct occupational hygiene. Patients are divided into 5 main groups. Among them are men and women, with an intact periodontal disease and with the presence of chronic gingivitis. Evaluated oral hygiene and periodontal status using indices.

Results. The economic efficiency of professional hygiene against the background of intact periodontium during the year reaches 42.2%, against the background of gingivitis with twice the occupational hygiene – 46.4%, and three times – 57.8%.

Conclusions. Periodic professional hygiene during the year provides twice the economic effectiveness of the prevention and treatment of gingivitis in comparison with the corresponding costs in its absence.

Key words: gingivitis, periodontitis, professional hygiene, adults, financial expenses.

Відомості про авторів

Потапчук Анатолій Мефодійович – д.мед.н., професор, зав. кафедри стоматології післядипломної освіти з курсами терапевтичної та ортопедичної стоматології. ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, 88000, вул.Університетська, 16а.

Мельник Володимир Семенович – к.мед.н., доцент, зав. кафедри дитячої стоматології ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, 88000, вул.Університетська, 16а.

Горзов Людмила Федорівна – к.мед.н., доцент кафедри дитячої стоматології ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, 88000, вул.Університетська, 16а.

Рівіс Олег Юрійович – к.мед.н., доцент кафедри дитячої стоматології ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, 88000, вул.Університетська, 16а.

УДК 614.2:725.5:351.7

В.П. Печиборці¹, В.М. Якимець², Л.В. Крохмалюк³, С.П. Сацук¹, В.В. Якимець⁴

Особливості визначення безпеки лікарень в системі цивільного захисту населення

¹ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф
Міністерства охорони здоров'я України».

²ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»

³ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

⁴ТОВ «Органосін ЛТД»

Мета роботи: представити особливості визначення безпеки лікарень в системі цивільного захисту населення.

Методологія оцінки: Оцінка була проведена з використанням методології «Індекс Безпеки Лікарні» розробленої Пан-Американською Організацією охорони здоров'я і згодом вдосконаленої і рекомендованої ВООЗ для всіх країн світу.

Результати. У статті розглядається стан нормативно-правового забезпечення безпеки лікарень в державі, аналізується діяльність та вивчення цього досвіду в розвинених зарубіжних країнах. Приводиться система постійно діючої оцінки безпеки лікарень (медичних закладів) за методологією визначення індексу безпеки, як механізму управління ризиками під час подолання медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій воєнного, соціального, природного, техногенного характеру та терористичних загроз.

Ключові слова: безпека лікарень, індекс безпеки, управління ризиками, надзвичайні ситуації.

Актуальність питання

Характерною особливістю останніх десятиліть існування людства є реальні загрози національній безпеці України як у Державі, що щільно пов'язані з виникненням та невпинним зростанням кількості аварій, катастроф воєнного, техногенного, природного та соціального характеру.

Високий рівень актуальності та ризик виникнення пошкоджень під час НС, створює передумови і необхідність вдосконалення системи Безпеки лікарень в Єдиній державній системі цивільного захисту населення.

Згідно з вимогами Кодексу цивільного захисту: медичний захист населення є основним компонентом забезпечення безпеки населення за умов НС. Безперечним фактом є те, що для забезпечення виконання цих вимог в системі охорони здоров'я необхідно мати заклади охорони здоров'я, які спроможні забезпечити безпеку хворим та постраждалим та надати їм необхідну медичну допомогу за цих умов.

Сучасні вимоги щодо управління ризиками при НС вимагають проведення попередньої оцінки сил та засобів подолання медико-санітарних наслідків НС. З причини відсутності нормативно-правової бази безпеки лікарень за умов НС, виникає нагальна потреба її створення, що створить передумови для можливості прогнозування спроможності виконувати завдання за призначенням означеними закладами в НС.

Необхідно констатувати і той факт, що в нашій державі повністю відсутні адаптовані критерії та методи оцінки безпеки лікарень та відсутній опис і характеристика ризиків та факторів, що негативно впливають на стан організації лікувально-діагностичного

процесу в процесі надання медичної допомоги постраждалим в НС, водночас знижують можливості закладів охорони здоров'я щодо повноцінного функціонування в НС.

Нарощування проблематичності у вирішенні проблем в організації медичного забезпечення як цивільного населення так і військ перш за все полягає в тому, що при наявності означених недоліків в період проведення АТО, системного реформування галузі охорони здоров'я в цілому та її складових – первинної медико-санітарної допомоги, спеціалізованої та високо спеціалізованої медичної допомоги, до складу яких входять заклади охорони здоров'я (лікарні) виникає нагальна необхідність вирішення проблеми наукового обґрунтування, оптимізації нормативно-правового забезпечення щодо їх безпеки під час виконання завдань за призначенням -щодо організації надання медичної допомоги в процесі ліквідації наслідків НС воєнного, техногенного, природного, та соціального характеру в загальнодержавній системі цивільного захисту та чіткої взаємодії з силовими міністерствами і відомствами.

У 2014-2015 роках експертні групи ВООЗ у складі провідних вчених розробили загальні критерії оцінки безпеки лікарень, визначивши номенклатурний термін «індекс безпеки». При тому зазначено, що застосування даних критеріїв та методик потребує науково-обґрунтованих адаптацій до національних систем охорони здоров'я і стандартів з надання екстреної медичної допомоги.

Проведені у 2015-2016 роках дослідження у Казахстані, Грузії, та Молдові вказують на значний ефект від впровадження системи оцінки, що дозволяє не тільки підвищити ефективність системи медичного захисту за

рахунок забезпечення цілеспрямованості дій, а й призводить до економії 30-40% витрат на медичний захист населення, насамперед за рахунок запобігання зайвих заходів.

Означене питання на даний час має підвищений рівень актуальності внаслідок нагальної необхідності покращення рівня безпеки лікарень в процесі ліквідації наслідків НС воєнного, техногенного, природного, та соціального характеру та організації ефективної взаємодії з ДСНС України та силовими міністерствами і відомствами в загальнодержавній системі цивільного захисту.

Для обговорення цього важливого питання щодо виконання лікарнями завдань за призначенням під час НС, в рамках спільного проекту між Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ України) та Європейським Регіональним Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ЄРБ ВООЗ), за участю представника ЄРБ ВООЗ Уте Ендерлейн і консультанта ВООЗ з безпеки лікарень Михайла Писли, 13-17 березня 2017 року були проведені методичні заняття з представниками Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» (ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України») та керівництвом Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛШМД), Київських міських клінічних лікарень (КМКЛ) № 2, № 12, та № 17.

Під час занять учасники ознайомлені з методологією ВООЗ щодо проведення оцінки безпеки лікарень та готовності до виконання завдань за призначенням в НС. Під керівництвом представників ВООЗ проведена оцінка безпеки та готовності до надзвичайних ситуацій (НС) КМКЛШМД та КМКЛ № 17.

В процесі оцінки брали участь: представники ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України» керівництво лікарень, керівники підрозділів і служб, які безпосередньо відповідальні за виконання заходів з підготовки та реагування на НС.

Мета роботи: представити особливості визначення безпеки лікарень в системі цивільного захисту населення.

Методологія оцінки: Оцінка була проведена з використанням методології «Індекс Безпеки Лікарні» розробленої Пан-Американською Організацією охорони здоров'я (ПАОЗ) і згодом вдосконаленої і рекомендованої ВООЗ для всіх країн світу.

Методологія заснована на оцінці 151 параметрів, кожен з яких відображає певний аспект безпеки лікарні і має свій ваговий коефіцієнт залежно від ступеня його впливу на безпеку лікарні. Параметри об'єднані в чотири розділи або модулі, кожен з яких є одним із основних складових компонентів безпеки лікарні.

Модуль 1. Загрози, що впливають на безпеку лікарень, і роль лікарні у підготовці та реагуванні на НС.

Модуль 2. Структурна безпека.

Модуль 3. Неструктурна безпека.

Модуль 4. Підготовка і реагування на НС.

Модуль «Структурна безпека» відображає стан несучих структурних елементів будівель, які впливають на

загальний стан безпеки будівель лікарні, а саме: стан фундаменту, колон, балок, несучих стін, плит перекриття і т. п.

Модуль «Неструктурна безпека» відображає безпеку життєво важливих систем лікарні, а саме: стан електропостачання, водопостачання та каналізації, забезпечення теплом, вентиляції, евакуації/утилізації відходів тощо. Стан протипожежного захисту, архітектурних елементів, аварійних входів і виходів, а також безпеку як для пацієнтів так і для медичного персоналу під час роботи лікувальних, діагностичних, лабораторних та офісних обладнання та апаратури і т. п..

Модуль «Підготовка і реагування на НС» відображає питання рівня підготовки організаційної системи, персоналу і основних підрозділів лікарні до надання допомоги пацієнтам у процесі реагування на НС або лиха (стан планування, організації роботи комісії з НС, медичного сортування при масовому надходженні постраждалих під час ліквідації наслідків НС тощо).

В процесі оцінки кожному параметру присвоюється один із трьох рівнів безпеки: «Низький», «Середній» або «Високий».

Дані оцінки вносяться в спеціальний формуляр «Контрольний перелік питань» і згодом обробляються комп'ютерною програмою «Обчислювач індексу безпеки», яка автоматично обчислює «Індекс безпеки лікарні», що представляє собою числовий вираз безпеки оціненої лікарні, тобто її здатності витримати вплив факторів, які викликали НС, зберігши при цьому працездатність при максимально можливій пропускну здатності.

Поряд з обчисленням загального індексу безпеки, Програма обчислює індекс безпеки кожного модуля окремо.

Величина Індексу безпеки лікарні може варіювати від 0,00 до 1,00. Залежно від величини індексу безпеки, оцінювана лікарня відноситься до однієї з трьох груп:

група А – вказує на високий рівень безпеки,

група В – на середній рівень безпеки,

група С – на низький рівень безпеки лікарні.

За таким же принципом розподіляються лікарні виходячи з величини індексу безпеки по кожному компоненту безпеки окремо, тільки відповідні групи позначаються рядковими літерами: a, b і c відповідно.

Таким чином, група безпеки, до якої відноситься лікарня, позначається, наступним чином: А (aba), В (bbc), С (ccb), і т. п., де велика буква вказує на групу до якої віднесена лікарня у відповідності з величиною загального індексу безпеки, а малі літери – група до якої віднесена лікарня у відповідності з величиною індексу безпеки з кожного модуля окремо.

Наприклад: Загальні дані про лікарню (Дані з Формуляра 1) Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги (далі лікарня) є муніципальною медичною установою міського рівня, призначеною для надання екстреної медичної допомоги у цілодобовому режимі та планової медичної допомоги населенню міста Києва.

Лікарня надає екстрену та невідкладну медичну допомогу за такими спеціальностями: загальна хірургія,

травматологія, нейрохірургія, політравма, травма на тлі екзогенної інтоксикації (алкогольна та ін), невідкладна терапевтична допомога, кардіологія, токсикологія.

Лікарня розташована в північно-східній, лівобережній частині м. Києва за адресою вул. Братиславська 3. Територія лікарні займає площу 8,316 га. На території лікарні розміщена підстанція швидкої медичної допомоги № 11 м. Києва.

РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ

Модуль 1. Загрози, що впливають на безпеку лікарні і роль лікарні у підготовці та реагуванні на НС та лиха. Загрози, яким може бути піддана лікарня і які можуть призвести до порушення її діяльності можуть мати як зовнішнє, так і внутрішнє походження чи являти собою комбінацію обох видів небезпек.

З числа зовнішніх загроз небезпеку представляють сильні вітри і бурі з дощем, аномальне підвищення температури повітря, а також можливе надходження масової кількості пацієнтів в результаті епідемії, великих аварій (наприклад ДТП або аварії на промислових підприємствах) або подій в місцях масового скупчення людей (соціально-політичні, видовищні або спортивні заходи).

До числа внутрішніх загроз відносяться: пожежа, а також аварії на мережах, що забезпечують життєдіяльність лікарні (електрика, водопостачання, опалення тощо).

Модуль 2. Структурна безпека

До структурної безпеки відносяться безпека структурних елементів будівель установи (фундамент,

несучі стіни, плити перекриття, балки, колони, і т.п.), вид і якість використовуваних будівельних матеріалів;

ступінь зносу будівлі;

відповідність будівельно-ремонтних робіт діючим стандартам будівництва і реконструкції, і т. п.

Даний модуль складається з 2 підмодулів, які включають в себе 18 параметрів.

2.1. Попередні події, що вплинули на безпеку будівлі.

В період експлуатації діючого в даний час лікарняного комплексу надзвичайних подій і катастроф, що вплинули на її структурну безпеку зареєстровано не було. Згідно з наявними даними споруди лікарні були побудовані у відповідності з діючими будівельними нормами і правилами.

2.2. Цілісність будівлі.

Стаціонар лікарні розташований у будівлі що має 15 поверхів, до якої примикає адміністративний корпус та операційний блок. На території лікарні розташовані будівля патолого-анатомічного відділення, відділення трансфузіології, господарські будівлі, гараж, харчоблок.

Висновок: В результаті обробки даних оцінки програмою «Обчислювач індексу безпеки» було встановлено, що Індекс безпеки даного модуля дорівнює 0,84 (Рис.1). Діаграма рівнів безпеки, присвоєні розділу «Структурна безпека» (Фіг.2) вказує, що частка параметрів, оцінених з низьким рівнем безпеки становить 0%, з середнім рівнем безпеки – 24% і відповідно з високим рівнем безпеки – 76%. Таким чином, лікарня в частині структурної безпеки відноситься до групи «а», що вказує на високий рівень безпеки.

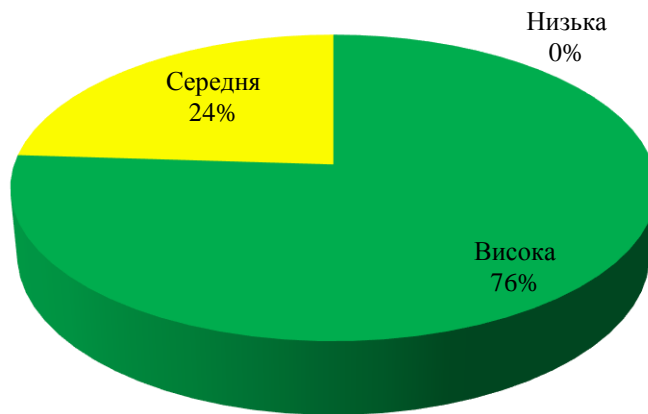


Рис.1. Частка рівнів безпеки, що присвоєні параметрами розділу «Структурна безпека»

Модуль 3. Неструктурна безпека

До неструктурної безпеки належать: безпека життєво-важливих систем забезпечення (електромережа, водопровідно-каналізаційна мережа, система тепlopостачання, вентиляційна система, забезпеченість медичними газами тощо); безпека неструктурних елементів будівлі (ненесучі стіни, вікна, двері, під'їзні шляхи іт.п.); безпека медичної апаратури, обладнання і меблів; умови

зберігання майна; пожежна безпека. Даний модуль складається з 93 параметрів, об'єднаних в 4 – модуля:

3.1. Архітектурна безпека

3.2. Захист інфраструктури, доступ і фізична безпека

3.3. Життєво важливі системи

3.4. Обладнання та витратні матеріали

3.1. Архітектурна безпека Оцінка архітектурної безпеки передбачає проведення оцінки дверей, вікон, внутрішніх і зовнішніх стін, облицювання, покрівлі,

підвісних стель, підлогових покриттів і ліфтів, а також шляхів переміщення персоналу і пацієнтів всередині і зовні будівлі (наприклад, коридорів, сходів і пандусів).

3.2. Захист інфраструктури, доступ і фізична безпека В даному підмодулі розглядаються питання безпеки розташування лікарні та її основних служб по відношенню до основних джерел загроз. Розташування найважливіших служб та обладнання Лікарні забезпечує їх безпеку від можливих факторів їх виводу з ладу.

3.3. Життєво важливі системи В даному підмодулі розглядаються питання безпеки найважливіших систем, що забезпечують роботу лікарні, до яких відносяться: системи електропостачання, телекомунікацій, водопостачання, протипожежного захисту, евакуації і утилізації відходів, зберігання палива, подачі медичних газів, а також системи опалення, вентиляції та кондиціонування повітря.

3.3.1. Електричні системи

3.3.2. Телекомунікаційні системи

3.3.3. Система водопостачання

3.3.4. Система протипожежного захисту

3.3.5. Системи утилізації відходів

3.3.6. Системи зберігання палива (наприклад, газу, бензину, дизельного палива)

3.3.7. Системи подачі медичних газів

3.3.8. Системи опалення, вентиляції та кондиціонування

3.4. Обладнання та витратні матеріали

Даний підмодуль включає оцінку стану безпеки й стійкості всього обладнання в плані її захисту від пошкоджень, які можуть травмувати, які перебувають у лікарні, людей, а також перешкоджати нормальній роботі лікарні.

3.4.1. Оснащення і обладнання службових та складських приміщень

3.4.2. Медичне та лабораторне обладнання та матеріали, які використовуються для діагностики і лікування

Висновок: В результаті обробки даних оцінки програмою «Обчислювач індексу безпеки» було встановлено, що Індекс безпеки даного модуля дорівнює 0,64 (Рис. 2). Діаграма рівнів безпеки, присвоєні розділу «Неструктурна безпека» (Фіг.4) вказує, що частка параметрів, оцінених з низьким рівнем безпеки становить 19%, з середнім рівнем безпеки – 25% і відповідно з високим рівнем безпеки – 56%. Таким чином, лікарня в частині неструктурна безпеки відноситься до групи «b», що вказує на середній високий рівень безпеки.

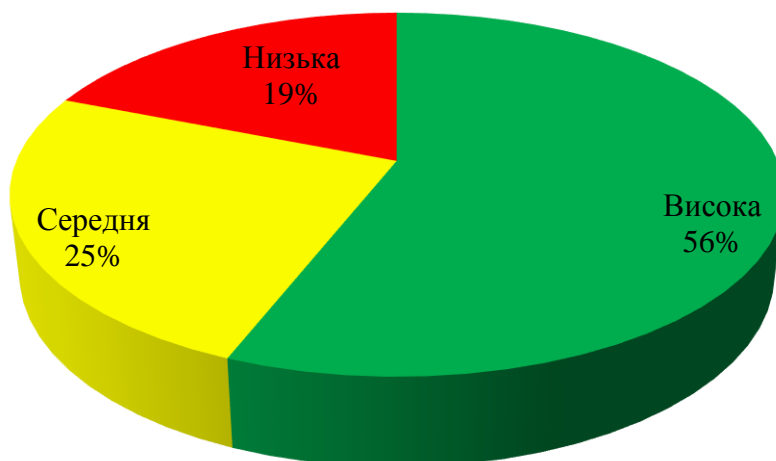


Рис. 2. Частка рівнів безпеки, що присвоєні параметрами розділу «Неструктурна безпека»

Модуль 4. Підготовка і реагування на НС

В даному модулі розглядаються питання рівня підготовки організаційної системи, персоналу і найважливіших підрозділів лікарні до надання допомоги пацієнтам в процесі реагування на НС або стихійного лиха. Модуль складається з 7 підмодулів, які включають в себе 40 параметрів.

4.1. Координація діяльності з управління в умовах НС та лих

4.2. Планування заходів з підготовки, реагування та ліквідації наслідків НС та лих

4.3. Зв'язок і управління інформацією

4.4. Людські ресурси

4.5. Логістика і фінансування

4.6. Догляд за пацієнтами і допоміжні служби

4.7. Евакуація, знезараження і охорона

В процесі оцінки були вивчені ряд питань таких як: плани реагування на НС, документи, що відображають діяльність Комісії з НС, підготовка персоналу до дій у разі виникнення НС, наявність і стан резервів, і т.п..

Висновок: В результаті обробки даних оцінки програмою «Обчислювач індексу безпеки» було встановлено, що Індекс безпеки даного компонента безпеки дорівнює 0,82 (рис.3).

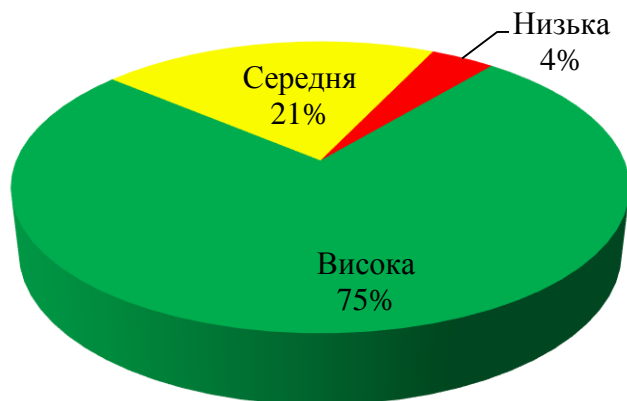


Рис. 3. Частка рівнів безпеки, що присвоєні параметрами розділу «Підготовка і реагування на НС»

Діаграма рівнів безпеки, що присвоєні розділу «Підготовка та реагування на НС» (рис. 4) вказує, що частка параметрів, оцінених з низьким рівнем безпеки становить 4%, з середнім рівнем безпеки – 21% і відповідно з високим рівнем безпеки – 75%. Таким чином, лікарня в частині що стосується підготовки до реагування на НС відноситься до групи «а», що вказує на високий рівень безпеки.

Загальний висновок

1. Інформація, зібрана в процесі оцінки і згодом задокументована в оціночних формулярах, була оброблена за допомогою комп'ютерної програми «Обчислювач індексу безпеки», в результаті чого встановлено, що індекс безпеки лікарні дорівнює 0,76, а індекс уразливості відповідно 0,24. Водночас (рис. 4), індекс структурної безпеки дорівнює 0,84 (індекс уразливості – 0,16), індекс неструктурної безпеки дорівнює 0,64 (індекс уразливості – 0,36), а індекс рівня підготовки і реагування на НС дорівнює 0,82 (індекс уразливості – 0,18).

Виходячи з того, що величина Індексу безпеки знаходиться в діапазоні 0,65-1,00, відповідно до використовуваної методології, лікарня належить до групи «А» безпеки. У той же час необхідно відзначити що, якщо в частині що стосується структурної безпеки і управління НС лікарня належить до групи «а» безпеки, то в частині не структурної безпеки лікарня належить до групи «б» безпеки.

Таким чином, ДКП на ПХВ ЛШМД відноситься до групи А (аба), що вказує на те що її безпеку до НС і лих знаходиться на високому рівні за виключенням неструктурної безпеки яка знаходиться на середньому рівні.

2. Аналіз індексу і рівнів безпеки окремих компонентів безпеки лікарні (Рис. 7, Табл.) вказує на те, що найбільша кількість проблем також відносяться до розділу «не структурна безпека» Таким чином, при розробці заходів по зміцненню безпеки Лікарні цьому компоненту необхідно приділити основну увагу.

3. Порівняльний аналіз індексу безпеки лікарні, в порівнянні з 2012 роком (рис. 8) вказує, що за даний період індекс безпеки виріс на 10 пунктів (з 0,66 до 0,76).

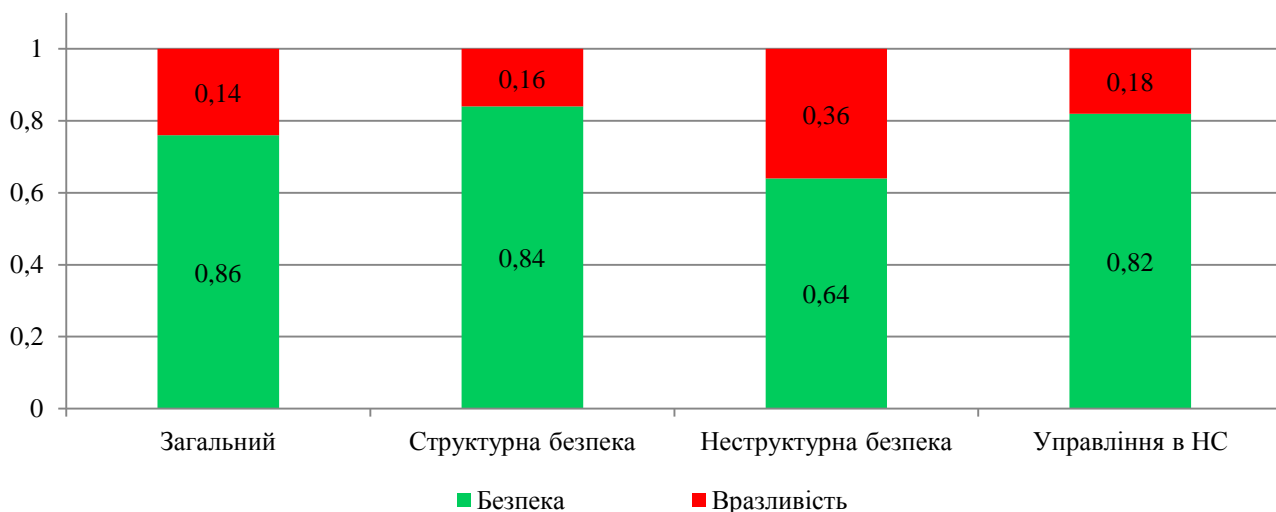


Рис. 4. Індекс безпеки лікарні

Таблиця

Частка рівнів безпеки, що присвоєні параметрам різних компонентів безпеки Лікарні

Модуль \ Рівень безпеки	Низький	Середній	Високий
Структурна безпека	-	24%	76%
Неструктурна безпека	19%	25%	56%
Підготовка и реагування на НС	4%	21%	75%

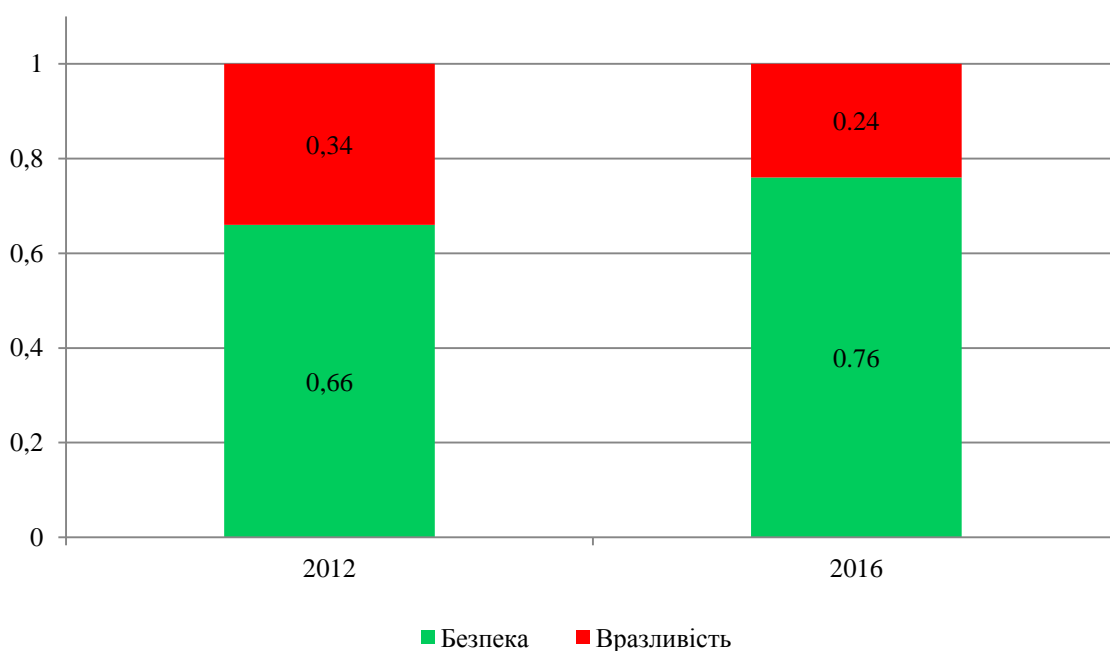


Рис. 8. Індекс безпеки Лікарні в 2016 році в порівнянні з 2012 роком

Пропозиції щодо зміцнення безпеки Лікарні

Виходячи з результатів, отриманих в процесі оцінки, оціночна команда рекомендує керівництву лікарні здійснити наступні заходи:

а. Структурна безпека

Вжити заходів щодо попередження проникнення дощових вод до фундаменту будівлі головного корпусу. Всі роботи по ремонту, переплануванню, розширенню, часткового розбирання споруд і т.п. здійснювати тільки на підставі проекту, розробленого на підставі технічної експертизи і діючих нормативних актів.

б. Неструктурна безпека.

Вивчити можливість збільшення числа підрозділів підключених до запасного електрогенератора. Встановити на території лікарні ємність (резервуар, цистерна) для зберігання питної води. Встановити в відділеннях лікарні систему швидкого оповіщення про небезпеку.

с. Підготовка та реагування на НС.

Регулярно оновлювати і вдосконалювати План лікарні з реагування на НС.

Проводити інструктивні заняття з усіма новопризначеними членами Комісії з надзвичайних ситуацій щодо їх службових обов'язків.

Планувати, організувати і регулярно проводити тренування і навчання з персоналом лікарні з відпрацювання дій у разі загрози або виникнення НС.

Передбачити в бюджеті лікарні фінансові кошти спеціально призначені для їх використання в НС.

Висновки

Аналіз джерел наукової інформації та проведені власні дослідження дозволяють висновок, що нормативно-правове забезпечення безпеки лікарень в системі підпорядкування МОЗ України та територіальних органів управління охороною здоров'я застаріле і потребує приведення у відповідність з вимогами сьогодення та світовими стандартами.

Перспективи подальших досліджень

Провести аналіз недоліків нормативно-правового забезпечення та створити нормативно-правову базу Безпеки лікарень в державі при ліквідації наслідків НС воєнного, техногенного, природного та соціального та опрацювати механізми військово-цивільного співробітництва у системі цивільного захисту населення.

Література

1. *Виживання в умовах надзвичайних ситуацій* (монографія). Гур'єв С. О., Волянський П. Б., Барило О. Г., Долгий М. Л., Євсюков О. П., Іскра Н. І., Михайлов В. М., Потерайко С. П., Терент'єва А. В. / Х.: ФОП Панов А. М., 2016. С. 189.
2. *Державне управління та державна служба у сфері цивільного захисту* / Гур'єв С.О., Волянський П.Б., Іскра Н.І. та ін. // Вінниця: ТОВ «Видавництво-друкарня ДІЛО», 2014.
3. *Запровадження медичної складової «Кодексу цивільного захисту населення»* м. Київ / Гур'єв С.О., Рошчін Г.Г., Печиборщ В.П., Михайловський М.М. Сандрацький М.Г., Мостіпан О.О. // Конгрес «Проблемні питання медицини невідкладних станів: теоретичні та практичні їх аспекти», Доповідь 23-24 квітня 2015 р. м. Київ
4. *Концептуальні аспекти розробки науково-обґрунтованих сучасних принципів організації надання ЕМД населенню зон НС природного та техногенного характеру* (стаття у фаховому виданні ВАК України) / Рошчін Г.Г., Гур'єв С.О., Печиборщ, В.П., Близнюк М.Д., Сличко І.Й., Іскра Н.В., Михайловський М.М., Гонтаренко В.О. // Матеріали наукового симпозиуму з міжнародною участю "Актуальні питання медицини невідкладних станів" 1-2 квітня 2014 р. Вінниця 2014. Тез.доп. С.114-115
5. *Медичний та біологічний захист за умов надзвичайних ситуацій* (монографія). Гур'єв С. О., Близнюк М. Д., Волянський П. Б., Гафарова М. Т., Долгий М. Л., Іскра Н. І., Крилюк В. О., Кузьмін В. Ю., Матяш В. І., Сацик С. П., Терент'єва А. В. / Х.: ФОП Панов А. М. 2016. С. 324.
6. *Наукове обґрунтування нормативного забезпечення реалізації вимог "Положення про єдину державну систему медичного захисту"*. / Рошчін Г.Г., Гур'єв С.О., Печиборщ, В.П., Близнюк М.Д., Сличко І.Й. Михайловський М.М., Кузьмін В.Ю. // Матеріали наукового симпозиуму з міжнародною участю "Актуальні питання медицини невідкладних станів" 1-2 квітня 2014 р. Вінниця 2014. Тез.доп. С. 115-118
7. *Нормативно-правове забезпечення реформування системи медичного захисту населення за умов надзвичайних ситуацій в Україні. Стан та проблеми реалізації.* / Гур'єв С.О., Печиборщ В.П., Терент'єва А.В., Михайловський М.М. // Матеріали 16-ї Всеукраїнської науково-практичної конференції рятувальників. К. 2014. Тез. доп. С. 88-90.
8. *Проблеми нормативно-правового забезпечення медичного захисту населення України від НС соціального та воєнного походження за умов локальних збройних конфліктів.* (стаття у фаховому виданні ВАК України) / Гур'єв С.О., Терент'єва А.В., Печиборщ, В.П., Михайловський М.М. // Матеріали 16-ї Всеукраїнської науково-практичної конференції рятувальників. К. 2014. Тез. доп. С. 90-92.

Дата поступлення рукопису до редакції: 19.02.2018 р

Особенности определения безопасности больниц в системе гражданской обороны населения

Печиборщ В. П.¹, Якимець В. М.², Крохмалюк Л.В.³, Сацик С.П.¹, Якимець В.В.⁴

- ¹ГУ «Украинский научно-практический центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Министерства здравоохранения Украины»
²ГНУ «Центр инновационных медицинских технологий НАН Украины»
³ГУ "Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины"
⁴ООО «Органосин ЛТД»

Цель работы: представить особенности определения безопасности больниц в системе гражданской обороны населения.

Методология оценки: оценка проведена с использованием методологии «Индекс Безопасности

Больницы» разработанной Пан-Американской Организацией здравоохранения и со временем усовершенствованной и рекомендованной ВОЗ для всех стран мира.

Результаты. В статье рассматривается состояние нормативно-правового обеспечения Безопасности больниц в государстве, анализируется деятельность и изучение этого вопроса в развитых зарубежных странах. Представлена система постоянно действующей оценки безопасности больниц (медицинских учреждений) по методике изучения индекса безопасности, как механизма управления рисками во время ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций военного, техногенного, социального, природного характера и террористических угроз.

Ключевые слова: безопасность больниц, индекс безопасности, управление рисками, чрезвычайные ситуации.

Special features of the evaluation of hospitals security in the system of population civil protection

Pechyborsh V.P.¹, Yakymets V.M.², Krokhmalyuk L.V.³, Satsyk S.P.¹, Yakymets V.V.⁴

¹SI "Ukrainian scientific and practical center of emergency medical care and disaster medicine of the Ministry of Health of Ukraine"

²SCI "Center of Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine"

³PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MH of Ukraine"

⁴LLC "Organosin LTD"

Goal of research: present the features of hospitals security evaluation in the system of civil protection of the population.

Methodology of evaluation: The assessment was conducted with application of methodology "Hospital Safety Index" developed by Pan-American Health Organization and later improved and recommended for all countries of the world by WHO.

Results. The article deals with the state of the normative and legal provision of the safety of hospitals in the State, analyzes the activity and study of this experience in developed foreign countries. The system of constantly evaluating the safety of hospitals (medical institutions) is based on the methodology for determining the index of safety as a mechanism for risk management in overcoming the health consequences of emergencies of war, social, natural, man-made and terrorist threats.

Key words: safety of hospitals, safety index, risk management, emergency situations.

Відомості про авторів

Печиборщ Вячеслав Петрович – д. мед. н., доцент, Заслужений лікар України; завідувач відділом ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»; вул. Мечникова, 24, м. Київ, 04050, Україна.

Якимець Володимир Миколайович – д. мед. н., професор, Заслужений лікар України; заступник директора ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»; вул. Смірнова-Ласточкина, 22, м. Київ, 04053, Україна.

Сацик Сергій Петрович – к.мед.н., ст.н.сп. завідувач відділом ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»; вул. Мечникова, 24, м. Київ, 04050, Україна..

Крохмалюк Любомир Володимирович – пошукувач ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Якимець Володимир Володимирович – к.мед.н., регіональний менеджер ТОВ «Органосін ЛТД»; офісний центр «Флора парк», вул. Сікорського, 8, м. Київ, 04112, Україна.

УДК 614.212:616-08-036.8

О.І. Сердюк, О.А. Короп, Н.В. Просоленко, В.І. Крупеня, Б.А. Рогожин

Методологічні аспекти аналізу інтегральної ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Мета – обґрунтування методологічних аспектів аналізу інтегральної ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу.

Методи: статистичний, аналітичний, експертний, системного аналізу та системного підходу.

Результати. Розроблена методологічна модель аналізу ефективності діяльності закладів охорони здоров'я з визначенням пріоритетів, мети їх діяльності щодо досягнення певного рівня якості роботи за кожним пріоритетом, критеріїв ефективності діяльності та методів дослідження медичної, соціальної та економічної ефективності. Визначені об'єкти (пріоритети) щодо аналізу ефективності діяльності закладу охорони здоров'я представлені 3 складовими – пацієнтами, закладами охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та фінансами цих закладів охорони здоров'я.

Висновки. Важливою особливістю оцінки інтегральної ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, є її визначення методом дослідження соціальної, медичної та економічної ефективності. Наведені методологічні аспекти вивчення інтегральної ефективності, що є основним інструментом забезпечення реалізації управлінських рішень, відповідають вимогам доказової медицини, здійснюються з використанням методології системного підходу і методів системного аналізу і максимально відображають реальний комплексний стан організації діяльності закладів охорони здоров'я.

Ключові слова: інтегральна ефективність, заклади охорони здоров'я, первинна медична допомога.

Вступ

В сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я в Україні особливої уваги набувають питання оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, що, в широкому сенсі визначає комплексну характеристику потенційних і реальних результатів їх функціонування та міру відповідності цих результатів головним цілям системи охорони здоров'я. У вузькому сенсі під ефективністю діяльності медичного закладу розуміється міра досягнення встановлених для цього закладу цілей з урахуванням витрат на їх виконання. З урахуванням уявлень, що склалися в теорії і практиці охорони здоров'я, специфіка оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я полягає в їх спрямованості на досягнення інтегральної (медичної, соціальної і економічної) ефективності [1–4].

Медична ефективність щодо конкретного хворого відображає ступінь досягнення медичного результату, медична ефективність системи охорони здоров'я (і медичних закладів, як складових системи) відображає динамічні зміни основних показників здоров'я населення (захворюваності, поширеності хвороб, смертності, народжуваності та інвалідності). Соціальна ефективність розглядається як ступінь досягнення соціального результату і, щодо конкретного хворого – це повернення хворого до активного життя в суспільстві, задоволеність медичною допомогою та відсутність обґрунтованих скарг на організацію і надання медичної допомоги. Економічна ефективність полягає в досягненні максимального ефекту

діяльності закладів охорони здоров'я при мінімальних затратах їх фінансових ресурсів.

Актуальність оцінки інтегральної ефективності діяльності медичних закладів в сучасних соціально–економічних умовах обумовлена необхідністю раціоналізації витрат, що розглядається як вимога забезпечення якості надання медичної допомоги населенню і є невід'ємною частиною комплексної системи бюджетування і планування галузі охорони здоров'я [5].

Мета дослідження – обґрунтування методологічних аспектів аналізу інтегральної ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу.

Матеріали і методи

Для проведення дослідження використано звітні статистичні матеріали щодо діяльності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу. Об'єктом дослідження визначена система якості медичної допомоги, предметом дослідження – інтегральна оцінка ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу. Методи дослідження: статистичний, аналітичний, експертний, системного аналізу та системного підходу.

Результати

З урахуванням мети та основних завдань функціонування національної системи охорони здоров'я

нами розроблена методологічна модель аналізу ефективності діяльності закладів охорони здоров'я з визначенням пріоритетів, мети їх діяльності щодо досягнення певного рівня якості роботи за кожним пріоритетом, критеріїв ефективності діяльності та методів дослідження медичної, соціальної та економічної ефективності (рис.). Визначені об'єкти (пріоритети) щодо аналізу ефективності діяльності закладу охорони здоров'я представлені 3 складовими – пацієнтами, закладами охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та фінансами цих закладів охорони здоров'я.

Основними критеріями медичної ефективності діяльності медичного закладу щодо пацієнта є досягнення певних результатів медичної допомоги, що визначалось із застосуванням статистичного, аналітичного методів і методу експертних оцінок. Критерієм соціальної ефективності діяльності закладів загальної практики – сімейної медицини, що вивчено із використанням соціологічних методів (опитування, анкетування) визначено задоволеність пацієнтів доступністю та якістю медичної допомоги, його повернення до активного життя в суспільстві та відсутність обґрунтованих скарг на організацію і надання медичної допомоги. Критерієм

економічної ефективності, що аналізується економічними методами досліджень, визначено витрати коштів на надання необхідної медичної допомоги пацієнту (як співвідношення до нормативних витрат).

Медична ефективність системи охорони здоров'я (і медичних закладів, як складових системи) відображала динамічні зміни основних показників здоров'я населення (захворюваності, поширеності хвороб, смертності, народжуваності та інвалідності) і визначалась статистичним, аналітичним методами, методом експертних оцінок та структурно-функціональним аналізом діяльності закладів охорони здоров'я. Крім того, медична ефективність визначалась за ступенем впровадження новітніх медичних технологій, можливістю надання спеціалізованої медичної допомоги в медичних закладах, що надають первинну медичну допомогу та оптимізації медичних маршрутів пацієнтів між рівнями надання медичної допомоги.

Коефіцієнт медичної ефективності ($K_{ме}$) діяльності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу певного регіону розраховувався за наступною формулою:

$$K_{ме} = \frac{\text{Кількість закладів, де визначені позитивні зміни в наданні медичної допомоги та покращились основні показники здоров'я населення}}{\text{Загальна кількість досліджених закладів охорони здоров'я}}$$

Соціальна ефективність організації діяльності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу визначена за матеріалами опитування керівників обласних, міських та районних органів і закладів охорони здоров'я щодо організації первинної медико-санітарної допомоги, а також сімейних лікарів з питань оцінки стану, змін та одержання пропозицій щодо покращення організації первинної медико-санітарної допомоги

населенню та її розвитку в сучасних умовах реформування охорони здоров'я на засадах загальної практики – сімейної медицини. За коефіцієнт соціальної ефективності ($K_{се}$) було прийняте відношення кількості респондентів, що визначили покращення організації первинної медичної допомоги за період розвитку і функціонування загальної практики – сімейної медицини до загальної кількості відповідей опитаних респондентів:

$$K_{се} = \frac{\text{Кількість респондентів, що визначили покращення медичної допомоги в закладах загальної практики – сімейної медицини}}{\text{Загальна кількість відповідей}}$$

Для визначення економічної ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу використано економічний аналіз, який полягав в зіставленні витрат і отриманого ефекту і проводився за наступними напрямками – аналізом витрат та оцінкою використання ресурсів. Згідно завданням щодо розробки та широкого використання економічних методів оцінки діяльності закладів загальної практики – сімейної медицини нами було розроблено та апробовано спосіб економічної оцінки їх діяльності з використанням результатів структурно-функціонального аналізу, яка здійснювалась за моделлю «витрати – результати» та потребувала вивчення певних медико-статистичних показників (кількість відвідувань, консультацій, лабораторних досліджень) та економічних коефіцієнтів (вартість 1 відвідування, 1 консультації, 1 лабораторного дослідження).

Програма вивчення економічної ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу включала наступні напрями – випробування різних економічних методів, які в сучасний період застосовуються в охороні здоров'я; аналіз вихідної медико-статистичної інформації, яка придатна для економічних розрахунків; обчислення перехідних коефіцієнтів, які необхідні для визначення економічних показників з використанням клініко-статистичних та статистичних матеріалів, зокрема коефіцієнтів складності; обґрунтування та розробку відповідних математичних формул для визначення економічних показників з урахуванням особливостей вихідної медичної інформації та мети економічної оцінки; порівняльну оцінку економічних показників і використання їх для економічного аналізу та інтегральної оцінки діяльності закладів охорони здоров'я.

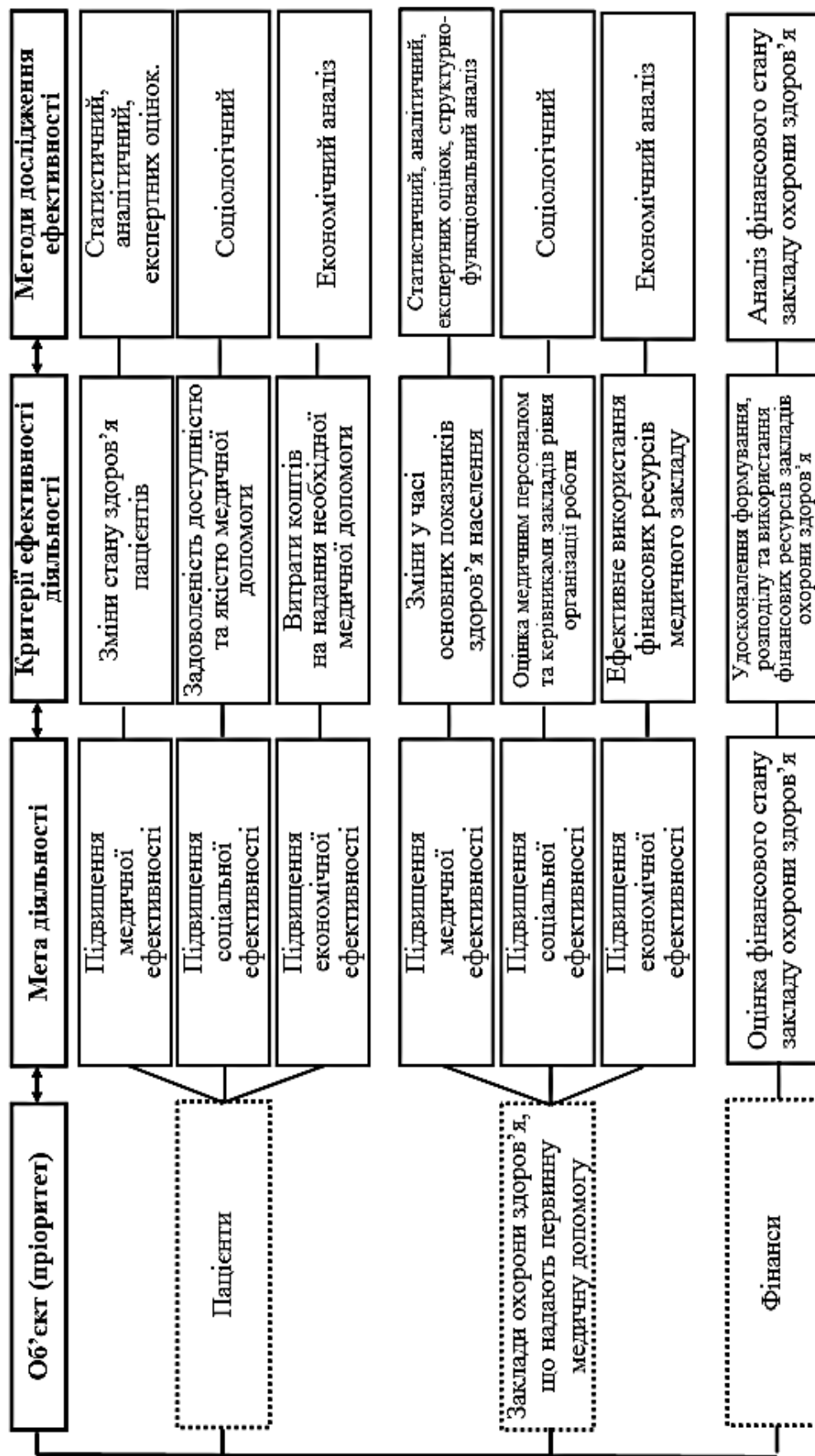


Рис. Методологічна модель аналізу ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, що надають ПМД

В методичку дослідження для розробки та опрацювання економічних методів управління розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини входили – порівняльна оцінка економічних показників діяльності сімейного лікаря; економічний аналіз діяльності різних типів закладів загальної практики-сімейної медицини; економічна оцінка надання медичної допомоги населенню на первинному, вторинному та третинному рівнях; порівняльна оцінка економічної ефективності первинної медико-санітарної допомоги до і після створення закладів загальної практики-сімейної медицини.

В якості матеріалів для опрацювання економічних методів використано оперативну інформацію з моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини; звітні статистичні матеріали щодо діяльності закладів загальної практики-сімейної медицини; результати експертної оцінки якості та ефективності їх роботи; матеріали планово-економічних відділів органів та закладів охорони здоров'я; дані вітчизняної та зарубіжної літератури з питань розробки економічних методів управління та їх використання.

За результатами нашого дослідження визначено економічні методи та коефіцієнти, які є найбільш оптимальними та придатними для застосування в практиці закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу. Перший з них – метод визначення витрат на лікування хворого з урахуванням клініко-статистичних груп, як відомо найбільш достовірний метод для лікувально-профілактичних закладів взагалі. За даними наших розрахунків, цей метод може бути застосований не тільки з використанням клініко-статистичних груп, а й груп динамічного спостереження (груп здоров'я) та кількості відвідувань хворого на одне звернення з приводу певного захворювання.

Друге по значенню місце, за результатами експертної оцінки, займає коефіцієнт співвідношення фактичних і нормативних витрат на лікування хворого у сімейного лікаря. Інформація для обчислення цього коефіцієнту в певній мірі може бути одержана з нової моделі моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, а більш точно – за результатами спеціального медико-економічного дослідження за відповідною програмою. Значна роль коефіцієнта співвідношення фактичних і нормативних витрат полягає не тільки для економічного аналізу, але й для визначення та оцінки інтегрального коефіцієнта ефективності лікування хворих у медичному закладі загальної практики – сімейної медицини.

Найбільш повний облік та використання вихідних матеріалів потребує метод визначення вартості лікування хворого з урахуванням усіх витрат. Цей метод є найбільш складним, має відповідну складну математичну формулу, але результати таких розрахунків дають найбільш достовірну економічну оцінку.

Певну роль має методика визначення вартості одного відвідування хворим закладу загальної практики – сімейної медицини. В сукупності з іншими економічними методами вона є обов'язковою для економічної оцінки на всіх рівнях надання медичної допомоги – первинному, вторинному та третинному. Методи визначення витрат на лікування одного хворого у денному стаціонарі та стаціонарі вдома є теж складними і, також, потребують великої кількості вихідних даних. Але результати таких розрахунків необхідні для комплексної оцінки стаціонарозамінюючих форм лікування хворих в умовах пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги.

Коефіцієнт економічної ефективності (K_{ee}) вираховувався шляхом відношення нормативних витрат до фактичних витрат на одного хворого або на певне число хворих:

$$K_{ee} = \frac{\text{Нормативні витрати на лікування 1 хворого або на певне число хворих}}{\text{Фактичні витрати на лікування 1 хворого або на певне число хворих}}$$

Коефіцієнт інтегральної ефективності (K_{ie}) надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу є добутком

коефіцієнтів медичної, соціальної та економічної ефективності і обчислюється за формулою:

$$K_{ie} = K_{me} \times K_{se} \times K_{ee}$$

Аналіз різних аспектів інтегральної ефективності має бути покладено в основу реалізації управлінських рішень – формування стандартів і нормативів медичної допомоги, вибору стратегії організації і розподілу ресурсів, забезпечення бюджетної стійкості закладу охорони здоров'я.

Пріоритетна мета діяльності медичного закладу відносно фінансів, основним методом дослідження яких є аналіз фінансового стану закладу охорони здоров'я, полягала в оцінці фінансового стану закладу охорони здоров'я за основними критеріями – удосконаленням формуванням, розподілом та використанням фінансових

ресурсів (собівартістю, безбитковістю і рентабельністю відвідувань пацієнтами закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, ефективністю використання основних фондів медичного закладу, що оцінюється фондомісткістю і ефективністю трудових витрат, що визначається продуктивністю праці медичного персоналу). Також, в якості пріоритетних цілей поліпшення внутрішніх економічних процесів в медичному закладі доцільно визначити ефективність трудових витрат та ефективність інвестицій в підвищення кваліфікації персоналу і розвиток закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу.

Відповідно, основними показниками оптимізації внутрішніх бізнес-процесів є трудомісткість і витрати, відшкодування витрат та прибутки на інвестиції.

Висновки

1. Важливою особливістю оцінки інтегральної ефективності діяльності закладів охорони здоров'я є її визначення методом дослідження трьох основних складових – соціальної, медичної та економічної ефективності. Медична та соціальна ефективність, які відображають рівень досягнення клінічних результатів і задоволеності населення якістю медичної допомоги, є визначальними в подальшому розвитку організації надання медичної допомоги та впровадження новітніх медичних технологій. Аналіз економічної ефективності та фінансовий аналіз є інструментами забезпечення максимального соціального та медичного ефекту при мінімальних фінансових витратах і необхідні для вибору найбільш оптимальних варіантів фінансування закладів охорони здоров'я.

2. Наведені методологічні аспекти вивчення інтегральної ефективності діяльності закладів охорони

здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, відповідають вимогам доказової медицини, здійснюються з використанням максимально рандомізованих груп дослідження та використанням методології системного підходу і методів системного аналізу, клінічних та інших матеріалів (статистичні, експертні, соціологічні, економічні дослідження) і максимально відображають реальний комплексний стан організації діяльності закладів охорони здоров'я.

3. Оцінка інтегральної ефективності та фінансовий аналіз діяльності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, є основним інструментом забезпечення реалізації управлінських рішень – формування стандартів і нормативів медичної допомоги, вибору стратегії організації і розподілу ресурсів, забезпечення бюджетної стійкості закладу охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з удосконаленням методологічних підходів до вивчення інтегральної ефективності та фінансової стійкості закладів загальної практики – сімейної медицини в процесі реформування галузі охорони здоров'я.

Література

1. *Карамішев Д.В.* Сутність розуміння ефективності управління системою охорони здоров'я в сучасних умовах / Д.В.Карамішев, Н.М.Удовиченко [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/db/2008-1/doc/2/03.pdf>.
2. *Матюха Л.Ф.* Підходи до оцінки ефективності лікарської практики з надання первинної медичної допомоги / Л.Ф. Матюха, Н.В. Медведовська. – Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 2 (43). – С.140-142.
3. *Медяник Д.І.* Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я / Д.І.Медяник, В.О.Липчанський. – Наукові записки, вип.19, 2016. – С.22-29.
4. *Спосіб інтегральної оцінки розвитку системи охорони здоров'я адміністративного району в умовах впровадження і функціонування сімейної медицини* / Короп А.Ф., Зайцев О.М., Короп О.А., Жиліна Ю.В. – Реєстр галузевих нововведень (випуск 30-31). – К. – 2009. – С.160.
5. *Шевченко В.А.* Проблеми оцінки ефективності управління закладами охорони здоров'я в Україні / В.А. Шевченко. – Східноукраїнський інститут економіки та управління. – Запоріжжя: ГО «СІЕУ», 2017. – 136 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.03.2018 р.

Методологические аспекты анализа интегральной эффективности деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медицинскую помощь

*А.И. Сердюк, О.А. Короп,
Н.В. Просолонко В.И. Крупеня, Б.А. Рогожин*
Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Цель работы – обосновать методологические аспекты анализа интегральной эффективности

деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медицинскую помощь.

Методы: статистический, аналитический, экспертный, системного анализа и системного подхода.

Результаты. Разработана методологическая модель анализа эффективности деятельности учреждений здравоохранения с определением объектов (приоритетов) анализа, целей их деятельности по достижению определённого уровня качества работы по каждому приоритету, критериев эффективности деятельности и методов исследования медицинской, социальной и экономической эффективности. Основные объекты

(приоритеты) анализа эффективности деятельности учреждения здравоохранения представлены 3 составляющими – пациентами, учреждениями здравоохранения, оказывающих первичную медицинскую помощь и финансами этих учреждений здравоохранения.

Выводы. Важной особенностью оценки интегральной эффективности деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медицинскую помощь, является её определения методом исследования социальной, медицинской и экономической эффективности. Приведённые методологические аспекты изучения интегральной эффективности, являются основным инструментом обеспечения реализации управленческих решений, отвечающих требованиям доказательной медицины, осуществляются с использованием методологии системного подхода и методов системного анализа и максимально отражают реальное комплексное состояние организации деятельности учреждений здравоохранения.

Ключевые слова: интегральная эффективность, учреждения здравоохранения, первичная медицинская помощь.

Methodological aspects of the analysis of the integrated effectiveness of health care institutions providing primary health care

*A.I. Serdyuk, O.A. Korop,
N.V. Prosolenko V.I. Krupenya, B.A. Rogozhin*
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate
Education, Kharkiv, Ukraine

The aim of the work is to substantiate the methodological aspects of the analysis of the integrated effectiveness of the health care institutions providing primary medical care.

Methods: statistical, analytical, expert, system analysis and systems approach.

Results. A methodological model for analyzing the effectiveness of healthcare institutions with the definition of the objects (priorities) of analysis, the objectives of their activities to achieve a certain level of quality of work for each priority, performance criteria and methods for investigating medical, social and economic efficiency. The main objects (priorities) for analyzing the effectiveness of the health care institution are presented by three components – patients, health care institutions providing primary health care and the finances of these health facilities.

Conclusions. An important feature of the assessment of the integrated effectiveness of health care institutions providing primary health care is its determination by the method of social, medical and economic efficiency research. The methodological aspects of the study of integrated effectiveness are the main tool for ensuring the implementation of management decisions that meet the requirements of evidence-based medicine, implemented using the methodology of the system approach and methods of system analysis and reflect the real complex state of the organization of health care institutions.

Key words: integral effectiveness, health care institutions, primary medical care.

Відомості про авторів

Сердюк Олександр Іванович – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти; вул. Корчагінців, 58, м. Харків, 61176, Україна.

Короп Олег Андрійович – д.мед.н., проф. кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти; вул. Корчагінців, 58, м. Харків, 61176, Україна.

Просоленко Наталія Василівна – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти; вул. Корчагінців, 58, м. Харків, 61176, Україна.

Крупеня Володимир Ілліч – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти; вул. Корчагінців, 58, м. Харків, 61176, Україна.

Рогожин Борис Анатолійович – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти; вул. Корчагінців, 58, м. Харків, 61176, Україна.

УДК 312.6:616-053.3.004.12

Г.О.Слабкий¹, Ю.Ю.Габорець², О.О.Дудіна²

Характеристика захворюваності дітей першого року життя

¹Ужгородський національний університет

²Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Мета роботи – вивчити та проаналізувати показники захворюваності дітей першого року життя.

Матеріали та методи. При проведенні дослідження використано дані галузевої статистичної звітності за період 2013-2017 років. Використано статистичний та бібліосемантичний методи.

Результати та обговорення. Встановлено зростання показників як частоти хворих новонароджених (+8,3%) так і захворюваності дітей першого року життя (+3,1%).

Висновки. Зростання показників захворюваності дітей першого року життя вимагає впровадження на рівні держави цільових профілактичних програм.

Ключові слова: діти, перший рік життя, захворюваність, показники, структура.

Найбільш критичним віковим періодом, який характеризується особливостями морфологічних, функціональних і біологічних змін, що виникають під час адаптації дитини до умов позаутробного життя, є період новонародженості [1]. Негативна тенденція частоти гінекологічної патології, злоякісних новоутворень жіночих статевих органів, зростання екстрагенітальних захворювань вагітних закономірно вплинули на стан плода, для якого материнський організм є зовнішнім середовищем, що повністю забезпечує внутрішньоутробний розвиток. В свідомо патологічних умовах зростання плід має підвищений ризик розвитку патології і під час пологів, і в постнатальному житті [2, 4].

Однією з провідних характеристик і найбільш об'єктивним показником здоров'я новонароджених, що має кореляційний зв'язок з очікуваною тривалістю життя і малюковою смертністю, є їх фізичний розвиток, зокрема за параметром маси тіла при народженні, оскільки маса тіла дитини, що народилася, характеризує умови внутрішньоутробного розвитку плода і є інтегральним показником стану репродуктивного здоров'я жінки, перебігу гестаційного процесу та якості життя матері. Саме тому число народжених дітей з низькою масою тіла (менше 2500 г) експерти ВООЗ вважають об'єктивним критерієм соціально-економічного благополуччя населення. При цьому надзвичайно важливо, що даний параметр об'єктивний за своєю природою і може визначатися на рівні популяції [6].

Найбільш вразливими серед мало вагових дітей є новонароджені з «дуже малою» масою тіла при народженні. Такі діти мають найбільший ризик смерті і перинатальної захворюваності серед усіх передчасно народжених дітей, найвищий ризик віддалених несприятливих наслідків, у тому числі інвалідизацію. В цілому показники частоти маловагових дітей залишаються високими при підйомній тенденції до збільшення –5,48% у 2013 р. і 5,7%, у 2017 р. [1, 3]

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

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

Мета роботи – вивчити та проаналізувати показники захворюваності дітей першого року життя.

Матеріали та методи

При проведенні дослідження використано дані галузевої статистичної звітності за період 2013-2017 років. Використано статистичний та бібліосемантичний методи.

Результати та обговорення

В ході дослідження встановлено, що в Україні за останні 5 років динаміка частоти хворих новонароджених, які мали масу тіла при народженні 500 г і більше мала негативну тенденцію – 149,9 на 1000 народжених живими у 2013 р. і 162,34 у 2017 р. Збільшення показника на 8,3 %. Тривожним є все ще високий рівень тяжких, що суттєво впливають на якість подальшого життя і спричиняють інвалідизацію дітей, уроджених аномалій, деформацій та хромосомних порушень (26,04%) та перинатальних станів – сепсису новонароджених (0,67 %), інфекцій, специфічних для перинатального періоду (9,08%), неонатальної жовтяниці (36,45%) та інших порушень церебрального статусу новонародженого (26,72%).

Визначальним як в загальному розвитку дитини, так і в формуванні його здоров'я є перший рік життя, який характеризується особливо високими темпами фізичного,

нервово-психічного розвитку, функціонального дозрівання органів і систем. Встановлено, що на першому році життя істотний вплив на стан здоров'я мають біологічні чинники, а саме перебіг вагітності, здоров'я батьків, фізіологічна зрілість тощо.

Незважаючи на широке впровадження в діяльність закладів охорони здоров'я України сучасних

перинатальних технологій, виключно грудного вигодовування, захворюваність дітей до одного року життя за період 2013-2017 рр. мала несприятливу тенденцію і підвищилася з 1450,7 на 1000 дітей, що досягли одного року життя у 2013 р. до 1495,37 у 2017 р. (на 3,1 %) (рис. 1.)

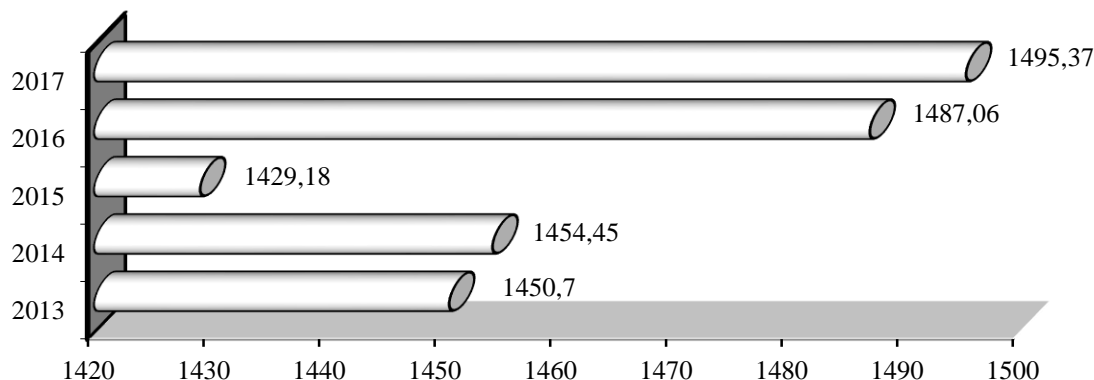


Рис. 1. Динаміка захворюваності дітей першого року життя в Україні у 2013–2017 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

Провідними причинами цього є несприятливі соціально-економічні та екологічні чинники, а також погіршення здоров'я батьків і новонароджених. Негативна тенденція захворюваності дітей на першому році життя відбулася в основному за рахунок приросту хвороб органів травлення (9,08%), органів дихання (5,91%), в меншій мірі за рахунок приросту природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (1,24%), окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (0,97%) та органів травлення (0,55%). Разом з цим, відзначаються

позитивні зрушення в зниженні захворюваності дітей цього контингенту ендокринними хворобами, розладами харчування та порушеннями обміну речовин (темп убутку 8,62%), деякими інфекційними та паразитарними хворобами (4,53%), хворобами нервової системи (2,96%), ока та його придаткового апарату (2,82), хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (2,58%), хвороби вуха та соскоподібного відростка (1,74%) (табл.).

Таблиця
Динаміка захворюваності дітей першого року життя за основними класами хвороб в Україні у 2013–2017 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

Клас хвороб	2013	2014	2015	2016	2017	Темп приросту, %
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	34,69	32,80	33,6	31,5	33,12	-4,53
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	70,45	71,24	69,3	70,07	68,63	-2,58
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	39,46	41,1	37,94	36,66	36,06	-8,62
Хвороби нервової системи	62,79	62,40	62,2	60,66	60,93	-2,96
Хвороби ока та його придаткового апарату	52,05	51,76	51,8	50,85	50,58	-2,82
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	26,46	27,01	26,2	25,38	26,0	-1,74
Хвороби органів дихання	810,37	812,22	793,1	855,72	858,25	5,91
Хвороби органів травлення	51,55	53,21	54,44	54,9	56,23	9,08
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	66,7	67,23	66,64	64,73	67,07	0,55
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	44,98	45,97	45,9	45,87	45,54	1,24
Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	137,17	136,02	133,1	136,17	138,5	0,97

Високий рівень захворюваності дітей першого року життя зумовлений високим рівнем хвороб органів дихання (858,7) та окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (138,5), які займають провідні місця у структурі захворюваності дітей першого року життя. Упродовж останніх 5-ти років захворюваність дітей першого року життя підвищилася в 15 регіонах з найбільшим темпом приросту (10,3%-13,9%) у Львівській, Київській і Запорізькій областях, за винятком м. Києва та Закарпатської області, де утримується тенденція до зростання цього показника. На достатньо низькому рівні (1003,7 і 1057,15) при позитивній динаміці у 2017 р. (темпер убитку 6,6% та 8,1%), утримується захворюваність немовлят лише у Тернопільській і Черкаській областях. Водночас на високому, більше 1700,0 при негативній тенденції, утримується захворюваність дітей першого

року життя у Житомирській, Запорізькій, Івано-Франківській та Рівненській областях.

Структура захворюваності дітей першого року за роки дослідження не змінюється. Перші рангові місця займають хвороби органів дихання (57,4%), окремі стани, що виникають у перинатальному періоді (9,3%), хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (4,6%), хвороби нервової системи (4,1%), органів травлення (3,67%) (рис.2).

Наразі в Україні функціонує комплексна система профілактики, спрямована на зменшення ризику формування негативних змін стану здоров'я дітей, впроваджується система корекції і підтримки їхнього здоров'я через систему первинної медико-санітарної допомоги, здійснюється впровадження медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю.

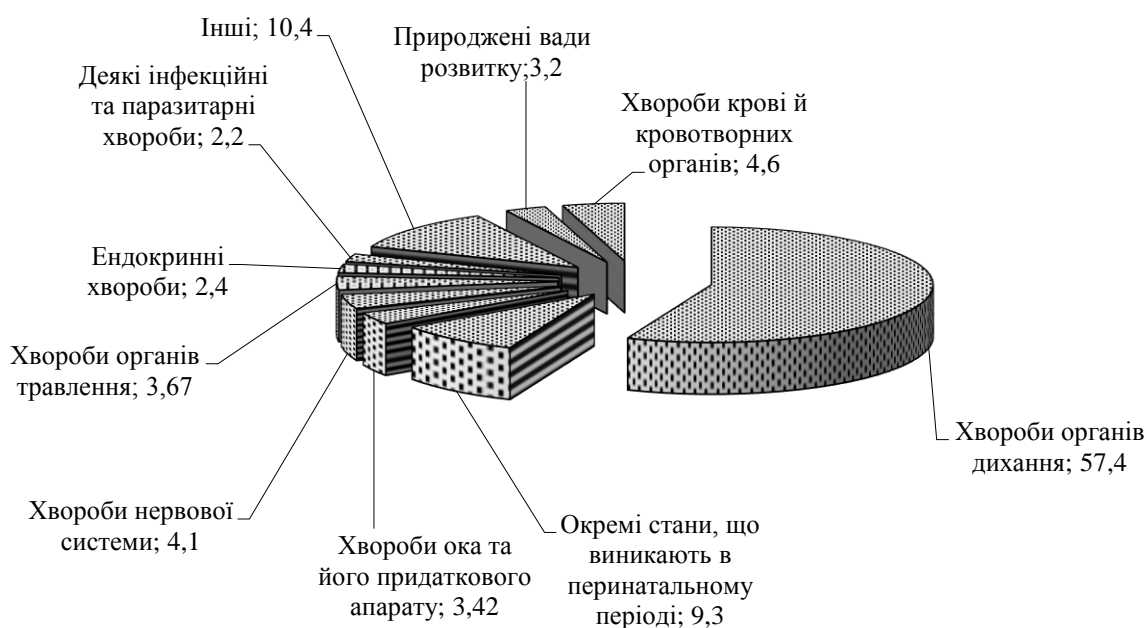


Рис. 2. Структура захворюваності дітей першого року життя за деякими класами хвороб у 2017 р. (%)

Висновки

В Україні за останні 5 років динаміка частоти хворих новонароджених, які мали масу тіла при народженні 500 г і більше збільшилася на 8,3 %. Структуру хвороб новонароджених складають уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення (26,04%) та перинатальні стани – сепсис новонароджених (0,67 ‰), інфекції, специфічні для перинатального періоду (9,08‰), неонатальна жовтяниця (36,45‰) та інші порушення церебрального статусу новонародженого (26,72‰).

Захворюваність дітей до одного року життя за період 2013-2017 рр. мала несприятливу тенденцію і

підвищилася з 1450,7 на 1000 дітей, що досягли одного року життя у 2013 р. до 1495,37 у 2017 р. (на 3,1 %).

Перші рангові місця в структурі захворюваності дітей першого року займають хвороби органів дихання (57,4%), окремі стани, що виникають у перинатальному періоді (9,3%), хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (4,6%), хвороби нервової системи (4,1%), органів травлення (3,67%).

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням поширеності хвороб серед дітей першого року життя.

Література

1. *Габорець Ю. Ю.* До забезпечення права на життя новонароджених недоношених дітей / Ю. Ю. Габорець, О. О. Дудіна // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – С. 103–110.
2. *Дудіна О. О.* Сучасний стан захворюваності вагітних і новонароджених / О. О. Дудіна // Здоров'я нації. – 2013. – № 2. – С. 9–15.
3. *Дудіна О. О.* Сучасні перинатальні технології – важлива складова поліпшення здоров'я дітей / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко, Р. О. Моїсеєнко // Современная педиатрия. – 2015 – № 4. – С. 24–29.
4. *Дудіна О. О.* Деякі проблеми репродуктивного здоров'я населення України / О. О. Дудіна, Р. О. Моїсеєнко // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 3–4 (7–8). – С. 28–34.
5. *Дудіна О. О.* Перші результати впровадження заходів національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 1. – С. 5–12.
6. *Терещенко А. В.* Аналіз системи моніторингу і оцінювання регіоналізації перинатальної допомоги у різних країнах світу / А. В. Терещенко, О. О. Дудіна, Р. О. Моїсеєнко // Здоров'я жінки. – 2014. – № 10 (96). – С. 43–49.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.04.2018 р.

Характеристика захворюваності дітей першого года жизни

Г.А. Слабкий¹, Ю.Ю. Габорець², Е.А.Дудіна²

¹Ужгородський національний університет,
г. Ужгород, Україна

²ГУ «Український інститут стратегічних досліджень МЗ України», г. Київ, Україна

Цель – изучить и проанализировать показатели заболеваемости детей первого года жизни.

Материалы та методи. Использовано данные отраслевой статистической отчетности за 2013-2017 гг. Использовано статистический и библиосемантический методы.

Результаты и обсуждение. Показано увеличение частоты больных новорожденных (+8,3%) и заболеваемости детей первого года жизни (+3,1%).

Выводы. Увеличение показателей требует внедрения на уровне государства целевых профилактических программ.

Ключевые слова: дети, первый год жизни, заболеваемость, показатели, структура.

Characteristics of infants' morbidity in the first year of life

G.O. Slabkiy¹, Yu.Yu. Gaborets², E.A. Dudina²

¹Uzhhorod National University
²PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Purpose – to study and analyze the indices of morbidity among infants of the first year of life.

Materials and methods. The data of branch statistical reporting for the years 2013-2017 were used. Statistical and biblio-semantic methods were applied.

Results and discussion. Increase of the frequency of sick newborns (+8.3%) and morbidity among the infants of the first year of life (+3.1%) is demonstrated.

Conclusions. The increase of indices requires the implementation of target prophylactic programs at the level of State.

Key words: infants, first year of life, morbidity, indices, structure.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олександрович – д.мед.н., проф., зав. кафедри громадського здоров'я факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Собранецька, 148, м. Ужгород, Україна.

Дудіна Олена Олександрівна – к.мед.н., зав. відділом ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Габорець Юрій Юрійович – к.мед.н., пошукувач ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

До формування робочих навчальних програм підготовки майбутніх спеціалістів з громадського здоров'я

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

Мета. Узгодити сучасну технологізацію навчання майбутніх спеціалістів з громадського здоров'я з класикою лікарської практики.

Матеріали і методи. Матеріалом і методами слугували авторські розробки з теоретичних та методичних питань формування системи охорони громадського здоров'я.

Результати та висновки. Викладена думка авторів щодо поєднання глибинних знань про здоров'я і хворобу з сучасним блоком технологічних знань у підготовці спеціалістів з громадського здоров'я. Дається поглиблений погляд на діагностику хвороб у людини, їх розгляд у невід'ємності із середовищем їх життєдіяльності, можливість оцінки останнього в одиницях здоров'я населення.

Ключові слова: хвороба, діагностика, громадське здоров'я, медична підготовка.

Вступ

Проблема підготовки спеціалістів з громадського здоров'я багатоаспектна, ураховуючи багатоаспектність поняття «громадське». Постійно нарощується технологізація суспільства відбивається водночас на технологізації мислення учнів – майбутніх лікарів, їх цільовому формуванні [1]. Проте не слід забувати, що термін «врач» похідний від давньо-слов'янського «вррр» – «нашептувати», «спілкуватися», «дізнаватися», аби полегшити стан хворого.

Мета. Узгодити сучасну технологізацію навчання майбутніх спеціалістів з громадського здоров'я з класикою лікарської практики.

Матеріали і методи. Матеріалом і методами слугували авторські розробки з теоретичних та методичних питань формування системи охорони громадського здоров'я [2, 3].

Результати дослідження та їх обговорення

Людина по-різному відчуває факти власного стану (скарги на різні прояви нездоров'я, поганий стан, дискомфорт тощо) в тлумаченні «добре-погано», які свідчать про неадекватність – брак звичних відчуттів, брак або зайвність чогось.

За змістом це результує невідповідність стану людини (його життєпридатності, діє-, працездатності та гарантоздібностей) до вимог, які висуває до нього середовище існування.

В окремих випадках вимогою постає дія якогось певного фактора ризику для збереження здоров'я і життя, в інших – вже існуюча передхвороба або хвороба у розквіті (за ім'ям, що дало суспільство певному переліку ознак спостережуваного стану, яке діагностує лікар).

За наведеними підставами хворобу можна розглядати (поза «якості здоров'я на певному проміжку

життя») як «інформаційний» портрет і, водночас, як «інформаційне утворення» із закладеною оціночною думкою, міркуваннями діагноста – лікаря загальної практики або спеціаліста, про стан конкретного пацієнта.

В чинних оціночних судженнях завжди проявлений зв'язок взаємовідносин людини і середовища в термінах (за відповідним змістом): «загроза», «вирок», «деформація», «збуреність», які відбивають факт неспрацювання (або неадекватності) реакції об'єкта (людини, населення) на сигнал.

Отже, тоді хвороба постає як сигнал про неблагополуччя, за яким криється біологічне або соціоекологічне (зазвичай, спільне) неблагополуччя, нездоров'я. У цьому сигналі ВСЕ – всі аспекти соціоекологічного (економічного, родинного, психічного, статусного, національного, етнічного, територіального тощо) та біологічного (стать, вік, спадковість, анатомічні викривлення тощо), їх сполучність – за способом життя (вибором поведінки, реакції на зворотну дію від неї – бумеранг, тощо).

Тобто, постає завдання щодо правильного тлумачення сигналу з наступним усуненням (корекцією) чинників, що викликали його.

В сучасній медицині будь-який лікар шляхом спрямованого хімічного, психічного або фізичного впливу на пацієнта, тобто лікуванням, викривляє або усуває сигнал. Проте причина, від якої він похідний, дуже часто залишається. Скарги у пацієнта відновлюються і він знову приходиться до лікаря.

Профілактикою із використанням вибору (чинної поведінки) пацієнта медицина примушує людину витратити життєву енергію (зусилля) на підтримку умов власного існування. Наведеним та іншими профілактичними методами медицина сприяє формуванню штучного середовища (неприродного), а у ньому – підтримки джерел нездоров'я/хвороб.

Створюється замкнене коло, яке не тільки сприяє збереженню вже накопичених у цьому середовищі (у людини, населення) хвороб, а й виникненню і розвитку нових хвороб (СНІД, його аналоги тощо) або оновлених форм давніших патологій.

Провідний негатив традиційної медицини – у факті розгляду окремої людини (як «тіла») поза зв'язків з його оточенням, середовищем існування.

Проти цього виступали початковці сучасної медицини – Гіппократ, Ерозістрат, Герофіллі та багато інших видатних медиків, які самі «бачили» і вимагали такого ж «бачення» людини – у його невід'ємності від середовища: «лікар, спочатку вивчи повітря, воду, місцевість, традиції, побут, ендемічність та епідемічність регіону і лише потім починай приймати пацієнтів, берись за їх лікування».

Саме з цих причин соціальні умови в даний час лише частково і обмежено піддаються управлінню.

Вирішення наведених питань – за інтегральним виміром якості середовища та його складових не в одиницях впливу на здоров'я, а в одиницях здоров'я населення.

В Україні чинні розробки існують давно, з часів незалежності [2]. Їх слушно залучати для поточної і стратегічної оцінки якості життєпридатності місць проживання населення з боку збереження здоров'я і життя, якості побудованої в них системи охорони здоров'я з урахуванням адекватності її структури до їх здоров'я та релевантності її функцій до їх статево-вікового складу. В цих розробках також докладно висвітлені питання комплексного спостереження за захворюваністю, перебігом хвороб та їх наслідками: смертністю, дожиттям, середньою та граничною тривалістю життя, чинними ризиками, методами регулювання напряму та сили дії факторів, від яких вони похідні.

Література

1. *Стандарт* вищої освіти України за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я», Київ, МОН України, 2018 / Схвалено на засіданні підкомісії «Громадське здоров'я» науково-методичної комісії МОН України з охорони здоров'я та соціального забезпечення 3 лютого 2018 р.
2. *Таралло В.Л.* Здоров'я населення: інформаційно-методичне забезпечення прогнозованого управління. Чернівці, 1996. – 175 с.
3. *Слабкий Г.О., Таралло В.Л., Грицюк М.І.* Інтеграція експериментальних, клінічних та соціально-медичних наукових досліджень // Україна. Здоров'я нації, 2017. – №3 (44). – С. 262-265.

Належить ще раз зазначити: хвороба є сигналом, який несе за незалежним дешифруванням (діагнозом) функцію повідомлення. Отже, саме у пізнанні і тлумаченні змісту повідомлення (за докладними ознаками змісту – симптомами та синдромами проявів стану пацієнта) постає провідне призначення лікаря. Виходячи з цього, не тільки за вузькомедичним змістом повідомлення (лікар вузької спеціалізації), а й в системі більш ширших координат – «людина – навколишнє середовище» (лікар загальної практики) та суто фахового підходу – з урахуванням психіки пацієнта, ситуації, пов'язаної з хворобою, та якістю осередку існування належить всебічно впливати на збереження здоров'я людини, населення, лікування їх хвороб, бути духовним наставником, а також стати організатором перетворень у середовищі їх існування. Все це узгоджується в професії лікаря і разом реалізується в поточній практиці.

В теперішніх умовах це не є неогіпокрatismом. З урахуванням розвитку нових умов існування населення (із запровадженням безлічі нових технологій) шляхом «соціального впровадження» єдиної системи управління здоров'ям людини та середовищем її існування належить переформатувати також і підготовку сучасного спеціаліста з громадського здоров'я.

Висновки

1. Підготовка студентів і лікарів – майбутніх спеціалістів з громадського здоров'я, повинна бути внутрішньо глибоко узгодженою з традиційною (національною!) практикою підготовки лікарів загальної практики.

2. Суттєву роль у підготовці спеціалістів громадського здоров'я відіграє усвідомлення ними неподільної єдності здоров'я людини (населення) і середовища їх існування та життєдіяльності.

Дата поступлення рукопису до редакції: 01.03.2018 р

**К формированию рабочих учебных программ
подготовки будущих специалистов
по общественному здоровью**

В.Л.Таралло

Буковинский государственный медицинский
университет, г. Черновцы, Украина

Цель. Сопоставить современную технологизацию обучения будущих специалистов с общественного здоровья с классической врачебной практикой.

Материалы и методы. Материалами методами служили авторские разработки с теоретических и методических вопросов формирования системы охраны общественного здоровья.

Результаты и выводы. Изложено представление авторов о неотъемлемости в подготовке специалистов по общественному здоровью традиционной системы обучения будущих врачей и современной технологизации учебного процесса. Рассмотрены аспекты системной диагностики состояний пациентов, их болезней с учетом среды их жизнедеятельности, возможность измерения последней в единицах здоровья населения.

Ключевые слова: болезнь, диагностика, общественное здоровье, медицинская подготовка.

**To the issues of developing syllabi of instruction
for training specialists in public health**

V.L.Tarallo

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Goal of research. Coordinate the modern technologies of training specialists in public health with classic medical practices.

Materials and methods. Theoretical and methodological articles of the author on the issues of public health system formation were applied as material and methods of the study.

Results and conclusions. The authors view of the inherency of traditional system of teaching the future doctors and modern technologies of the education in the process of training specialists in public health. Aspects of systemic diagnostics of patients' state and their diseases, taking into account the environment of their vital activity, and possibility of measuring this environment in health units.

Key words: disease, diagnostics, public health, medical training.

Відомості про автора

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

УДК 616.441-008.6:616.13:616.36-098

С.В. Фейса

Терапевтичні можливості корекції субклінічного гіпотиреозу у пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки та порушенням вуглеводного обміну

Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

Мета – вивчити вплив корекції тиреоїдного статусу за допомогою левотироксину, йоду та селену на динаміку лабораторних показників, які характеризують стан печінки, щитоподібної залози та ліпідного обміну, у пацієнтів із субклінічним гіпотиреозом та неалкогольною жировою хворобою печінки на фоні порушень вуглеводного обміну.

Методи дослідження. Використано клінічні, лабораторні, інструментальні, розрахункові та статистичні методи. Обстежено 72 пацієнтів із НАЖХП та порушеннями вуглеводного обміну, що мали супутній субклінічний гіпотиреоз. Залежно від корекції тиреоїдного статусу, всі хворі поділені на 4 групи.

Результати. У пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки та субклінічним гіпотиреозом рівень ТТГ знижувався не лише під впливом замісної терапії левотироксином, а й за умови призначення йоду та селену. Корекція харчового раціону за допомогою дієти і йосену, який містить йод та селен, супроводжувалася кращою динамікою зниження ТТГ та, на відміну від замісної терапії левотироксином, добре переносилася хворими.

Висновки. Субклінічний гіпотиреоз може супроводжувати неалкогольну жирову хворобу печінки та потребує обов'язкової терапевтичної корекції з метою досягнення еутиреозу, а також для більш ефективного гіполіпідемічного та гепатопротекторної дії основного лікування. Оптимальним шляхом корекції тиреоїдного статусу у таких пацієнтів є харчовий раціон з достатньою кількістю йоду та селену і додатковим вживанням йосену.

Ключові слова: неалкогольна жирова хвороба печінки, порушення вуглеводного обміну, субклінічний гіпотиреоз, йод, селен, левотироксин, корекція тиреоїдного статусу, харчовий раціон.

Вступ

Субклінічний гіпотиреоз – клінічний синдром, при якому визначаються нормальні показники гормонів щитовидної залози (ЩЗ) у поєднанні з підвищеним рівнем тиреотропного гормону (ТТГ) та безсимптомним перебігом або з мінімальними проявами тиреоїдної недостатності [1]. За даними різних авторів [1, 3, 9, 10, 16], поширеність субклінічного гіпотиреозу (СГ) коливається від 1,2 до 15% і є різною серед різних вікових та гендерних когорт населення. Серед загальної популяції СГ зустрічається у близько 6%, що значно перевищує частоту клінічно явного гіпотиреозу (0,3-1,1%) [3, 16], і зростає у регіонах, де є дефіцит йоду та селену [16]. Ендемічною щодо дефіциту йоду є і Закарпатська область, що зумовлює актуальність даного дослідження [3]. Актуальним є не стільки поширеність самого субклінічного гіпотиреозу, як його поєднання з іншими хворобами, оскільки у більшості пацієнтів, що лікуються у сімейних лікарів та лікарів-терапевтів, найчастіше є не одна патологія, а поєднання декількох [7, 15]. Близько 90% пацієнтів лікаря сімейної медицини, вік яких понад 45 років, мають 2 і більше захворювань [15], а тяжкість фатальних серцево-судинних прогнозів асоційована із наявністю супутньої патології [7]. Коморбідність (поєднання патологій) визнана однією із найсерйозніших проблем сучасної медицини та є справжнім викликом медичного сьогодення [7].

Прикладом типової коморбідності є неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП), яка майже завжди виникає у хворих з ожирінням, часто комбінується з цукровим діабетом, а також іншими порушеннями обміну (вуглеводного (предіабет), ліпідного, пуринового) [14]. Поширеність НАЖХП, за даними ультразвукового дослідження (УЗД), у загальній популяції складає 25-30%, причому у чоловіків вона зустрічається у 2 рази частіше, ніж у жінок [14]. У порівнянні з представниками загальної популяції, хворі на цукровий діабет 2 типу (ЦД-2) страждають НАЖХП значно частіше: поширеність цього захворювання серед осіб з порушеннями вуглеводного обміну перевищує 75% [14]. За даними [4], у 16,7% пацієнтів з НАЖХП спостерігається субклінічний гіпотиреоз. НАЖХП у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД-2) або предіабет (ПД) на фоні гіпотиреозу – коморбідна патологія, коли симптоми кожного захворювання взаємно обтяжуються та утворюють замкнене коло [4, 6–8, 11]. Гіпотиреоз поглиблює порушення вуглеводного обміну та патологічні зміни в печінці, а гепатологічні порушення підсилюють клініку гіпотиреозу і негативно впливають на ліпідний та вуглеводний обмін [11–13]. Цукровий діабет, в свою чергу, веде до обтяження перебігу як гіпотиреозу, так і НАЖХП [7]. Незважаючи на стертість клінічних проявів, НАЖХП є серйозною хворобою, оскільки корелює із маркерами субклінічного атеросклерозу, що приводить до підвищення кардіо-васкулярного ризику [12, 14].

Суперечливими є погляди науковців на потребу в лікуванні субклінічного гіпотиреозу. Немає єдиних рекомендацій щодо ведення СГ та доцільності призначення медикаментозного лікування цього стану. З точки зору багатьох вітчизняних вчених [1, 2], СГ – лише лабораторний синдром, що не супроводжується клінічними проявами та, відповідно, не потребує лікування. Проте, з огляду на часте прогресування СГ в клінічно виражений (маніфестний) гіпотиреоз, та беручи до уваги значно підвищений кардіоваскулярний ризик таких пацієнтів, останнім часом з'явилося багато публікацій про необхідність медикаментозної корекції СГ. Згідно Клінічної настанови European Thyroid Association (ETA) (2013 р.) [16], гіпотиреоз асоціюється із значно зниженою чутливістю тканин до інсуліну, що доведено у багатьох клінічних дослідженнях [16]. Явний гіпотиреоз та, можливо, СГ асоційований із інсулінорезистентністю, і є компонентом метаболічного синдрому [16]. У осіб з підтвердженим цукровим діабетом 2 типу, із змінами глікемічного профілю (предіабет) слід визначати рівень ТТГ сироватки крові, оскільки у них можлива наявність СГ чи інших проблем з боку ЩЗ [16]. Згідно з рекомендаціями ETA, у осіб до 65 років із рівнем ТТГ в межах 4,0–10,0 мОД/л за наявності симптомів гіпотиреозу доцільно розглядати питання замісної терапії левотироксином [16], хоча немає доказів ефективної терапії левотироксином у осіб з СГ та надмірною масою тіла чи ожирінням. Ці ж рекомендації ETA наголошують, що у осіб з ЦД-2 і предіабетом обов'язково треба досліджувати рівень ТТГ та вільного Т4, а терапія СГ левотироксином здатна знизити рівень загального холестерину (ЗХ) та ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), хоча нормалізація ліпідного профілю досягається рідко. Для осіб, молодших 65 років із рівнем ТТГ вищим за 10 мОД/л замісна терапія левотироксином рекомендована навіть при відсутності симптомів, в той час як для осіб старшого віку (80-85 років) із СГ рекомендовано обирати тактику спостереження (wait-and-see strategy) та уникати гормонального лікування. Згідно цих же рекомендацій (ETA, 2013 р.) [16], препаратом вибору є левотироксин, оскільки нема доказів щодо переваг застосування трийодтироніну або комбінації трийодтироніну з тироксином при СГ. Згідно результатів рандомізованого плацебо-контрольованого дослідження TRUST (2017 р.) [10], метою якого було вивчення ефективності призначення тироксину (в порівнянні з плацебо) при СГ, доцільність замісної гормонотерапії є обґрунтованою у різних когортах пацієнтів з СГ.

Беручи до уваги патогенетичний зв'язок гіпотиреозу, в тому числі субклінічного, з дефіцитом в організмі йоду [17], обґрунтованим є його призначення з метою корекції гіпофункції ЩЗ. Крім того, в патогенезі НАЖХП ведучою ланкою вважається «теорія двох ударів» з активацією перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та пригніченням антиоксидантного захисту (АОЗ) [14], а у виникненні захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) важливе місце посідає дефіцит йоду, що майже завжди комбінується із недостатністю селену [12], тому використання такого потужного антиоксиданту як селен у

комплексній терапії НАЖХП із супутнім гіпотиреозом заслуговує на прискіпливу увагу медичної спільноти. Селен є складовою частиною багатьох білків, ліпосахаридів і ферментів, що входять до складу різних клітин. Він необхідний для синтезу йодовмісних гормонів ЩЗ, тому боротьба з дефіцитом йоду неможлива на фоні селенового голоду [9]. Згідно з рекомендаціями American Thyroid Association щодо лікування гіпотиреозу (2016 р.), дієтичне харчування пацієнтів з ГТ, окрім йоду, повинне містити, 100-200 мкг селену щоденно [9].

Незважаючи на інтерес світової медичної спільноти до даної проблеми, Уніфікований протокол надання медичної допомоги при неалкогольному стеатогепатиті (Наказ МОЗ України №826 від 06.11.2014 р.) не містить вказівок щодо використання антиоксидантів, а уніфіковані рекомендації по лікуванню гіпотиреозу у дорослих взагалі відсутні. Дослідження щодо зв'язку СГ з підвищенням КВР, погіршення перебігу та прогнозу коморбідної патології при СГ, та щодо доцільності лікування супутнього гіпотиреозу, в Україні не проводилися.

Значна поширеність в популяції та негативний взаємний вплив на клінічний перебіг зумовлюють актуальність роботи та доцільність дослідження вказаної коморбідної патології.

Мета роботи – вивчити вплив комплексного лікування, що включає корекцію тиреоїдного статусу за допомогою левотироксину, калію йодиду та селену, на динаміку лабораторних показників, які характеризують стан печінки, щитоподібної залози та ліпідного обміну, у пацієнтів із субклінічним гіпотиреозом та неалкогольною жировою хворобою печінки на фоні порушень вуглеводного обміну (цукрового діабету 2 типу, предіабету).

Методи дослідження

Дослідження виконувалося на кафедрі терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет» із дотриманням вимог Гельсінської Декларації, згідно із затвердженим етичною комісією протоколом дослідження.

Обстежено 408 хворих з НАЖХП, з яких 215 пацієнтів мали НАЖХП на фоні порушень вуглеводного обміну (предіабету або ЦД-2). З них відібрано 72 хворих з виявленим супутнім субклінічним гіпотиреозом (32 особи мали ЦД-2, 40 – предіабет (ПД)). Діагноз цукрового діабету 2 типу/предіабету підтверджувався згідно критеріїв American association of clinical endocrinologists and American college of Endocrinology (ACE/ACE) (2015 р.) [5] та критеріїв експертного комітету з діагностики та класифікації ЦД (2012). Критерії предіабету: підвищення глюкози натще 5,6-6,9 ммоль/л (плазма); порушення толерантності до глюкози: глікемія натще $\leq 7,0$ ммоль/л, постпрандіальна глікемія через 2 години 7,8–11,0 ммоль/л, HbA1C 5,7–6,4 %. Діагноз НАЖХП встановлювався згідно діагностичних критеріїв [14].

Алгоритм обстеження пацієнтів включав: опитування та фізикальний огляд, аналіз крові, активність

аланін-амінотрансферази (АЛТ), аспартат-амінотрансферази (АСТ), рівень глюкози в венозній крові натще, пероральний тест толерантності до глюкози, глікозильований гемоглобін (HbA1C) та ліпидограму (загальний холестерин, тригліцериди, ЛПНЩ, ЛПВЩ, ЛПДНЩ, коефіцієнт атерогенності (КА)), рівень тиреотропного гормону (ТТГ), тироксину та трийодтироніну в крові; ультразвукове обстеження печінки та ЩЗ; розрахунок індексу накопичення жиру в печінці (LAP – Lipid Accumulation Products) [14], оцінку кардіоваскулярного ризику (КВР) за допомогою Risk calculator (ACC/AHA ASCVD Risk calculator). Лабораторні показники визначалися з використанням гематологічного аналізатора «Digicell-800», біохімічного аналізатора «COBAS MIRA Plus» та «KONE». Для оцінки функціонального стану ЩЗ проводилося визначення вільного тироксину ($T_{4в}$) та ТТГ сироватки крові імунохемілюмінесцентним методом за допомогою автоматичної системи Roche Hitachi Cobas e411 (Швейцарія, Японія). Субклінічний гіпотиреоз діагностувався при рівні ТТГ сироватки крові в межах 4,01–10,0 МОД/л (норма (еутиреоз) – 0,4–4,0 МОД/л).

Кожному із включених у дане дослідження пацієнтів рекомендовано модифікацію способу життя: збільшення рухового навантаження (мінімум 30 хвилин прогулянок пішки щодня) та корекцію харчового раціону для нормалізації вуглеводного обміну. З метою зменшення маси тіла рекомендовано дотримуватися правильного режиму харчування: їжу приймати 5 разів на добу (3 основні прийоми та 2 перекуси), обмежити вживання легкозасвоюваних вуглеводів та жиру, також рекомендовано вживати достатню кількість питної води. Добовий калораж кожного пацієнта був зменшений на приблизно 15%.

Всі пацієнти із діагностованим ЦД-2 отримували гіпоглікемічну терапію у вигляді метформіну 1000 мг, що є препаратом із доведеним ефектом зниження інсулінорезистентності (ІР). Крім того, їм призначалися омега-3 поліненасичені жирні кислоти (ПНЖК) в дозі 1000 мг на добу та есенціальні фосфоліпіди (препарат Есенціале форте Н) по 2 капсули 3 рази на добу або альфа-ліпоева кислота (АЛК) (перорально) по 600 мг на добу, а також розувастатин в дозі 10 мг на добу. Пацієнти з

НАЖХП на фоні предіабету отримували аналогічну терапію, за винятком метформіну.

Відповідно до корекції тиреоїдного статусу, всі пацієнти були поділені на 4 групи: А, Б, В, Г. До групи А увійшло 12 хворих (4 – з ЦД-2, 8 – з ПД), яким призначався левотироксин в дозі 50 мкг/добу, за потреби збільшуючи дозу на 25 мкг/добу кожні 14–21 день до досягнення замісної дози (близько 1,5 мкг/кг/добу) [10, 16], левотироксин вживався лише вранці натщесерце, за 1 годину до прийому їжі або перед нічним сном більше ніж через 2 години після останнього прийому їжі. До групи Б включено 20 хворих (10 – з ЦД-2, 10 – з ПД), яким з метою корекції тиреоїдного статусу призначався Йодомарин (Берлін Хемі Менаріні) в дозі 150 мкг на добу (в формі калію йодиду). До групи В включено 20 пацієнтів (9 – з ЦД-2, 11 – з ПД), яким проводилася корекція харчового раціону щодо достатнього вмісту в ньому йоду та селену з додатковим призначенням харчової добавки Йосен виробництва ТОВ «Омніфарма» (Київ, Україна), що містить калію йодат – 0,253 мг (еквівалент 150 мкг йоду) та натрію селеніт – 0,167 мг (еквівалент 75 мкг селену). До групи Г було включено 20 осіб з СГ та НАЖХП (9 на фоні ЦД-2, 11 – на фоні ПД), яким не проводилася жодна корекція тиреоїдного статусу (ні медикаментозна, ні харчова). Контрольною була група, що складалася з 25 практично здорових осіб (ПЗО), які за віком та статтю були порівнюваними із групами А, Б, В та Г. Статистична обробка результатів виконувалася за допомогою програми «Statistica 10.0» з попереднім створенням бази даних в таблицях Excel. При оцінці ефективності лікування порівнювалися показники через 6 місяців та через 12 місяців після початку терапії з показниками на момент початку дослідження (базовими показниками), при цьому зміни вважали достовірними при $p \leq 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

В результаті проведеного лікування у всіх групах пацієнтів відбулося затихання цитолітичного та мезенхімально-запального синдромів з боку печінки, спостерігалось покращення вуглеводного та ліпідного обмінів, що свідчило про позитивну динаміку лікування. Динаміка змін деяких лабораторних показників представлена в таблиці.

Таблиця
Динаміка змін деяких лабораторних показників під впливом різних схем комплексного лікування пацієнтів з субклінічним гіпотиреозом та неалкогольною жировою хворобою печінки на фоні порушень вуглеводного обміну

Показник		Група А	Група Б	Група В	Група Г	ПЗО
Тиреотропний гормон (ТТГ), МОД/л	До початку	6,47±1,32	6,48±1,16	6,22±1,57	6,35±1,8	2,07±1,13
	Через 6 міс	3,78±0,65	5,49±1,42	4,87±1,05	5,95±1,45	
	Через 12 міс	3,42±0,47	4,35±1,12	3,56±0,67	5,88±0,92	
	p 0-6	≤0,05				
	p 0-12	≤0,05	≤0,05	≤0,05		

Продовження таблиці

Загальний холестерин, ммоль/л	До початку	6,25±1,27	6,22±1,52	6,28±1,18	6,27±1,21	4,03±0,66
	Через 6 міс	5,02±1,04	5,51±1,21	5,11±1,07	5,68±1,08	
	Через 12 міс	4,22±0,89	4,92±1,03	4,13±0,65	5,04±0,87	
	p 0-6					
	p 0-12	≤0,05		≤0,05		
Тригліцериди, ммоль/л	До початку	5,03±1,05	4,82±1,18	4,78±0,98	4,9±0,87	1,84±0,26
	Через 6 міс	3,22±0,75	3,85±1,07	3,4±0,65	4,2±0,65	
	Через 12 міс	1,91±0,32	2,8±0,75	2,05±0,28	3,8±0,34	
	p 0-6	≤0,05		≤0,05		
	p 0-12	≤0,05	≤0,05	≤0,05		
ЛПВЩ, ммоль/л	До початку	0,91±0,33	0,93±0,37	0,9±0,35	0,92±0,42	2,27±1,76
	Через 6 міс	1,24±0,35	1,2±0,28	1,31±0,22	1,18±0,32	
	Через 12 міс	1,32±0,22	1,28±0,3	1,46±0,27	1,24±0,25	
	p 0-6					
	p 0-12			≤0,05		
АЛТ, МО/л	До початку	48,17±4,72	49,12±5,18	47,05±4,13	45,03±4,83	15,08±2,56
	Через 6 міс	37,5±11,87	36,6±10,78	39,9±8,56	38,25±7,42	
	Через 12 міс	24,07±6,42	28,5±4,23	21,72±3,57	30,72±11,3	
	p 0-6					
	p 0-12	≤0,05	≤0,05	≤0,05		
АСТ, МО/л	До початку	28,13±5,18	28,57±7,13	22,03±5,12	24,51±4,17	12,87±3,14
	Через 6 міс	23,9±8,99	25,05±6,61	21,8±5,42	22,35±4,8	
	Через 12 міс	18,54±3,75	18,08±5,32	14,56±4,32	19,89±3,6	
	p 0-6					
	p 0-12			≤0,05		

Примітки: p 0-6 – достовірність змін лабораторних показників через 6 місяців після початку лікування в порівнянні з базовими на початку лікування; p 0-12 – достовірність змін лабораторних показників через 12 місяців після початку лікування в порівнянні з базовими на початку лікування; p≤0,05 – достовірні зміни показників в динаміці; пуста клітинка – відсутність достовірних змін

Як видно із таблиці, в результаті комплексного лікування рівень тиреотропного гормону (ТТГ) знижувався лише в тих групах, де проводилася корекція тиреоїдного статусу (А, Б, В) і майже не змінився (p>0,05) в пацієнтів групи Г, де вона нічим не коригувалася. Вже через 6 місяців після початку лікування рівень ТТГ під впливом левотироксину (група А) достовірно знизився, на відміну від інших груп, де також спостерігалася зниження цього показника, проте зміни були недостовірними. Через 12 місяців зниження ТТГ вже було достовірним (в порівнянні з початком лікування) в групах А, Б та В, причому в групі В динаміка була більш значною, ніж в групі Б, не відрізняючись достовірно від групи А. Тобто, в даного контингенту пацієнтів рівень ТТГ знижувався не лише під впливом замісної терапії левотироксином (група А), а й за умови призначення йодомарину (група Б) та йосену (група В), причому корекція харчового раціону за допомогою йосену супроводжувалася кращою динамікою зниження ТТГ, що може свідчити про те, що причиною даного СГ є саме комбінований дефіцит йоду та селену (ймовірніше за все ендемічний). Слід відмітити, що у групі А призначення левотироксину супроводжувалося характерними побічними ефектами у 7 із 12 пацієнтів,

очевидно через наявність супутньої патології. У інших групах переносимість лікування була доброю, побічних ефектів не спостерігалось.

Щодо впливу комплексного лікування на ліпідний обмін, то, незважаючи на гіполіпідемічні ефекти розувастатину, омега-3 ПНЖК, альфа-ліпоєвої кислоти, у групі Г не було достовірних змін показників ліпідограми, спостерігалася лише тенденція до зниження рівня загального холестерину та тригліцеридів, а також до зростання ЛПВЩ, що свідчить про те, що генез дисліпідемії у даного контингенту пацієнтів більше зв'язаний з гіпотиреозом, ніж з НАЖХП та ЦД-2 або ПД. Дана гіпотеза підтверджується і наявністю позитивної динаміки вказаних показників у групах А, Б та В, де проводилася корекція тиреоїдного статусу. Достовірні зміни через 6 місяців спостерігалися лише в динаміці рівня тригліцеридів у пацієнтів груп А та В без істотної міжгрупової різниці. Через 12 місяців лікування вже були достовірними і зміни загального холестерину в цих групах, і зміна рівня тригліцеридів групи Б. Слід відмітити, що достовірне зростання рівня ЛПВЩ спостерігалось лише під впливом йосену, що, ймовірно, свідчить про позитивний гіполіпідемічний ефект селену,

що входить до його складу. Відомо, що гіпотиреоз є протипоказанням до призначення розувастатину у високих дозах через високий ризик виникнення рабдоміолізу, водночас він супроводжується вторинною гіперхолестеринемією з дисліпідемією, тому потребує призначення гіполіпідемічної терапії. Разом з тим, немає жодних застережень щодо використання розувастатину при субклінічному гіпотиреозі. З огляду на це, обґрунтованим є обов'язкова корекція тиреоїдного статусу, що дасть можливість досягти кращого гіполіпідемічного ефекту без збільшення доз розувастатину. Це забезпечить оптимальний гіполіпідемічний ефект при одночасній безпеці лікування.

Щодо впливу на стан печінки, то вираженість цитолітичного синдрому під впливом лікування слабшала у всіх групах, про що свідчить зниження рівня АЛТ та АСТ – результат гепатопротекторної дії есенціальних фосфоліпідів, альфа-ліпоевої кислоти та омега-3 ПНЖК. Проте в групі Г, попри тенденцію до позитивних змін,

достовірного зниження АЛТ та АСТ не відбулося ні через 6, ні через 12 місяців лікування. Ймовірніше за все, достовірне зниження трансаміназ у групах А, Б та В стало можливим лише завдяки паралельній корекції тиреоїдного статусу коморбідних пацієнтів.

Інтегрованим показником, що характеризує наявність надмірної маси тіла чи абдомінального ожиріння, і стан печінки (відкладання жиру в гепатоцитах, стеатоз), і ліпідний обмін, є індекс накопичення жиру в печінці (LAP – Lipid Accumulation Products), який вираховується за формулою: $LAP = (OT - 65) \times TG$ у чоловіків та $LAP = (OT - 58) \times TG$ у жінок, де OT – обсяг талії, TG – рівень тригліцеридів в ммоль/л.

Вважається [14], що при значенні $LAP \geq 4,28$ у пацієнта наявний стеатоз печінки. Оскільки даний індекс кількісно відображає наявність жиру в печінці, то він був використаний для оцінки динаміки лікування коморбідних пацієнтів. Динаміка показника проілюстрована на рисунку.

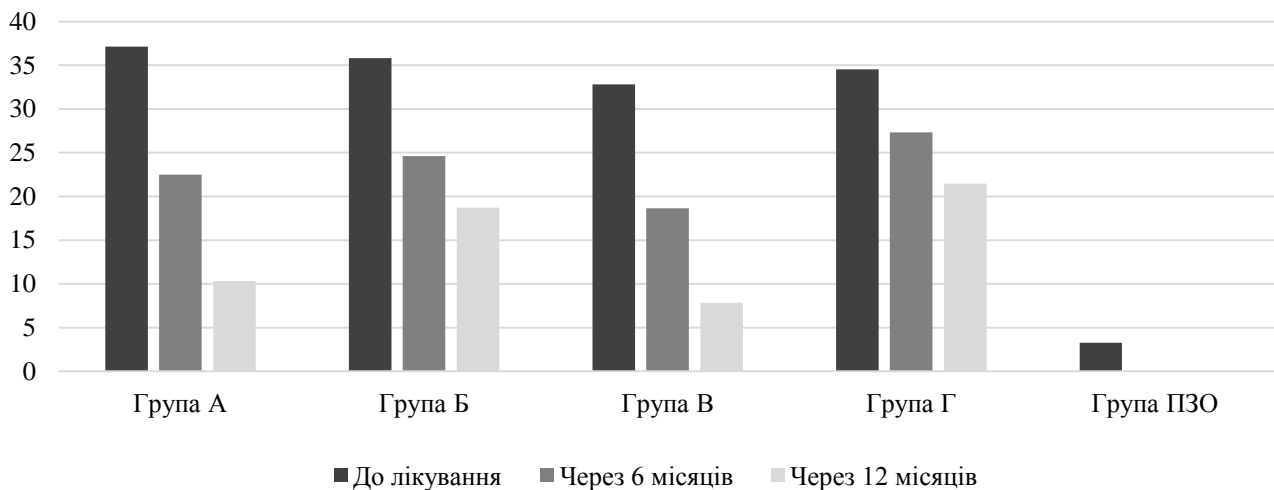


Рис. Динаміка зміни індексу LAP під впливом комплексного лікування

Як видно із рисунку, середні значення індексу LAP були достовірно вищими, ніж у контрольній групі ПЗО, що свідчить про підвищене накопичення жирів у печінці при зниженні функції ЩЗ. Під впливом лікування спостерігалось його достовірне зниження, причому динаміка змін індексу була стрімкою при призначенні левотироксину (група А) та йосену (група В), менш вираженою за умови додаткового призначення йодомарину (група Б) і недостатньою при відсутності корекції тиреоїдного статусу (група Г). Отже, тиреоїдний дефіцит за умови виникнення СГ сприяє відкладанню жирів у печінці, а тиреоїдні гормони впливають на жировий обмін і зменшують вміст ліпідів у печінці.

Висновки

1. Субклінічний гіпотиреоз часто супроводжує неалкогольну жирову хворобу печінки на фоні порушень вуглеводного обміну та потребує обов'язкової терапевтичної корекції з метою досягнення еутиреозу, а

також для більш ефективної гіполіпідемічної та гепатопротекторної дії основного лікування.

2. Замісна терапія левотироксином не має переваг перед корекцією харчового раціону за допомогою дієти та йосену, оскільки не виявлено достовірної різниці між впливом цих лікувальних схем на ліпідний обмін та на стан печінки у даного контингенту пацієнтів. Призначення самого йоду (без селену) за клінічною ефективністю дещо поступається корекції за допомогою вище вказаних схем.

3. З огляду на патогенетичні механізми субклінічного гіпотиреозу, його зв'язок з ендемічним дефіцитом йоду та селену, та враховуючи кращу переносимість та комплаєнтність, оптимальним шляхом корекції тиреоїдного статусу у пацієнтів з НАЖХП та ЦД-2/ПД є призначення дієти, що містить достатню кількість йоду та селену з додатковим вживанням йосену щоденно по 1 таблетці.

Перспективи подальшого розвитку в даному напрямку. З огляду на наявність змін в ліпідограмі, субклінічний гіпотиреоз можна вважати фактором

підвищення кардіоваскулярного ризику, що значно погіршує прогноз коморбідної патології та потребує корекції. У зв'язку з цим видається перспективною розробка чітких клінічних рекомендацій щодо ведення хворих з коморбідною патологією, що мають субклінічний гіпотиреоз.

Література

1. *Большова О.В.* Гіпотиреоз: сучасні аспекти діагностики та лікування / Здоров'я України. Медична газета <http://health-ua.com/articles/5137>
2. *Паньків В.І.* Методи дослідження функції щитоподібної залози / Международный эндокринологический журнал – 2012. – № 3 (43). – с.106-113.
3. *Фейса С.В.* Вікові та гендерні особливості субклінічного гіпотиреозу серед жителів Закарпаття / С.В.Фейса, С.О.Рудакова //Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – с.41-45.
4. *Arafat Kassem, Farag Khalil, Mokhtar Ragab Ramadan, Mohamed Rashed* (2017). Association and impact of non-alcoholic fatty liver disease on thyroid function. *Int. J. Curr. Res. Med. Sci.* 3(7): 94-107. DOI: <http://dx.doi.org/10.22192/ijcrms>.
5. *American association of clinical endocrinologists and American College of Endocrinology.* Clinical practice guidelines for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan-2015. *Endocr pract.* 2015; 21 (Suppl 1).
6. *Ballestri S.* Nonalcoholic fatty liver disease is associated with an almost two-fold increased risk of incident type 2 diabetes and metabolic syndrome. Evidence from a systematic review and meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2016; 31 (5): 936–44. doi: 10.1111/jgh.13264.
7. *Campbell-Scherer D.* Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine / D. Campbell-Scherer. *Evid Based Med.* 2010; Vol. 15: 165-166.
8. *Chung G.E., Kim D., Kim W. et al.* Non-alcoholic fatty liver disease across the spectrum of hypothyroidism. *Journal of Hepatology*, 2012; vol. 57 no.1: 150-155.
9. *Clinical Management of Thyroid Disease / Ed. by F.E. Wondisford, S. Radovick.* — John Hopkins University School of Medicine.— Baltimore, Maryland, 2009. — 860 p.
10. *D.d J.Stott, Jacobijn Gussekloo, Patricia M. Kearney, Nicolas Rodondi, Rudi G. J. Westendorp, Simon Moonijaart, Sharon Kean et al.* Study protocol: Thyroid hormone Replacement for Untreated older adults with Subclinical hypothyroidism – a randomized placebo controlled Trial (TRUST). *BMC Endocr Disord.* 2017; 17: 6. DOI: 10.1186/s12902-017-0156-8.
11. *Diez JJ, Iglesias P.* Subclinical hyperthyroidism in patients with type 2 diabetes. *Endocrine* 2012; 42: 157-163.
12. *Eshraghian A., Hamidian Jahromi A.* Non-alcoholic fatty liver disease and thyroid dysfunction: A systematic review. *World Gastroenterol* 2014; 20 (25): 8102-8109.
13. *Ludwig U, D Holzner D, Denzer C, Greinert AI, Haenle MM, Oeztuerk S, Koenig et al.* Subclinical and clinical hypothyroidism and non-alcoholic fatty liver disease: a cross-sectional study of a random population sample aged 18 to 65 years. *BMC Endocrine Disorders* (2015) 15:41.
14. *Non-alcoholic fatty liver disease. Clinical recommendations of EASL-EASD-EASO.* *Journal of Hepatology.* 2016; Vol. 64: P.1388-1402.
15. *Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice / M. Fortin, G. Bravo, C. Hudon [et al.] // Ann Fam Med.* 2005; Vol. 3: 223-228.
16. *Simon H.S. Pearce, George Brabant, Leonidas H. Duntas, Fabio Monzani, Robin P. Peeters, Salman Razvi, and Jean-Louis Wemeau.* 2013 ETA Guideline: Management of subclinical hypothyroidism. *Eur Thyroid J.* 2013 Dec; 2(4): 215-228.
17. *Tagami T., Kimura H., Ohtami S., Tanaka T., Hata S. et al.* PHPH study group: multi-center study on the prevalence of hypothyroidism in patients with hypercholesterolemia. *Endocr.* 2011; 58: 449-57.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.04.2018 р.

Терапевтические возможности коррекции субклинического гипотиреоза у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и нарушением углеводного обмена*С.В.Фейса*

Ужгородский национальный университет

Цель – изучить влияние коррекции тиреоидного статуса с помощью левотироксина, йода и селена на динамику лабораторных показателей, характеризующих состояние печени, щитовидной железы и липидного обмена у пациентов с субклиническим гипотиреозом и неалкогольной жировой болезнью печени на фоне нарушения углеводного обмена.

Методы исследования. Использованы клинические, лабораторные, инструментальные, расчетные и статистические методы. Обследовано 72 пациентов с НАЖБП и нарушениями углеводного обмена, которые имели сопутствующий субклинический гипотиреоз. В зависимости от коррекции тиреоидного статуса, все больные разделены на 4 группы.

Результаты. В пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и субклиническим гипотиреозом уровень ТТГ снижался не только под влиянием заместительной терапии левотироксином, но и в результате назначения йода и селена. Коррекция пищевого рациона с помощью диеты и йосена, который содержит йод и селен, сопровождалась лучшей динамикой снижения ТТГ и, в отличие от заместительной терапии левотироксином, хорошо переносилась больными.

Выводы. Субклинический гипотиреоз может сопровождать неалкогольную жировую болезнь печени и требует обязательной терапевтической коррекции с целью достижения эутиреоза, а также для более эффективного гиполипидемического и гепатопротекторного действия основного лечения. Оптимальным путем коррекции тиреоидного статуса таких пациентов является пищевой рацион с достаточным количеством йода и селена с дополнительным назначением йосена.

Ключевые слова: Неалкогольная жировая болезнь печени, нарушение углеводного обмена, субклинический гипотиреоз, йод, селен, левотироксин, коррекция тиреоидного статуса, пищевой рацион.

Therapeutic possibilities of correction of subclinical hypothyroidism in patients with nonalcoholic fatty liver disease and carbohydrate metabolism disorder*S.V.Feisa*

Uzhhorod National University

The goal: to study the influence of thyroid status correction by the levothyroxine or iodine and selenium on the dynamic of laboratory parameters that characterize the state of the liver, thyroid gland and lipid metabolism in patients with subclinical hypothyroidism and nonalcoholic fatty liver disease at the background of carbohydrate metabolism disorders.

Research methods. Clinical, laboratory, instrumental, calculation and statistical methods were used. 72 patients with NAFLD and disorders of carbohydrate metabolism who had concomitant subclinical hypothyroidism were examined. Depending on the correction of the thyroid status, all patients are divided into 4 groups.

Results. In patients with non-alcoholic fatty liver disease and subclinical hypothyroidism the TSH level was reduced not only by the replacement therapy with levothyroxine, but also by the administration of iodine and selenium. Correction with diet and yosene, which contains iodine and selenium, was accompanied with better dynamics of TSH decrease and, in contrast to levothyroxine replacement therapy, was well tolerated by patients.

Conclusions. Subclinical hypothyroidism may accompany nonalcoholic fatty liver disease and requires a mandatory therapeutic correction to achieve euthyroidism, as well as for more effective hypolipidemic and hepatoprotective action of the basic treatment. The optimal way of correcting the thyroid status of such patients is a diet with a sufficient amount of iodine and selenium with the addition of yosene.

Key words: Non-alcoholic fatty liver disease, carbohydrate metabolism disorders, subclinical hypothyroidism, iodine, selenium, levothyroxine, correction of thyroid status, food ration.

Відомості про автора

Фейса Сніжана Василівна – к.мед.н., доцент кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, вул. Собранецька, 148.

УДК 61:004.9

В.І.Чебан

Процес розвитку комп'ютеризації та сучасні інформаційні технології за тематикою дослідження громадського здоров'я

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Мета – проведення історичного аналізу процесу комп'ютеризації та прогресивного розвитку інформаційних технологій за тематикою вивчення громадського здоров'я.

Матеріали і методи – на основі потоку літературних, наукових інформаційних джерел викладено хронологію історичного розвитку процесу комп'ютеризації, що охоплює 5 періодів становлення та розвитку; зосереджено увагу на семантичних, термінологічних та інших характеристиках та перспективі використання інформаційних технологій у вивченні громадського здоров'я.

Результати. Було проаналізовано історичний розвиток процесу комп'ютеризації за останніх 50 років, викладено технологічні складові характеристики інформаційних технологій з метою покращання їх вивчення та успішного використання у процесі досліджень за тематикою дослідження громадського здоров'я.

Висновки. Доведено, що комп'ютерні мережі та новітні інформаційні технології дозволяють оптимізувати прогресивні тенденції та напрями щодо вивчення, проведення аналізу оціночних характеристик та розробки нових профілактичних напрямів по зміцненню громадського здоров'я.

Ключові слова: історичний аналіз, комп'ютеризація, інформаційні технології, системи, мережі, файли, каталоги, символи, Інтернет, громадське здоров'я.

Вступ

Необхідність теми дослідження обумовлена Наказом МОН України від 30.10.2013 № 1518 «Про затвердження Вимог до вищих навчальних закладів та закладів післядипломної освіти, наукових установ, що надають освітні послуги за дистанційною формою навчання з підготовки та підвищення кваліфікації фахівців за акредитованими напрямами і спеціальностями» затверджено Вимоги щодо інформаційного забезпечення закладами освіти, та надають освітні послуги за дистанційною формою навчання і особливо, щодо вивчення громадського здоров'я.

Метою наукової роботи є короткий історичний аналіз процесу комп'ютеризації та прогресивного розвитку інформаційних технологій у медичній освіті, щодо вивчення громадського здоров'я на основі потоку літературних, наукових джерел інформації.

Матеріали і методи – на основі потоку літературних, наукових інформаційних джерел викладено хронологію історичного розвитку процесу комп'ютеризації, що охоплює 5 періодів становлення та розвитку; зосереджено увагу на семантичних, термінологічних та інших характеристиках та перспективі використання інформаційних технологій у вивченні громадського здоров'я.

Результати історичного аналізу засвідчують, що процес комп'ютеризації за період останніх 50 років демонструє розвиток окремих поколінь комп'ютерів. Перше покоління – це комп'ютери на електронних лампах (1946-1956 рр.). За точку відліку ери електронних

обчислювальних машин (ЕОМ) зазвичай приймають 15 лютого 1946 року, коли дослідники Пенсільванського університету США запровадили перший в світі електронний комп'ютер ЕНІАК. У ньому використовувалося 18 тис. електронних ламп. Машина займала площу 135м², важила 30 тон і споживала 150 кіловат електроенергії. У 1952 році академіком С.А. Лебедевим була створена вітчизняна найбільш швидкодіюча в Європі ЕОМ БЕСМ. Швидкодія перших машин була декілька тисяч операцій в секунду. Друге покоління – комп'ютери на транзисторах (1956–1964 рр.). Напівпровідниковий прилад – транзистор був винайдений в США в 1948 році Шоклі і Бардінім. Комп'ютери на транзисторах різко зменшили габарити, масу, споживану потужність, підвищили швидкодію і надійність. Типова вітчизняна машина (серій «Мінськ», «Урал») містила близько 25 тисяч транзисторів. У 1958 році у США створено агентство перспективних розробок, метою яких було оснащення американської системи оборони найновішими технологічними розробками – ARPA (Advanced Research Projects Agency), основним завданням системи було створення надійної мережі передачі даних. Третє покоління – комп'ютери на мікросхемах з малим ступенем інтеграції (1964–1971 рр.). Мікросхема була винайдена в 1958 році Дж. Кілбі в США. У жовтні 1969 року поєднано два комп'ютери – один у Каліфорнійському університеті, другий у Стенфордському НДІ. У СРСР великі ЕОМ третього покоління серії ЕС (ЕС-1022 – ЕС-1060) випускалися разом з країнами СЕВ з 1972 року. Це були аналоги американських ЕОМ ІВМ-360, ІВМ-370. Четверте покоління – комп'ютери на мікропроцесорах. Мікропроцесор – це арифметичний і логічний пристрій,

виконаний частіше всього у вигляді однієї мікросхеми з великим ступенем інтеграції. Перший мікропроцесор Intel-4004 був випущений в США фірмою Intel в 1971 році. Його розрядність була 4 біта. У 1973 р. був випущений 8-бітовий Intel-8008, а в 1974 р. Intel-8080. Процесори 80486 (1989 р.), Pentium (1993 р.), Pentium-Pro (1995 р.), Pentium-2 (1997 р.) і Pentium-3 (1999 р.) вже мають вбудований математичний співпроцесор. На базі процесорів Pentium зібрано багато сучасних персональних комп'ютерів.

П'яте покоління (перспективне) – це ЕОМ, що використовують нові технології і нову елементну базу, наприклад надвеликі інтегральні схеми, оптичні і магнітооптичні елементи, що працюють за допомогою звичайної розмовної мови, оснащені потужними базами даних. Передбачається також використовувати елементи штучного інтелекту і розпізнавання зорових і звукових образів. Такі проекти розробляються у провідних промислово розвинених країнах. Процес комп'ютеризації містить певний глосарій окремої, нижче зазначеної термінології, знання якої сприятиме ефективності комп'ютерних послуг. **Інформатизація** – комп'ютерний процес, при якому створюються умови, що задовольняють потреби будь-якої людини в отриманні необхідної інформації. «Е–наука – забезпечення інтеграції наукових досліджень, об'єднання великих масивів даних і комп'ютерних ресурсів багатовимірного опрацювання інформації, реалізації мережевих взаємодій на основі використання інформаційних технологій. «Е – наука – глобальна співпраця вчених у ключових галузях науки з метою збереження результатів досліджень для наступних поколінь», Джон Тейлор. **Інформація** – це відомості про навколишній світ, які підвищують рівень обізнаності людини. Термін **інформація** походить від латинського *informatio*, що означає пояснення, виклад, тлумачення. **Інформаційний процес** – процес, в результаті якого здійснюється прийом, передача (обмін), перетворення і використання інформації. Засобами обробки інформації є персональні комп'ютери, які об'єднуються в локальні і глобальні мережі. **Інформаційна система** – взаємозв'язана сукупність засобів, методів і персоналу, що беруть участь в обробці даних. **Інформаційні технології** – процес, що використовує сукупність засобів і методів обробки і передачі первинної інформації для отримання інформації нової якості про стан об'єкта, процесу або явища. Інструментарій інформаційної технології – сукупність програмних продуктів, використання яких дозволяє досягти поставленої користувачем мети. **Інформатика** – це наука, що вивчає структуру і найбільш загальні властивості інформації, її пошук, зберігання, передачу і обробку із застосуванням ЕОМ.

Основні визначення складових інформатики.

❖ персональний комп'ютер (ПК або IBM PC) – це електронно-обчислювальна машина (ЕОМ), призначена для роботи в діалозі з людиною (користувачем);

❖ файл – це зазначена ділянка пам'яті на зовнішньому носіїві. У файлах можуть зберігатися тексти, документи, самі програми, малюнки тощо;

❖ каталог – це поійменоване місце на диску, в якому зберігаються файли;

❖ програмування – це підготовка завдання до рішення його на комп'ютері;

❖ алгоритм – це послідовність команд, що ведуть до досягнення зазначеної мети;

❖ галузження – це команда алгоритму, в якій проводиться вибір: виконувати або не виконувати будь-яку групу команд залежно від умови;

❖ цикл – це команди алгоритму, які дозволяють кілька разів повторити одну і ту ж групу команд.

З інформацією в комп'ютері проводяться наступні операції: введення, виведення, створення, запис, зберігання, накопичення, зміна, перетворення, аналіз, обробка.

Одиниці вимірювання інформації. Основа будь-якої мови – алфавіт, тобто кінцевий набір знаків (символів) будь-якої природи, з яких конструюються повідомлення на даній мові. Алфавіт може бути латинський, російський, десяткових чисел, двійковий тощо.

Кодування – це представлення символів одного алфавіту символами іншого.

Простим алфавітом, достатнім для кодування будь-якого іншого, є двійковий алфавіт, що складається всього з двох символів 0 і 1. У комп'ютерах IBM PC використовуються наступні одиниці вимірювання інформації: 1 би (1 байт), 1 Кб (1 кілобайт), 1 Мб (мегабайт), 1 Гб (1 гігабайт). Для прикладу: 1 сторінка підручника = 3Кб; велика енциклопедія = 120 Мб; кольоровий телефільм тривалістю 1,5 години (25 кадр/с) = 135Гб.

Архітектура ЕОМ – комплекс апаратних і програмних засобів, за допомогою яких забезпечується виконання завдань користувача і програмування завдань. З'явилося і відповідне цим комп'ютерам програмне забезпечення і сучасні комп'ютерні технології фірми Micro Soft Windows-95/98/XP, Office-97/03 (Word, Excel, Access, PowerPoint), Internet Explorer, MS Works, програми фірми Semantec – Norton Commander, Norton Utilities для Windows, DOS Navigator, сучасні текстові і графічні редактори (PhotoShop, CorelDraw), системи програмування Turbo Pascal і Borland C++, Q Basic, Visual Basic, системи управління базами даних, сучасні антивірусні, прикладні і навчальні програми.

Програмне забезпечення (ПЗ) – це сукупність програм, що дозволяє організувати рішення задач на ЕОМ. ПЗ і архітектура ЕОМ (апаратне забезпечення) утворюють комплекс взаємозв'язаних і різноманітних функціональних засобів ЕОМ, що визначають здатність рішення того або іншого класу завдань. Програмне забезпечення ділиться на 3 класи: системне ПЗ, прикладне ПЗ і системи програмування (інструментальні системи).

Системне ПЗ організовує процес обробки інформації в ЕОМ. Головну частину системного ПЗ складає Операційна система (ОС). До системного ПЗ також відносяться програми для діагностики і контролю роботи комп'ютера, архіватори, антивіруси, програми для обслуговування дисків, програмні оболонки, драйвери зовнішніх пристроїв, мережеве ПЗ і телекомунікаційні

програми. Прикладне ПЗ призначено для вирішення певного класу завдань користувачів. Існують пакети прикладних програм (наприклад, MS Works) і бібліотеки стандартних програм (наприклад, MathCad для обчислення функцій, побудови графіків і рішення рівнянь) Найважливішою частиною ПЗ є Системи програмування що дозволяють розробляти нові програми на мовах програмування.

Файлова система – це сукупність всіх каталогів і файлів на жорсткому диску. Файлова система є складовою частиною DOS, яка відає доступом до каталогів і файлів, розподіляє для них дисковий простір. Файл – це поименоване місце на зовнішньому носієві, в якому зберігається інформація (текст, графіка, зображення, звук тощо.). Характеристики файлу: ім'я (іноді з повним шляхом), розширення, розмір в байтах, час створення (час і дата), атрибут (архівний, тільки для читання, системний і прихований).

Каталог (директорія, тека) – це поименоване місце на зовнішньому носієві, в якому зберігаються файли і вкладені каталоги (підкаталоги). Каталог – це контейнер для файлів. Ряд службових слів зарезервовано DOS і не може використовуватися як імена файлів: PRN, CON, AUX, NUL, LPT1-LPT3, COM1-COM4. Файл може мати розширення від 1 до 3 латинських букв, цифр і окремих символів, але може і не мати розширення. Якщо файл знаходиться в каталозі (підкаталозі), то вказується повний шлях (маршрут) файлу, який теж є складовою частиною імені файлу. Часто використовують завдання імені і розширення файлу по масці. Символ * означає будь-яке ім'я або розширення. Приклад: *.txt означає всі файли з розширенням txt. Всі файли на диску позначаються *.*. Символ ? означає, що будь-який символ може знаходитися в цій позиції. Приклад: ???.bas – всі файли з розширенням bas, в імені якого міститься тільки 2 символи. Приклад: c*.b* – всі файли, ім'я яких починається на букву c, а розширення на букву b. Приклад: ?c?.?n? – всі файли, ім'я яких складається з трьох або двох букв, а розширення з трьох букв, причому друга буква в імені c, а в розширенні n. Приклад: ??r*.* – всі файли, у яких третя буква в імені r.

Розширення файлу дозволяє віднести його до того або іншого загальноприйнятого типу: exe, com – програма, готова до виконання; bat – текстовий командний файл; sys – системний файл; txt, lst – текстовий файл у форматі DOS; doc – документ (найчастіше у форматі WinWord); wri – документ редактора Write для Windows; bak, old – стара копія файлу, що створюється перед його зміною; arj, rar, zip, lzh, ain, arc, ice, rak, zoo – архівні файли; bas – текст програми на мові Basic; pas – текст програми на мові TurboPascal; bmp, pcx, gif, tif, jpg, ico – графічні файли; dbf – бази даних формату DBase; wps – документ текстового процесора MS WORKS; wdb – бази даних формату MS WORKS; wks – електронна таблиця формату MS WORKS;

INTERNET є всесвітньою інформаційною комп'ютерною мережею, яка об'єднує в єдину цілу безліч комп'ютерних мереж, що працюють за єдиними правилами. INTERNET не є комерційною організацією і нікому не належить. Користувачі мережі INTERNET є практично у всіх країнах світу.

Структура і основні принципи роботи мережі INTERNET. Відмітною особливістю мережі INTERNET є висока надійність. При виході з ладу частини комп'ютерів і ліній зв'язку мережа все одно продовжуватиме функціонувати. Така надійність забезпечується тим, що в мережі INTERNET немає єдиного центру управління, крім того при виході з ладу деяких ліній зв'язку і комп'ютерів, повідомлення можуть бути передані іншими каналами зв'язку, оскільки завжди є декілька шляхів передачі інформації. Інша особливість мережі INTERNET – «міжплатформеність», це означає що до мережі INTERNET можуть бути підключені комп'ютери, що працюють на будь-якій платформі: Apple Macintosh або IBM PC з будь-якими операційними системами (MS-DOS, Windows-95/2000/NT, XP, UNIX, Linux та ін.). Користувачі INTERNET підключаються до мережі через комп'ютери спеціальних організацій – постачальників послуг INTERNET або провайдерів. Всі організації, сполучені один з одним найбільш швидкісними лініями зв'язку, утворюють базову частину мережі, або хребет INTERNET (Backbon). До мережі INTERNET підключаються як окремі PC, так і локальні мережі через свої сервери, тобто головні комп'ютери в локальній мережі. Адреси – це найважливіша частина INTERNET. У кожного комп'ютера (об'єкту) в мережі INTERNET є своя унікальна адреса – Uniform Resource Locator (URL). Адреси можуть бути цифрові. Цифрові адреси складаються з чотирьох цілих десяткових чисел, розділених крапками, кожне з яких не перевищує 256. Приклад: 194.84.93.10. Такий вигляд мають первинний для IP-адрес і вторинний DNS (Domain Name System) – Доменна система імен. В INTERNET використовується доменна структура імен. Кожен рівень в системі називається «доменом». Для комерційних організацій використовується домен **com**, для мережевих **net**, для навчальних та наукових **edu**, для військових **mil**, для урядових **gov**, інших – **org**.

Основною формою мережевих комунікацій в даний час є електронна пошта (E-mail). Кожен користувач, підключений до E-mail, має спеціальну електронну адресу. Електронна пошта – найстаріша і найдешевша послуга INTERNET. Протокол – це правила взаємодії, це мова для обміну даними в мережі INTERNET. Щоб два комп'ютери могли встановити зв'язок, вони повинні спілкуватися на одній мові, тобто використовувати один і той же протокол. Найчастіше використовують TCP/IP (Transmission Control Protocol / Internet Protocol). Найбільш популярним в INTERNET зараз є сервіс WWW – Всесвітня Павутина. У цій системі основним є поняття гіпертексту, тобто безліч окремих текстів, вкладених один в іншій, які мають посилання один на одного. Для роботи в WWW використовується протокол HTTP – Hyper Text Transfer Protocol. Гіпертекстові документи створюються на мові HTML. WWW- сервер зберігає Web-сторінки і підтримує протокол HTTP для подорожі у всесвітній павутині. WWW (World Wide Web – Всесвітня павутина) – інтерактивна гіпертекстова інформаційно-пошукова система в INTERNET. Блоки даних в WWW (Web-сторінки) розміщуються на окремих комп'ютерах, званих WWW-серверами або що належать окремим організаціям або

приватним особам. Набір Web-сторінок, що належать одному власникові, називається сайтом. Web-сторінка – це документ або файл, підготовлений у форматі гіпертексту і розміщений в WWW. Гіперпосилання – фрагмент тексту, який є покажчиком на інший файл або об'єкт.

Локальні мережі персональних комп'ютерів.

Комп'ютерна мережа – це сукупність технічних і програмних засобів, які об'єднують групу комп'ютерів і забезпечують користувачам можливість доступу і сумісного використання ресурсів системи.

Організація локальної комп'ютерної мережі. Один найбільш могутній комп'ютер оголошується головним комп'ютером мережі. Його називають файловим сервером або просто сервером. Решта комп'ютерів оголошується робочими станціями і з'єднується з сервером за допомогою мережевих плат і спеціальних коаксіальних кабелів. У мережу можна включити один або декілька принтерів та інші периферійні пристрої. На жорсткому диску файл-сервера розміщують основні файли і програми інформаційної системи. Мережева ОС дозволяє розмежувати права доступу окремих користувачів до ресурсів мережі. Системи дозволяють надавати якісні медичні послуги у процесах діагностики, лікування та профілактики захворювань населення за умови належної теоретичної та практичної підготовки медичного працівника. Їх використовують у створенні технологій оцінки громадського здоров'я (ОФГЗ) [1]: інтегрованих програм до забезпечення профілактичних технологій з метою запобігання порушень формування

репродуктивного здоров'я [3]. Завдяки успішному використанню комп'ютерних інформаційних технологій, сучасна світова медична освіта містить прогресивні тенденції та напрями розвитку, а саме: експоненціальне зростання нових технологій передавання знань (формування інформаційного суспільства); заснування суспільних знань; розвиток дистанційної освіти; децентралізація освітніх центрів; навчання на робочому місці, тощо.

Оцінювання фахівця медичної галузі часто пов'язане зі складовими його інтелекту. Адже **Інтелект** (від лат. *intelectu* – розуміння, пізнання, від *intellego* – відчуваю, сприймаю, пізнаю, думаю), – відносно стійка структура розумових здібностей людини, яка включає в себе досвід, набуті знання, нахили індивідууму та спроможність швидко й доцільно використовувати їх у нових ситуаціях [2].

Висновок

Комп'ютерні мережі та новітні інформаційні технології дозволять оптимізувати прогресивні тенденції та напрями щодо вивчення, проведення аналізу оціночних характеристик та розробки нових профілактичних напрямів по зміцненню громадського здоров'я.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням використання сучасних інформаційних технологій в системі громадського здоров'я.

Література

1. *Instrument samoootsenky vypolneniya osnovnykh operatyvnykh funktsyi obshchestvennoho zdravookhraneniya v Evropeiskom rehyone VOZ. ERB VOZ [A self assessment tool for the implementation of basic public health operational functions in the WHO European Region. WHO / Europe]*, 2015, 137p.
2. *Psyhohihiiena: ukrainsko-rosiiskyi tlumachnyi slovnyk [Psychohygiene: a Ukrainian-Russian explanatory dictionary]*, V.O. Korobchanskyi, M.A. Lisova – Kharkiv, VPP «Kontrast», 2008, P. 109–110.
3. *Zdorove-2020: osnovy evropeiskoi polytyky y stratehyi dlia XXI veka [Health 2020: Fundamentals of European Politics and Strategy for the 21th century]*, Copenhagen, Vsemyrnaia orhanyzatsyia zdravookhraneniya, Evropeiskoe rehyonalnoe biuro VOZ [TheWorldHealthOrganization, WHO Regional Office for Europe], 2013, 224 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 13.04.2018 р.

Процесс развития компьютеризации и современные информационные технологии по тематике исследования общественного здоровья

В.И. Чебан

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

Цель исследования – проведение исторического анализа процесса компьютеризации и прогрессивного развития информационных технологий по тематике изучения общественного здоровья.

Материалы и методы – на основании потока литературных, научных информационных источников изложена хронология исторического развития процесса компьютеризации, охватывающего 5 периодов развития; сосредоточено внимание на семантических, терминологических и других характеристиках использования информационных технологий в изучении общественного здоровья.

Результаты. Было проанализировано историческое развитие процесса компьютеризации за последние 50 лет, изложены технологические составляющие характеристики информационных технологий с целью улучшения их изучения и успешного использования в процессе исследований по тематике изучения общественного здоровья.

Выводы. Доказано, что компьютерные сети и новейшие информационные технологии позволят оптимизировать прогрессивные тенденции и направления по изучению, проведения анализа оценочных характеристик и разработки новых профилактических направлений по укреплению общественного здоровья.

Ключевые слова: историческая анализ, компьютеризация, информационные технологии, системы, сети, файлы, каталоги, символы, Интернет, общественное здоровье.

The process of computerization development and modern information technologies on the subject of public health research

V.I. Cheban

HSEE of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

The aim: is to carry out a historical analysis of the process of computerization and the progressive development of information technology on the topic of public health research.

Materials and methods – based on the flow of literary, scientific information sources, the chronology of the historical development of the computerization process, covering 5 periods of formation and development, is outlined; the focus is on semantic, terminological and other characteristics and the prospect of using information technology in the study of public health.

Results: the historical development of the computerization process in the last 50 years has been analyzed, the technological components of the characteristics of information technologies have been outlined with the aim of improving their study and successful use in the process of research on the subject of public health study.

Conclusions. It has been proved that computer networks and the latest information technologies will allow to optimize progressive trends and trends in the study, analysis of evaluation characteristics and development of new preventive directions for strengthening public health.

Key words: stationary analysis, computerization, information technologies, systems, networks, files, catalogs, symbols, Internet, public health.

Відомості про автора

Чебан Василь Іванович – д.мед.н., професор кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я, ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», адреса: 58013 м. Чернівці.

УДК 614.885:616-051:177.72(477-25)

О.М. Ціборовський, В.М. Сорока

Київське місцеве управління Товариства Червоного Хреста та його Маріїнська громада сестер милосердя

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Мета – показати роль Товариства Червоного Хреста та його Маріїнських громад сестер милосердя в лікувальній та санітарно-профілактичній діяльності в XIX – на початку XX ст. на прикладі київських організацій.

Матеріали: звіти Київського місцевого управління Товариства Червоного Хреста і Маріїнської громади сестер милосердя, нормативні документи, енциклопедії, довідники, календарі.

Методи: системного підходу, контент-аналізу, порівняльно-історичний, статистичний.

Результати: показано, що Київське місцеве управління Червоного Хреста та його комітети в повітах на добродійній основі створювали лічниці для медичної допомоги незаможному населенню, а також проводили санітарно-профілактичну роботу з благоустрою та оздоровленню населених пунктів. Маріїнська громада сестер милосердя в м. Києві, створена 1 жовтня 1878 р., надавала безкоштовну медичну допомогу і видачу ліків у тих закладах, де навчалися і працювали ці сестри, а в 1881 і 1884 рр. створила власні дві лічниці та в 1879 р. – лікарню, де більшість пацієнтів теж лікувалися безкоштовно.

Висновок: товариство Червоного Хреста, одним з основних завдань якого була підготовка сестер милосердя для надання допомоги під час війни і стихійних лих, на добродійних засадах надавало медичну і медикаментозну допомогу незаможному населенню безкоштовно.

Ключові слова: Червоний Хрест, Маріїнська громада сестер милосердя, добродійність, безкоштовна медична і медикаментозна допомога.

В Російській імперії за ініціативою фрейліни М.С. Сабіної, до якої приєдналися баронеса Фредерикс та лейб-медики Ф.Я. Карель і П.А.Наранович, у 1867 р. було створене Товариство піклування про поранених і хворих воїнів, яке у 1879 р. було перейменовано у Російське товариство Червоного Хреста [3].

За статутом Товариства, затвердженого у 1889 р., зміненого та доповненого у 1893 р., воно мало сприяти військовій адміністрації в догляді за пораненими та хворими воїнами під час війни. У мирний час Товариство було зобов'язано: а) активно забезпечувати заходи щодо задоволення своїх потреб під час війни; б) надавати допомогу пораненим та інвалідам; в) допомагати постраждалим від громадських лих, вживаючи для цього спеціально зібрані кошти [1–3].

Мета роботи – показати роль Товариства Червоного Хреста та його Маріїнських громад сестер милосердя в лікувальній та санітарно-профілактичній діяльності в XIX – на початку XX ст. на прикладі київських організацій.

Матеріалами були звіти Київського місцевого управління Товариства Червоного Хреста і Маріїнської громади сестер милосердя, нормативні документи, енциклопедії, довідники, календарі.

Були використані **методи** системного підходу, контент-аналізу, порівняльно-історичний, статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Під час війни Товариство Червоного Хреста мало переважно займатися такими видами діяльності: 1) забезпечення військово-санітарних закладів санітарним персоналом, особливо жіночим; 2) поповнення військово-лікарських закладів перев'язувальним матеріалом, медикаментами, хірургічним інструментарієм, білизною, одягом, теплими речами, посудом тощо; 3) участь у забезпеченні продовольством і харчуванням поранених і хворих, які перебували у шпиталях і лазаретах; 4) участь у евакуації поранених і хворих, постачанні санітарних потягів, пароплавів та збірних пунктів сестрами милосердя та іншим персоналом, додатковим інвентарем та продовольством; 5) піклування про евакуйованих в тил покалічених воїнів, забезпечення шпиталів, лазаретів та збірних пунктів засобами, яких бракувало, а також створення власних лазаретів.

Під час війни між іноземними державами Товариство мало право надавати допомогу й іноземним арміям.

Кошти Товариства склалися з одночасних пожертвувань, різних зборів і постійних членських внесків.

Товариство складалося з почесних членів, благодійників, дійсних членів, членів-змагальників та членів-співробітників.

Справами Товариства відало Головне управління в Санкт-Петербурзі, яке функціонувало під керівництвом опікунки – імператриці, двох її товаришів, які змінювалися

кожні два роки, і шести членів, які мінялися через шість років. У віддалених територіях існувало шість окружних управлінь – варшавське, східносибірське, кавказьке, приамурське, степове і туркестанське, а в кожній губернії – 80 місцевих управлінь, які керували 187 комітетами (дані 1894 р.). Окружні та місцеві управління склалися з 8 – 16 дійсних членів.

З усіх грошових надходжень до окружних і місцевих управлінь 10% щорічно переводилося до Головного управління для потреб Товариства. З решти 90% за винятком витрат на власні потреби дві третини відраховувалися у запасний капітал на потреби війни, а одна третина витрачалася на допомогу покаліченим воїнам.

Київський відділ Товариства Червоного Хреста складався з Київського місцевого управління і 13 місцевих комітетів: Бердичівського, Білоцерківського, Васильківського, Городищенського, Звенигородського, Канівського, Київського, Липовецького, Радомишльського, Сквирського, Таращанського, Уманського та Черкаського. Тобто комітети існували у всіх повітових містах, крім Чигирини, і в двох містечках – Білій Церкві і Городищі [1,5].

У Київському місцевому управлінні було:

- почесних членів – 9;
- дійсних (постійних) – 4;
- дійсних – 62 (разом 75).

У Київському відділі Київського місцевого Управління Червоного Хреста (крім Київського комітету Маріїнської громади сестер милосердя) було:

- почесних членів – 15;
- дійсних (постійних) – 14;
- дійсних – 268;
- змагальників – 100 (разом – 397).

Про важливість справ Червоного Хреста свідчить склад почесних членів Київського місцевого Управління, до якого входили високі особи, які постійно надавали моральну і матеріальну допомогу Товариству:

1. Митрополіт Київський та Галицький Іоанікій (з 1892 р.);
2. Дружина генерала Катерина Василівна Козлянінова (з 1893 р.);
3. Дружина генерала Марія Олександрівна Дрентельн (з 1879 р.);
4. Світліша княгиня Ольга Валеріївна Лопухіна-Демідова (з 1879 р.);
5. Граф Володимир Олексійович Бобринський (з 1879 р.);
6. Тасмний радник Микола Артемович Терещенко (з 1879 р.);
7. Генерал граф Олексій Павлович Ігнат'єв (з 1889 р.);
8. Генерал Михайло Іванович Драгомиров (з 1889 р.);
9. Микола Карпович Фліге (з 1891 р.);
10. Генерал Віталій Миколайович Троцький (з 1896 р.) [1, 5].

Правління місцевого управління складалося з 14 членів, серед яких були:

- голова – генерал Андрій Іванович Косич (з 1895 р.);
- товариш голови – камергер Анатолій Вікторович Гудим-Левкович (з 1895 р.);

скарбник Олександр Григорович Власов (з 1894 р.); кандидат скарбника – Лаврентій Антонович Гайдуков (з 1891 р.).

члени: гофмейстер, князь М.В. Репнін (з 1897 р.); директор Київського промислового банку В.А. Рубінштейн (з 1890 р.) та інші [1,5].

Враховуючи недостатню медичну допомогу в Південно-Західному неземському краю, Київське місцеве управління вирішило спрямувати свою діяльність і діяльність комітетів не лише на лікування хворих, але й на профілактику захворювань шляхом поліпшення санітарних умов населення, на оздоровлення населених пунктів [1, 5].

Особливу увагу було приділено найбільш антисанітарному місту краю – Бердичеву, а також Білій Церкві (голова комітету – графиня М.О.Браницька).

Надавалася допомога при спалаху тифу та віспи в с. Вишнеполі Уманського повіту і тифу в місті Липовцю.

Надходження до Київського місцевого управління становили: у 1896 р. – 54400 крб 23 коп., 1897 р. – 24467 крб 57 коп., 1898 р. – 1235 крб 26 коп.; 1899 р. – 2038 крб 64 коп., з них від Києва – 881 крб 75 коп., від повітів – 1256 крб 89 коп. (23 з 57 благочинних округів).

Основні витрати Київського місцевого управління йшли на допомогу (1899 р.):

- відставним військовим чинам – 509 крб;
- колишнім сестрам милосердя – 142 крб;
- родинам відставних військових та іншим особам – 552 крб;
- Київському губернатору для постраждалих від пожежі на Подолі – 200 крб.
- притулку для дітей незаможних воїнів – 1000 крб;
- Київській громаді сестер милосердя – 750 крб;
- Канівському комітету Червоного Хреста – 4000 крб;
- Київському військово-санітарному товариству – 320 крб.

Крім того, з квітня 1898 р. збиралися пожертви для постраждалих від неврожаю (Самарська, Пермська, Казанська, Саратовська губ.): було зібрано – 43496 крб 27 коп.; витрачено – 43274 крб 68 коп.; залишалося на 1 січня 1900 р. – 221 крб 59 коп.

Велика увага приділялася так званій спеціальній (власне медичній) діяльності [1, 5].

Так, у Бердичівському комітеті було організовано безкоштовну медичну допомогу і видачу медикаментів. Було зроблено 5087 відвідувань, на ліки і перев'язувальний матеріал витрачено 381 крб 49 коп.

За добродійністю братів Рукавишникових в центрі міста було подаровано 600 кв. сажнів землі для будівництва амбулаторії.

У Білоцерківському комітеті в будинку, наданому графинею М.О.Браницькою, було прийнято безкоштовно 1754 хворих. 605 хворим безкоштовно було видано ліки та перев'язувальні матеріали, на що було витрачено 282 крб 50 коп.

У Канівському комітеті, крім лічниці, яка з 1898 р. функціонувала в міст. Таганчі, відкрито ще три лічниці – в м. Каневі, селі Степанцях і міст. Козині.

У Таганчі було прийнято 2750 хворих. 174 крб 45 коп. було витрачено на ліки (лікарі – граф. Бутурлін і Жиловський).

У Каневі було зроблено 2217 відвідувань хворих. 255 крб 89 коп. було витрачено на ліки (лікарі – Бількевич і Гуревич).

У с. Степанцях було зроблено 271 відвідування хворих. 188 крб 42 коп. витрачено на ліки (лікар Брук).

У міст. Козині було зроблено 387 відвідувань хворих. 131 крб 94 коп. було витрачено на ліки (фельдшеріця – сестра милосердя Червоного Хреста Є. Мелехіна).

У веденні Канівського комітету були 4 лікаря, 3 фельдшера і одна сестра милосердя. Крім згаданих амбулаторій, вони виїжджали до 5 медичних дільниць, куди також висилали гроші на ліки.

У Радомишльському комітеті лічницю відвідали 2364 хворих, витрачено 88 крб на ліки. У веденні комітету був лікар І. Шабліовський і фельдшер.

В Уманському комітеті до лічниці було зроблено 2966 відвідувань, а лікарем – 121 виїзд до тяжкохворих. 39 особам було зроблено щеплення проти віспи, 74 введено протидифтерійну сироватку.

Всього було зроблено 7063 відвіданя, на ліки витрачено 296 крб 16 коп.

На боротьбу з дифтерією, скарлатиною, віспою до повіту було вислано 4 санітарних загони, на що витрачено 120 крб. У веденні комітету були лікар і фельдшер.

У Липовецькому комітеті на боротьбу з епідемією тифу було витрачено 375 крб.

З часом найважливішим завданням Товариства стала підготовка сестер милосердя (сестер-жалібниць). Громади сестер милосердя мали метою підготовку та утримання сестер милосердя для догляду хворих та поранених воїнів під час війни. Створення таких громад в Російській імперії прийшлося на 1854 рік – тяжкий рік Кримської війни. Велика княгиня Олена Павлівна доручила організацію роботи сестер милосердя під час війни М.І. Пирогову.

Перша громада таких сестер виникла у 1854 р. в Петербурзі під назвою Хрестовоздвиженська. У 1860 р. за Київським військовим шпиталем було закріплено 12 сестер милосердя із складу сестер, відкритого в Києві "Товариством бідних". У 1871 р. військовим міністром було затверджено правила для сестер милосердя, працюючих у військових шпиталях [2, 3].

Сестри милосердя чудово проявили себе під час російсько-турецької війни 1877-1878 рр. Вже тоді Товариство Червоного Хреста мало в своєму розпорядженні сім громад, які склалися з 279 сестер. Звичайно їх було недостатньо, і тому було вирішено створити курси для їх підготовки. Такі курси було створено і Київським місцевим управлінням Червоного Хреста.

2 серпня 1878 р. Головне управління Товариства Червоного Хреста видало циркуляр, яким запропонувало місцевим управлінням створювати громади сестер милосердя. На цей заклик у наступні 2,5 роки і імперії було створено 8 таких громад (в С.-Петербурзі – Олександрівська, у Києві, Одесі, Варшаві, Ризі, Нижньому Новгороді, Вятці та Симбірську). З часом сестер

милосердя стали допускати і в цивільні лікарні (за правилами, затвердженими Міністром внутрішніх справ 31 січня 1875 р.) [2, 3].

Громади (общини) сестер милосердя (сестер-жалібниць) Російського товариства Червоного Хреста, які одержали назву Марійнських, в своїй організації та діяльності керувалися спеціальним Статутом. Він кілька разів змінювався (1885, 1891, 1914 рр.), весь час удосконалюючись [4].

За цим Статутом сестри милосердя мали виконувати свою справу з любов'ю і лагідністю, не гребувати з пов'язаною з нею чорною роботою. Вони мали суворо дотримуватися встановлених інструкцій і правил співжиття. Служба сестер була безкоштовною, бо вважалася першою умовою християнської доброчинності.

Як сестри, так і випробувані, знаходилися повністю на утриманні громади, забезпечувалися приміщенням, харчами, одягом і отримували на дрібні витрати невелику суму, яка визначалася Опікунською Радою.

При всіх відрядженнях та обслуговуванні приватних осіб плата за їх працю вносилася до каси громади, проте незаможних хворих дозволялося обслуговувати безкоштовно.

У 1894 році налічувалось 49 таких громад, у т.ч. у Києві, які були переведені до складу Товариства Червоного Хреста. На 1 січня 1894 р. у цих громадах налічувалося 1074 сестри милосердя і 744 випробуваних. Крім того, 1262 сестри знаходилися у запасі.

Поступово громади сестер милосердя виникли не лише в губернських містах, а й у повітових і навіть у селах. У 1913 р. їх налічувалося 109 з 3442 сестрами (2438 хрестовими і 1004 випробуваними) [2].

На підготовку цих сестер витрачалося більше половини коштів Товариства Червоного Хреста. Громади сестер милосердя за першою вимогою готові були передати Головному управлінню Товариства 355 сестер.

Для організації Київської громади сестер милосердя велику роботу провів Дамський комітет при Київському місцевому управлінню Товариства Червоного Хреста, створений у 1868 р. на чолі з дружиною губернатора Л.І. Безак [2].

Уже в 1869 р. після видання Положення про військові шпиталі Дамський комітет мав під своєю опікою шість сестер, одна з яких була призначена старшою. У 1871 р. вони брали участь у догляді за холерними хворими. Крім того, у 1873 р. Дамський комітет мав під своїм керівництвом кілька сестер у Кирилівській лікарні. З 1874 р. у шпиталі та лікарні проводилася підготовка сестер одним з лікарів за окрему плату. На ці обидві групи сестер було використано близько 700 крб. Оскільки грошей вистачало лише на навчання, то сестер, які провчилися два роки, довелося звільнити.

Під час війни 1877-1878 рр. Дамський комітет мав у своєму розпорядженні лише вісім сестер. Але вже в 1876 р., коли споряджався лазарет до Сербії, вияснилося, що у Києві було багато бажаючих присвятити себе догляду за пораненими.

Тому Київське місцеве управління Червоного Хреста разом з Товариством Київських лікарів,

спорядивши мобільний лазарет сестрами, вирішили організувати постійні курси для сестер. Велику роботу для цього провів колишній професор Університету св. Володимира, товариш голови, а потім і голова Київського місцевого управління Червоного Хреста, голова Товариства київських лікарів, директор Олександрівської лікарні Юлій Іванович Мацон. З цією метою всі заклади, очолювані ним, виділили необхідні засоби: Київське місцеве управління – кошти; Товариство лікарів – викладачів, лікарня – приміщення та пацієнтів, необхідних для навчання.

19 лютого 1878 р. війна закінчилася, і 2 серпня 1878 р. Головне управління Товариства Червоного Хреста видало розпорядження про закриття лазаретів і запропонувало місцевим управлінням організувати громади сестер милосердя.

3 вересня 1878 р. цей циркуляр було заслухано на засіданні Київського місцевого управління і за пропозицією голови Дамського комітету Марії Олександрівни Дрентельн цю справу було доручено Комітету. В свою чергу М.О. Дрентельн звернулася до Київського місцевого управління з проханням надати для цієї мети барак, побудований на території Олександрівської лікарні для лазарету. Київське місцеве управління дало згоду на це і зобов'язалося забезпечити водопостачання та опалення за свій рахунок, а також допомагати громаді, якщо вона залишиться у його підпорядкуванні.

19 вересня 1878 р. відбулися збори Дамського комітету під головуванням М.О.Дрентельн за участю А.Ф. Фліге, Є.Н. Карпової, Н.А. Бурмейстер, К.А.Ліхтенштейн, В.Н. Краснокутської, Є.І. Дехтерьової, Є.В. Допельмейстер і П.І. Терещенко. Вони постановили заснувати громаду спочатку на 22 сестри, а для керівництва нею створити комітет у складі присутніх із включенням додатково Є.Г. Попової, Е.І. Пригари, М.І. Вейс і Шульгіної.

1 жовтня 1878 р. громаду було відкрито і до її складу прийнято 15 сестер милосердя. Цей день – день Покрова Пресвятої Богородиці – був визнаний її річним святом.

Таким чином, фактичним засновником громади сестер милосердя, який турбувався про необхідні матеріальні засоби, опрацювання статуту, побудову приміщень, заснування лікувальних закладів для підготовки сестер та курсів для теоретичної підготовки їх, був Дамський комітет Київського місцевого управління Російського товариства Червоного Хреста [2, с.16-18].

Всю поточну роботу громади очолював Дамський комітет на чолі з опікункою, якими були:

- Дрентельн Марія Олександрівна – 1.10–25.10. 1878 р.;
- Леман Марія Михайлівна – 25.10. 1878 р. – 11.04. 1879 р.;
- Карцева Катерина Миколаївна – 11.04. 1879 р. – 27.04. 1882 р.
- Дрентельн Марія Олександрівна – 27.04. 1882 р. – 31.08. 1888 р.
- Радецька Серафима Петрівна – 6.11.1888 р. – 15.10. 1889 р.;

Драгомирова Софія Абрамівна – 15.10.1889 р. – 11.11.1903 р.;

Сухомлинова Єлісавета Миколаївна – 15.02. – 10.10.1904 р.;

Маврина Віра Василівна – 27.11.1904 р. – до 1913 р. і далі.

Таким чином, найдовше працювали і залишили найбільший слід в роботі громади К.М. Карцева, М.О. Дрентельн, С.А. Драгомирова і В.В.Маврина [2].

До перших жертвувателів на громаду, які виділили для громади на 10 років (а Ф.К. Попандопуло і Е.І. Пригара – пожиттєво) такі суми:

1. Києво-Печерська Лавра – 600 крб.
2. Митрополит Київський та Галицький Філофей – 400 крб.;
3. М.А. Терещенко – 300 крб.
4. І.М. Бродський – 300 крб.
5. Ф.А. Терещенко – 2000 крб.;
6. М.П. Дехтерьов – 1000 крб.;
7. Барон Р.В. Штейнгель – 100 крб.;
8. І.Ф. Попов – 100 крб.
9. Єпископ Чигиринський Іоан – 100 крб.
10. М.Я. Гребінь – 100 крб.
11. Я.В. Тарновський – 100 крб.;
12. Ф.К. Попандопуло – 100 крб.;
13. Барон М.В. Штейнгель – 50 крб.;
14. В.А. Суботін – 25 крб.;
15. І.А. Хижняков – 25 крб.;
16. Е.І. Пригара – 25 крб (разом 2625 крб.).

Ці кошти забезпечили перші часи існування громади. Але вже у перший рік було витрачено чотири з половиною тисячі крб Проте щорічні пожертви не обмежували грошові надходження. З першого року існування громада стала одержувати від Головного управління Товариства Червоного Хреста субсидію у 3000 крб щорічно [2].

Крім щорічних пожертвувань надходили і одноразові. Прибуток давали і добродійні заходи громади (у перший рік – 2122 крб.). Надходила в касу і плата за службу сестер (у перший рік – 718 крб.). Всього за перший рік існування до громади надійшло 11 076 крб 68 коп. Після покриття витратків у касі залишилося 6 612 крб 34 коп.

Після введення в дію Положення про військово-лікувальні заклади 1879 р. служба сестер стала оплачуватися внеском до каси громади з розрахунку 25 крб в місяць за старшу сестру і 15 крб у місяць за молодшу. З 1879 р. ці надходження стали складати 2100 крб в місяць.

Уже в 1882 р. число хворих досягло 24264 особи, на що було витрачено 3000 крб За цю допомогу незможним киянам Київське міське самоврядування призначило комітету субсидію в розмірі 1000 крб щорічно.

В 1889 р. Дамський комітет створив при громаді безкоштовну лічницю для прихожих хворих з безкоштовною видачею ліків. Поступово зростали як видатки громади, так її прибутки. За 35 років до її каси надійшло 1 798 165 крб 22 коп., з них за період 1.01.1904 р. – 1.10.1913 р. – 823 636 крб 41 коп., тобто 46% [2, с. 21-23]

Серед окремих джерел слід відзначити субсидії від Миської думи, які від 1000 крб на рік з 1911 р. зросли до 6000 крб., а також надходження з 1911р. 1000 крб від Київського губернського земства.

З 1909 р. новим джерелом прибутків став церковний збір у церквах. Києва, а також влаштування лотерей. Прибутки від них становили: у 1910 р. – 8 640 крб 59 коп.; у 1911 р. – 17 553 крб 54 коп.; у 1912 р. – 60 933 крб 75 коп.; у 1913 р. – 260 000 крб. [2, с.41–42].

1 липня 1880 р. до голови Дамського комітету звернулися п'ять лікарів – завідувач хірургічного відділення Київського шпиталю А.К.Флейшер, асистент терапевтичної госпітальної клініки Університету Н.Н. Подрізан, консультант військового шпиталю доктор медицини Н.В. Сперанський, окружний окуліст Київського військового округу доктор медицини К.О.Румшевич і колишній асистент акушерської клініки Університету Е.Ф.Функе, до яких згодом приєднався професор Є.І. Афанасьєв, з пропозицією відкрити в центральній частині Києва лічницю, де вони будуть працювати без винагороди, якщо громада візьме на себе всі витрати на влаштування і утримання закладу. Дамський комітет дав згоду, і лічницю було відкрито того ж року в найманому приміщенні на Мало-Володимирській вулиці, 32 (нині вул. Олеся Гончара). Через півроку вона перейшла до більшого приміщення на розі Великої Васильківської та Жилианської вулиць.

Уже в перший 1881 рік відбулося 12 397 відвідувань, а в 1884 р. – 55012. Популярність лічниці зростала не лише серед населення, а й серед лікарів. Число членів співробітників стали невпинно зростати: якщо 1 січня 1881 р. разом із лікарями – засновниками їх було 18, то 1 січня 1885 р. їх налічувалося 52. У 1888 р. кількість амбулаторних хворих лічниці становило половину таких у всій Київській губернії [2, с. 51-53].

У 1882 р. почалося будівництво власних приміщень громади, де передбачалися місця і для лічниці, а 3 січня 1884 р. завдяки допомозі Ф.А.Терещенка і М.П. Дегтерьова було відкрито філіал на Подолі, який утримувався за рахунок Ф.А. Терещенка.

Про розміри допомоги, наданої лічницями громади свідчить число відвідувань і виданих ліків до 1 жовтня 1913 р.:

число відвідувань – 1 753 219;

число виданих ліків – 1 099 575

Невпинно зростало з роками і середнє число відвідувань на день (табл.1) [2, с. 63; 6–16].

Весь час лічницями завідували висококваліфіковані спеціалісти, зокрема, Маріїнською лічницею:

1880 – 1890 рр. – лікарі-засновники;

1890 – 1896 рр. – проф. В.В. Підвисоцький;

1904–1913 рр. – головний лікар громади М.Ф. Миловидов та ординатор В.К. Крамаренко.

Подільську лічницю очолювали:

1884 – 1890 рр. – лікарі засновники;

1890 – 1894 рр. – проф. П.І. Морозов;

1894–1902 рр. – приват-доцент

М.Г. Черняхівський;

1902 – 1904 рр. – проф. Ф.Г. Яновський;

1904 – 1913 р. – головний лікар громади М.Ф. Миловидов і ординатор А.В. Горячковський.

Таблиця 1

Середнє число відвідувань на день лічниці Маріїнської громади медичних сестер в м. Києві (1882–1912 рр.)

Рік	Середнє число відвідувань на день	Рік	Середнє число відвідувань на день
1882	72	1898	261
1883	114	1899	299
1884	110	1900	354
1885	198	1901	406
1886	253	1902	491
1887	322	1903	393
1888	349	1904	335
1889	383	1905	343
1890	318	1906	364
1891	215	1907	400
1892	189	1908	371
1893	176	1909	438
1894	173	1910	454
1895	236	1911	443
1896	250	1912	496
1897	249		

Проте для занять з медсестрами було необхідно мати лікарню, хоча вони мали можливість навчатися догляду за хворими в Київському військовому шпиталі, Олександрівській та Кирилівській лікарнях. Проте це було не зовсім зручно. Тому Дамський комітет 13 листопада 1879 р. прийняв рішення про використання трьох кімнат у приміщенні громади для використання його, як маленької лікарні для незаразних хворих жіночої статі. Плату за розміщення та догляд у двох кімнатах було встановлено по 30 крб на місяць, а в третій, меншій – 10 крб на місяць. Бідні хворі приймалися безкоштовно [2, 6–16].

Але цього приміщення і ліжок було недостатньо. Тому було вирішено у новій будівлі громади влаштувати лікарню на 12 ліжок. Вдова М.І. Пирогова – Олександра Антоївна внесла 6000 крб на забезпечення двох безкоштовних ліжок, Парасков'я Олександрівна Лупандіна – 15000 крб на п'ять безкоштовних ліжок для чоловіків. Варвара Миколаївна Ханенко, Пелагія Григорівна Терещенко і Єлисавета Михайлівна Терещенко внесли по 3000 крб для утримання трьох ліжок. У новому приміщенні 10 безкоштовних ліжок розташувалися у двох великих кімнатах – в одній для жінок, у другій – для чоловіків. Дві окремі кімнати були для платних хворих.

Лікарня поступово розросталася. У 1885 р. Олена Петрівна Демідова, княгиня Сан-Донато, внесла 7000 крб на утримання двох ліжок. Тому всі ліжка стали безкоштовними У 1885 р. опікунка громади почала

збирати кошти для будівництва в садибі громади нової будівлі – спеціально для лікарні. У 1886 р. М.А.Терещенко пожертвував 30 000 крб., з них спеціально для лікарні 10000 крб., 9000 крб для придбання сусідньої ділянки землі і 11000 крб для будівництва.

Нова лікарня була побудована в 1889 р. Будівництво обійшлося в 15000 крб. Необхідні кошти 4000 крб знову поповнив М.А. Терещенко. Нова будівля була розрахована на 22 безкоштовних ліжка, а зверх того було дві кімнати для платних хворих. Того ж року лікарня поповнилася ще двома безкоштовними ліжками: одним в честь М.А. Дрентельн, другим – за рахунок М.А. Терещенка в честь його доньки (8000 крб.)

У 1890 р. при Подільському відділенні лічниці було відкрито приймальний покій на два безкоштовних ліжка за рахунок М.А. Терещенка (6000 крб.).

Таким чином число ліжок у 1899 р. досягли 24 ліжок, у 1900 р.– 25 ліжок, у 1901 р. – 28 безкоштовних ліжок і одне платне.

1902 рік було відзначено побудовою нового 2,5 поверхового кам'яного приміщення лікарні, яка обійшлася в 61 000 крб., в які включено витратні капітали громади і 13 000 крб., які заповів Н.Д. Амосов. Нове приміщення складалося з палат, двох їдалень для хворих, операційної, стерилізаційної, перев'язувальної, 4 кімнат для сестер тощо. У цьому приміщенні розмістилися 28 безкоштовних і 12 платних ліжок. Ціна за повне утримання становила 3 і 5 крб на добу.

У 1905 р. було додано ще одне безкоштовне ліжко на честь Єлисавети Миколаївни Сухомлинової. Зросли надходження за лікування в платних палатах: у 1907 р.– 2032 крб., у 1908 – 2679 крб; у 1909 р.– 3585 крб; у 1910 – 3657 крб; у 1911 р. – 4873 крб; у 1912 р. – 5701 крб.

У 1905 р. лікарня була поповнена 20 ліжками для евакуйованих з Далекого Сходу поранених солдатів. У 1905 р. через лікарню пройшло 477 осіб, а за весь термін існування до 1 жовтня 1913 р. – 5919 осіб.

Лікарню очолювали:

1881 – 1890 рр. – лікарі-засновники;

1890 – 1892 р. – проф. П.І. Морозов;

1904 – 1913 р. – головний лікар громади М.Ф. Миловидов і ординатор М.С. Черьомухін.

Детально описуючи медичну діяльність Маріїнської громади сестер милосердя у Києві, ми не маємо права не зупинитися на виконанні її основного завдання – підготовка сестер милосердя [2, 6–16].

Згідно з програмою, затвердженою Головним управлінням Червоного Хреста 19 лютого 1882 року, вони проходили дворічний курс з таких предметів:

1. Духовні бесіди.

2. Елементарна та госпітальна гігієна.

3. Догляд за хворими.

4. Популярна анатомія та фізіологія людини.

5. Короткі поняття про хворобливі процеси взагалі і про окремі хвороби як внутрішні, так і зовнішні.

6. Короткі відомості про вагітність та гігієну вагітних.

7. Правила догляду за новонародженими дітьми.

8. Десмургія, тобто мистецтво перев'язування ран.

9. Короткий опис різних поранень.

10. Мала хірургія, під якою розумілося використання п'явок, банок, розтин наривів, спринцювання тощо.

11. Приготування найважливіших ліків.

12. Вимірювання температури хворих, дослідження пульсу, дихання, спостереження за мокротою, сечею, випорожненнями, кров'ю тощо.

13. Надання першої допомоги при нещасних випадках.

14. Рукоділля.

Навчання здебільше проводилося біля ліжка хворого. Умови навчання і життя сестер проводилися за Статутом, описаним нами раніше.

За весь час існування громади у ній перебувало певне число штатних сестер милосердя і випробуваних (табл. 2) [2, с.84; 6–16]. Воно поступово зростало, але різке збільшення спостерігалось лише в 1905 – 1906 рр. у зв'язку з російсько-японською війною.

Склад сестер за освітою, віком та тривалістю служби характеризують дані за 1913 рік [2, с. 86-87].

Більшість сестер одержали домашнє виховання. Середню освіту мали лише 6,5% з них, а 17,4% закінчили від 4 до 6 класів середніх навчальних закладів.

За віком серед сестер переважали молоді віком 20-25 років (34,8%), та віком старше 40 років менше 20%.

Переважає більшість сестер прослужила в громаді 10 років, а вийшла з неї за сімейними обставинами (вийшли заміж – 51,8%), а 14,0% вислужили пенсію, 9,6% перейшли на приватну службу, 6,1% продовжили навчання на акушерських і вищих жіночих курсах.

Значна кількість сестер милосердя Київської громади в різний час була відраджена до інших лікувальних закладів. Їх число в мирний час навіть зменшувалося, оскільки в громаді їх було більше, ніж треба. Деякі з них, як найкращі, переходили до інших Маріїнських громад, як сестри-доглядачки або старші сестри.

У 1910 р. при Київській громаді було влаштовано притулок для сестер милосердя, які вийшли у відставку через хворобу і втрату працездатності до вислуги ними пенсії. Будівля для нього була споруджена в Святошині – двоповерховий будинок з кімнатами на одну або дві сестри, їдальнею, верандою. Це будівництво обійшлося в 13 596 крб 36 коп. У 1913 р. в ньому проживало 17 сестер, з них 13 колишніх сестер Київської громади, а 4 місця було виділено для Головного управління Червоного Хреста для сестер із інших громад. За це Київська громада одержувала від Головного управління субсидію розміром 1500 крб щорічно.

Усі сестри мешкали в цьому притулку на повному утриманні, отримуючи не лише харчування, але й одяг та білизну.

Таблиця 2
Склад Маріїнської громади сестер милосердя
у м. Києві (1878–1913 рр.)

Висновки

Рік	Штатні сестри милосердя	Випробувані сестри та учениці	Загальне число
До 1 жовтня 1878 року	15	–	15
1879 року	25	–	25
1880 року	26	1	27
До 1 січня 1881 року	26	1	27
1882 року	28	2	30
1883 року	22	5	27
1884 року	33	8	41
1885 року	33	8	41
1886 року	33	5	38
1887 року	33	9	42
1888 року	40	1	41
1889 року	39	3	42
1890 року	33	9	42
1891 року	40	9	49
1892 року	38	14	52
1893 року	47	15	62
1894 року	55	18	73
1895 року	55	18	73
1896 року	56	15	71
1897 року	56	23	79
1898 року	56	22	78
1899 року	58	24	82
1900 року	60	33	93
1901 року	66	41	107
1902 року	61	34	95
1903 року	65	35	100
1904 року	60	27	87
1905 року	93	39	132
1906 року	93	45	138
1907 року	82	29	111
1908 року	78	20	98
1909 року	76	25	101
1910 року	74	30	104
1911 року	76	34	110
1912 року	85	32	117
1913 року	92	26	118

1. У 1867 р. в Російській імперії було засновано Товариство піклування про поранених і хворих воїнів, яке в 1979 р. було перейменовано в Російське товариство Червоного Хреста.

2. За Статутом Товариства у Київській губернії, як і в інших, було створено Київське місцеве управління Червоного Хреста, яке керувало комітетами Червоного Хреста, організованими майже у всіх повітах і деяких містечках губернії.

3. Крім основних завдань Товариства Червоного Хреста, Київське місцеве управління та його комітети на добродійній основі створювали лічниці для медичної допомоги незаможному населенню і видачі йому безкоштовних ліків, а також проводили санітарно-профілактичну роботу з благоустрою та оздоровленню населених пунктів.

4. Поступово одним з основних завдань Товариства стала підготовка сестер милосердя (сестер-жалібниць) для догляду поранених і хворих воїнів під час війни та постраждалих під час стихійних і громадських лих. З цією метою створювалися громади сестер милосердя (перша – в 1854 р.), які згодом одержали назву Маріїнських і з 1894 року були переведені у відомство Товариства Червоного Хреста.

5. Однією з таких громад була Маріїнська громада у м. Києві, створена в 1878 році Дамським комітетом Київського місцевого управління Товариства Червоного Хреста.

6. Сестри милосердя Маріїнської громади перебували на повному утриманні Товариства під час навчання та служби і безкоштовно надавали допомогу хворим в тих лікувальних закладах, де вони навчалися і працювали, а також приватним особам.

7. На основі добродійності Київська громада створила дві лічниці (амбулаторії) і лікарню, де більшість хворих отримували безкоштовно медичну допомогу.

8. Сестри милосердя Київської громади часто відряджалися на театр воєнних дій, місця стихійних лих та епідемій, де їхня діяльність одержала високу оцінку.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням історії розвитку системи медичної допомоги населенню в м. Києві.

Література

1. *Годовой отчет Киевского местного управления и подведомственных ему комитетов Российского общества Красного Креста за 1897 год.* – К.: Тип. Петра Барского, 1898. – 175 с.

2. *Киевская Мариинская община сестер милосердия: Исторический очерк, составленный С.М. Иваницким-Василенко.* – К.: Тип. А.И. Гросман, 1913. – 101 с.
3. *Красный Крест.* – Энциклопедический словарь. – Том XVI а / Издатели Ф.А. Брокгауз, И.А. Ефрон. – СПб: Типо-Литография И.А. Ефрон, 1895. – С. 561–562.
4. *Нормальный устав общин сестер милосердия Российского общества Красного Креста.* – К.: Тип. штаба Киевского военного округа, 1914. – 48 с.
5. *Отчет Киевского местного управления и подведомственных ему комитетов Российского общества Красного Креста за 1899 год.* – К.: Тип. А.О. Штерензона, 1900. – 208 с.
6. *Отчет Киевской Мариинской общины сестер милосердия за 1911 год (34-ый год существования).* – К.: Тип. Окружного Штаба, 1912. – 112 с.
7. *Отчет Мариинской общины Российского общества Красного Креста за 1891 год.* – К.: Тип. штаба Киевского военного округа, 1892. – 40, 38 с.; табл.
8. *Отчет Мариинской общины Российского общества Красного Креста за 1892 год.* – К.: Тип. штаба Киевского военного округа, 1893. – 38, 28 с.; табл.
9. *Отчет Мариинской общины Российского общества Красного Креста за 1893 год.* – К.: Тип. штаба Киевского военного округа, 1894. – 46 с.; прилож. табл.
10. *Отчет Мариинской общины Российского общества Красного Креста за 1894 год.* – К.: Тип. штаба Киевского военного округа, 1895. – 116 с.; табл.
11. *Отчет о деятельности комитета Киевской Мариинской общины сестер милосердия Российского общества Красного Креста за 1905 год.* – К.: Тип. Окружного Штаба, 1906. – 100 с.
12. *Отчет о деятельности комитета Киевской Мариинской общины сестер милосердия Российского общества Красного Креста за 1906 год.* – К.: Тип. Окружного Штаба, 1907. – 91 с.
13. *Отчет о деятельности комитета Киевской Мариинской общины сестер милосердия Российского общества Красного Креста за 1907 год.* – Киев: Типография Окружного Штаба, 1908. – 77 с.
14. *Отчет о деятельности комитета Киевской Мариинской общины сестер милосердия Российского общества Красного Креста за 1908 год.* – К.: Тип. Окружного Штаба, 1909. – 77 с.
15. *Отчет о деятельности комитета Киевской Мариинской общины сестер милосердия Российского общества Красного Креста за 1909 год.* – К.: Тип. Окружного Штаба, 1910. – 71 с.
16. *Отчет о деятельности комитета Киевской Мариинской общины сестер милосердия Российского общества Красного Креста за 1910 год.* – К.: Тип. Окружного Штаба, 1911. – 85 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.04.2018 р.

Киевское местное управление общества Красного Креста и его Мариинская община сестер милосердия

О.М. Циборовский, В.М. Сорока
ГУ "Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины"

Цель работы – показать роль Общества Красного Креста и его Мариинских общин сестер милосердия в лечебной и санитарно-профилактической деятельности в XIX – в начале XX в. на примере киевских организаций.

Материалы: Отчеты Киевского местного управления Общества Красного Креста и Мариинского общества сестер милосердия, нормативные документы, энциклопедии, справочники, календари.

Методы: системного подхода, контент-анализа, сравнительно-исторический, статистический.

Результаты: Показано, что Киевское местное управление Красного Креста и его комитеты в уездах на благотворительной основе создавали лечебницы для

медицинской помощи малоимущему населению, а также проводили санитарно-профилактическую работу из благоустройства и оздоровлению населенных пунктов. Мариинское общество сестер милосердия в г. Киеве, созданная 1 октября в 1878 г., оказывала бесплатную медицинскую помощь и выдачу лекарств в тех заведениях, где учились и работали эти сестры, а в 1881 и 1884 гг. создала собственные две лечебницы и в 1879 г. – больницу, где большинство пациентов лечилось бесплатно.

Выводы: Общество Красного Креста, одним из основных заданий которого была подготовка сестер милосердия для предоставления помощи во время войны и стихийных бедствий, на благотворительных принципах оказывало медицинскую и медикаментозную помощь малоимущему населению бесплатно.

Ключевые слова: Красный Крест, Мариинское общество сестер милосердия, благотворительность, бесплатная медицинская и медикаментозная помощь.

**Kiev local department of the Red Cross society
and its Mariinsky Society of Sisters of mercy**

O.M. Tsiborovsky, V.M. Soroka
PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches
MHC of Ukraine", Kyiv, Ukraine

The **purpose** of the work is to show the role of the Red Cross Society and its Mariinsky Society of Sisters of mercy in health and preventive activities in the 19th and early 20th centuries. on the example of Kiev organizations.

Materials: Reports of the Kyiv local department of the Red Cross Society and the Mariinsky Society of Sisters of Mercy, normative documents, encyclopedias, reference books, calendars.

Methods: system approach, content analysis, comparative-historical, statistical.

Results: It is shown that the Kyiv local department of the Red Cross and its committees in the counties on a charitable basis created clinics for medical assistance to low-income population, and also carried out sanitary and preventive work from improvement and improvement of settlements. The Mariinsky Society of Sisters of mercy in Kiev, established on October 1 in 1878, provided free medical care and dispensing of medicines in the institutions where these sisters studied and worked, and in 1881 and 1884, created its own two hospitals and in 1879 – a hospital where most patients were treated for free.

Conclusions: The Red Cross Society, one of the main tasks of which was the training of nurses to provide assistance during the war and natural disasters, provided charitable and medical assistance to poor people for free.

Key words: the Red Cross, the Mariinsky Society of Sisters of mercy, charity, free medical and medicament help.

Відомості про авторів

Ціборовський Олег Михайлович – к.м.н., с.н.с., керівник сектору історії медицини ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України". Пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Сорока Володимир Михайлович – асистент кафедри соціально-гуманітарних дисциплін ПВНЗ "Міжнародна академія екології і медицини". Пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Андріанова І., Вінарська Н., Кузін І., Родина Р.

Аналіз потенціалу національної мережі лабораторій ВІЛ/СНІД для досягнення цілей стратегії ЮНЕЙДС Fast – Track

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

Мета. Важливою частиною системи охорони громадського здоров'я є надійно функціонуюча у відповідності до міжнародних принципів якості та безпеки національна лабораторна служба, складовою частиною якої є мережа лабораторій, що працюють у сфері ВІЛ/СНІДу. У контексті України для досягнення цілей стратегії ЮНЕЙДС «Прискорення подолання епідемії ВІЛ-інфекції Fast – Track» ефективна та результативна робота лабораторій діагностики ВІЛ/СНІДу є основою для забезпечення сталості надання лабораторних послуг для населення України.

Стратегія Fast – Track для України, насамперед, означає нарощування обсягів лікування, без якого неможливо кардинально знизити приріст нових випадків ВІЛ і смертність від СНІДу, тобто – взяти епідемію під контроль. Виходячи з цього, завданням лабораторій є забезпечення лабораторного моніторингу ефективності лікування гарантованої якості. Тому технічна спроможність та компетенція лабораторій є критичними для забезпечення надання таких послуг.

Матеріали і методи. Для аналізу потенціалу мережі лабораторій були використані національні та міжнародні джерела інформації щодо оцінки стану функціонування в Україні мережі лабораторій з діагностики ВІЛ/СНІДу, що включали ситуаційну характеристику елементів моніторингу та аналізу (організаційні структури та ресурси), зокрема

1. Laboratory Assessments in Ukraine – Ministry of Health Laboratories in Odessa, Chernihiv, and Kyiv -Clinical and Laboratory Standards Institute. Aug 2016/Dec 2016.

2. Report of the WHO mission to Ukraine to assess the public health laboratory system and establishment of a National Laboratory Working Group World Health Organization Regional Office For Europe. 12-21 Dec 2016.

3. Паспортні анкети регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, що містили інформацію про всі державні структури, що працюють у сфері ВІЛ/СНІДу в межах адміністративно-територіальної одиниці, за період 2016 та 2015 роки:

Результати та обговорення. Для проведення лабораторних досліджень з моніторингу ефективності лікування (визначення рівня вірусного навантаження ВІЛ-1) 18 лабораторій центрів СНІДу забезпечені необхідним обладнанням. Протягом останніх трьох років (2015-2017) спостерігається збільшення кількості таких досліджень, особливо зважаючи на темпи розширення масштабів АРТ (55176, 107546, 158704 відповідно). Так, охоплення пацієнтів на антиретровірусній терапії (АРТ) обстеженнями з визначення рівня вірусного навантаження ВІЛ-1 зросло з 32,9% (2015 рік) до 70,7% (2016 рік) та 79,4% (2017 рік). Проте, країна поки що не може забезпечити 100% доступ пацієнтів на АРТ до таких досліджень, що за визначенням ВООЗ є одним з ризиків формування резистентності ВІЛ до антиретровірусних препаратів.

Відповідно до стратегії Fast – Track, на лікування до 2020 року має бути залучено біля 192 тис. ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що означає зростання кількості вірусологічних досліджень (понад 2 рази) у порівнянні з 2017 роком. Між тим, існують певні перешкоди для збільшення кількості досліджень з визначення рівня вірусного навантаження, серед яких можна зазначити основні: старіння парку обладнання (78% приладів мають термін користування понад 6 років); відсутність достатньої кількості кваліфікованих кадрів (спеціалістів із спеціальністю «Мікробіологія та, вірусологія», «Бактеріологія»). У зв'язку з втратою чинності наказів Міністерства охорони здоров'я України від 23 лютого 2000 року № 33 та від 12.03.2008 № 122 згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 2 вересня 2016 року № 928 проблеми з працевлаштуванням фахівців, особливо з немедичною освітою, із зазначеними спеціальностями загострилась.

Висновки. Проведений аналіз дозволяє зробити такі висновки:

1. Потребує перегляду та оновлення законодавча база у відповідності до міжнародних стандартів з питань діагностики та лабораторного супроводу ВІЛ-інфекції та правових засад для роботи фахівців з вищою немедичною освітою.

2. Необхідною є розробка стратегічного плану розвитку національної мережі лабораторій.

3. Необхідним є розробка дієвого плану переоснащення (дооснащення) лабораторій лабораторним обладнанням.

4. Система охорони громадського здоров'я потребує розробки ефективної моделі планування видів досліджень, фінансування для здійснення діагностичних робіт, постачання, збереження та витрати наявних ресурсів.

Андріанова І.В., Люльчук М.Г., Бабій Н.О., Курпичова В.В., Щербінська А.М.

Розвиток кадрового потенціалу лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу як необхідної складової для досягнення цілей 90-90-90

ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», м.Київ

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»

Актуальність. Стратегія Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу Fast-Track «Прискорення подолання епідемії ВІЛ-інфекції» спрямована на забезпечення громадського здоров'я і в значній мірі ґрунтується на діяльності лабораторної служби, що є невід'ємною складовою процесу діагностики ВІЛ-інфекції та ефективного лікування хворих. Реалізація поставлених в Стратегії задач вимагає розширення послуг з виявлення недиагностованих випадків ВІЛ-інфекції, інтенсивної АРТ, що, в свою чергу, потребує розвитку кадрового потенціалу та матеріально-технічного забезпечення лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції.

Мета дослідження. Проаналізувати стан кадрового та матеріально-технічного забезпечення лабораторної служби СНІДу в умовах реформування системи охорони здоров'я в країні.

Методи дослідження. Проведено аналіз статистичних даних та звітів обласних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом за останні роки.

Отримані результати. На сьогодні в країні функціонує 113 лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції, діяльність яких спрямована на:

- надання послуг з тестування на ВІЛ (ПТВ) – скринінгові та підтверджуючі дослідження на наявність серологічних маркерів ВІЛ,
- визначення лабораторних критеріїв стану ВІЛ-інфікованих осіб за результатами імунологічних досліджень кількості CD4 лімфоцитів та показниками рівня вірусного навантаження (ВН);
- лабораторний моніторинг ефективності АРТ та визначення причин вірусологічної неефективності;
- ранню діагностику ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками;
- визначення частоти формування та циркуляції резистентних до АРВП штамів ВІЛ шляхом виявлення мутацій резистентності у пацієнтів, які отримують АРТ.

Виконання зазначених напрямів лабораторних досліджень потребує потужного кадрового потенціалу – спеціалістів з медичною та біологічною освітою, які володіють сучасними методами імунологічних та молекулярно-генетичних досліджень. В цілому, в центрах СНІДу потреба в лабораторних спеціалістах з вищою освітою визначена в 152,25 ставки, з яких зайнято 137,75 з них 75,6% мають категорії. Переважна більшість фахівців є спеціалістами з клінічної лабораторної діагностики і лише 21,6% – з вірусології. Така диспропорція за умови розширення масштабів АРТ потребує перегляду спеціалізації персоналу в бік зосередження уваги на підготовці фахівців саме у напрямку молекулярно-генетичних досліджень. Передусім, це стосується 8 центрів СНІДу, які не укомплектовані фахівцями необхідних спеціальностей для виконання вірусологічних досліджень, що в теперішній час є вирішальним для контролю ефективності АРТ.

Координує діяльність лабораторної служби країни референс-лабораторія діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу ЦГЗ МОЗ України, яка здійснює аналіз існуючої нормативної бази і її відповідність сучасним вимогам і рекомендаціям ВООЗ, розробляє і впроваджує нові нормативні документи, методичні посібники та протоколи досліджень, визначає напрямки діяльності і потреби в кадровому і матеріально-технічному забезпеченні лабораторій, контролює роботу лабораторій, впроваджує нові технології діагностики ВІЛ-інфекції, організовує і здійснює референсні дослідження з контролю якості роботи регіональних лабораторій в частині серологічних та імунологічних досліджень, визначає характер формування мутацій резистентності та субтипову структуру циркулюючих в країні штамів ВІЛ. В плані розбудови потенціалу служби забезпечує професійну підготовку персоналу через організацію і проведення конференцій, семінарів і тренінгів як на національному, так і регіональному рівні.

Матеріально-технічне оснащення лабораторій центрів СНІДу потребує значного переобладнання застарілого парку з урахуванням підвищення навантаження в умовах розширення АРТ, передусім, це стосується лабораторій служби крові.

Висновки. Проведений аналіз привертає увагу до необхідності термінового вирішення проблеми кадрового і матеріально-технічного забезпечення лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції, що вкрай важливе за умови розширення масштабів АРТ, як це зазначено в Стратегії ООН та Загальнодержавній програмі протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні.

Білоник А.Б., Гринзовська В.О.

Питання розвитку радіаційної гігієни в системі громадського здоров'я України на сучасному етапі

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

В умовах становлення вітчизняної системи громадського здоров'я України, незважаючи на те, що у 2016 році окремі функції держсанепіднагляду було передано до Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, Державної служби України з питань праці, радіологічні підрозділи лабораторних центрів, в основному, виконують свої функції із забезпечення радіаційної безпеки населення України.

Широке розповсюдження джерел іонізуючого випромінювання (далі – ДІВ) в усіх сферах народного господарства, науки та медицини, зростаючі масштаби використання різноманітних ДІВ в усіх галузях промисловості і сільського господарства, зумовили різке збільшення потенційної можливості контакту людини з іонізуючим випромінюванням.

У галузі радіаційної гігієни об'єктами, які можуть впливати на техногенно-екологічну безпеку та спричинити масові радіаційні ураження населення, можуть бути пункти накопичення, тимчасового зберігання та захоронення радіоактивних відходів, а також атомні електростанції (АЕС), установи по виготовленню та використанню радіофармпрепаратів, радіоізотопних приладів та установок.

На території України в даний час знаходиться близько 9 тисяч підприємств, установ та організацій, що використовують у своїй діяльності радіаційно-небезпечні технології та ДІВ. У них налічується біля 106 тисяч приладів, у яких застосовуються радіоактивні речовини, ДІВ та близько 80 гамма терапевтичних установок, які використовуються медичними установами. Такий стан потребує кваліфікованої диференціації справжньої та потенційної небезпеки. Щорічно виконуються сотні тисяч рентгенодіagnostичних досліджень та профілактичних флюорографій, 75 тис. радіологічних досліджень, понад 92 тис. хворих отримують курс променевого лікування.

Ураження населення продуктами радіоактивного розпаду, зовнішнє опромінення та радіоактивне зараження місцевості, ґрунтових вод, продуктів харчування можливі тільки при порушенні цілісності та герметичності вище перерахованих об'єктів.

З метою попередження виникнення надзвичайних ситуацій на радіаційно небезпечних об'єктах та збереження здоров'я населення, необхідно розглянути та вирішити проблемні питання:

- 1) Забезпечити фізичний захист радіаційно небезпечних об'єктів та спеціальних транспортних засобів, задіяних на перевезенні радіоактивних речовин;
- 2) Посилити радіаційно-гігієнічний моніторинг за найбільш небезпечними в радіаційному відношенні об'єктами;
- 3) Забезпечити належний контроль за санітарною охороною території України від завезення вантажів, які можуть спричинити радіаційні ураження населення;
- 4) Створити програми тренінгів та провести навчання з оцінки ризиків для здоров'я населення України та персоналу радіаційно небезпечних об'єктів при виникненні надзвичайних ситуацій.

З метою одержання інформації, необхідної для прийняття рішень по забезпеченню радіаційного захисту персоналу і населення, ведеться моніторинг опромінення осіб, що працюють з радіоактивними речовинами та джерелами іонізуючих випромінювань, населення та територій, які зазнали радіоактивного забруднення внаслідок аварії на ЧАЕС.

Стан радіаційної безпеки, радіаційного захисту персоналу і населення значною мірою залежить від наявності та дієвості радіометричних спостережень та аналізу результатів доз опромінення персоналу, працюючого з ДІВ. В той же час, відсоток обхвату індивідуальним дозиметричним контролем відповідних контингентів персоналу категорії А становить близько 65 %.

Таким чином, за умов формування системи громадського здоров'я варто:

- 1) підсилити проведення аналізу радіаційної обстановки на об'єктах, де працюють з радіоактивними речовинами та ДІВ;
- 2) прогнозування їх впливу на здоров'я персоналу та населення;
- 3) вирішити питання оновлення радіометричного та дозиметричного обладнання при створенні національної та регіональних референс-лабораторій.

Бойко В.Я.¹, Лазоришинець В.В.²

Потреба населення сільськогосподарської області в первинній медико-санітарній допомозі

¹Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

²Національна академія медичних наук України

Нами розраховано коефіцієнт потреби населення Рівненської області у ПМСД.

В результаті обрахунку встановлено, що диференційований коефіцієнт потреби у первинній медичній допомозі прикріпленого населення становить – 1,18.

Диференційований коефіцієнт потреби у первинній медичній допомозі прикріпленого населення служить базою для диференціації кадрових потреб у лікарях в межах адміністративної території на його базі розраховано потребу в структурі та кадрових ресурсах для ПМСД.

Далі співставлено дані про існуючу мережу та кадри ПМСД, мережу та кадри ПМСД визначені департаментом охорони здоров'я ОДА, як критерії реформи охорони здоров'я в області та ті дані, які отримані в ході наукового дослідження. Дані співставлення наведені в табл.

Таблиця

Співставлення мережі та кадрів ПМСД існуючих, запропонованих та обгрунтованих

Показник	Існуючі	Запропоновані	Обгрунтовані
Мережа			
Центри ПМСД	2	20	20
Лікарські амбулаторії	93	165	182
ФАПІ	626	614	597
Медичних пунктів (здоровпункти)	25	14	17
Медичних пунктів в навчальних закладах	21	10	15
Медичні кадри, посади на 10 тис відповідного населення			
Дільничні терапевти	2,3	2,1	Посади відсутні
Дільничні педіатри	6,7	6,5	Посади відсутні
Дільничні медичні сестри (тер. і пед. дільниць)	13,3	13,1	Посади відсутні
Сімейні лікарі	5,4	5,6	10,7
Сімейні медичні сестри	6,3	10,4	21,4

Отримані в ході розрахунків та наведені в табл. дані вказують на наступне:

- по мережі ЗОЗ : у зрівнянні з існуючою мережею обрахована визначає певні зміни, які полягають в збільшенні на 18 ЦПМСД, на 89 АЗПСМ; зменшенні на 29 ФАПів та на 14 здоровопунктів. У зрівнянні з запропонованими УОЗО змінами пропонується збільшення на 17 АЗПСМ, зменшення на 17 ФАПів та збільшення на 8 здоровопунктів в т.ч. на 5 в навчальних закладах.

- по медичним кадрам: у зрівнянні з існуючим забезпеченням лікарськими кадрами обраховано зменшення на 2,3 посадами дільничними лікарями-терапевтами та 6,7 посадами дільничних лікарів-педіатрів (відсутність штатних посад дільничних лікарів), збільшення на 5,3 на 10 тис населення посад ЛЗП-СЛ з рівнем 10,7; скорочуються посади дільничних медичних сестер, а забезпеченість сімейними медичними сестрами збільшується до показника 21,4 тобш на 15,1 на 10 тис населення. У зрівнянні з запропонованими УОЗО змінами пропонується збільшення рівня забезпеченості ЛЗП-СЛ на 5,1, а сімейними медсестрами на 11,0 з усуненням посад дільничних лікарів та дільничних медичних сестер.

Гриценко Т.В.

Реалізація плану переходу послуг з профілактики ВІЛ та догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ та ТБ до державного фінансування, запланований на 2018-2020 роки (план 20-50-80)

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

В умовах обмежених фінансових можливостей виникає гостра необхідність забезпечити стійке та стале планування, фінансування, реалізацію та інституалізацію заходів з профілактики, догляду та підтримки після завершення донорської підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією та створити життєздатну і якісну систему надання послуг, що поєднують медичні, соціальні та освітні та забезпечують ефективну відповідь на епідемії ВІЛ та ТБ на підходах громадського здоров'я.

Ключовим напрямку зусиль є створення та законодавче закріплення поняття «базових пакетів» з профілактики, догляду та підтримки ВІЛ та ТБ на підходах:

- 1) Доказовості: інтервенції з доказовою ефективністю відповідно міжнародних стандартів та рекомендацій, спрямовані на ключові групи населення та напрямки діяльності
- 2) Економічної ефективності: максимальний вплив на епідемії за найбільш раціональні ресурси
- 3) Універсальності: можливість ефективного програмування незалежно від регіональної специфіки та змін в контексті
- 4) Сталості: створення нормативної бази для зрозумілої та ефективної імплементації незалежно від політичної волі, регіональних політик тощо
- 5) Відкритості: залучення ключових спільнот та всіх зацікавлених сторін до формування пакетів.

	Профілактика ВІЛ	ДОТ для чутливого ТБ	ДОТ для МРТБ	Догляд та підтримка ЛЖВ
Інтервенції	ПОШ, презервативи і лубриканти (в тому числі з консультуванням в рамках аутріч моделей)	Оцінка ризиків відриву від лікування	Оцінка ризиків відриву від лікування	Супровід процесу підготовки до лікування
		Контроль наявності препаратів	Контроль наявності препаратів	
	Кіт на ВІЛ (у тому числі перенаправлення, навігація або інші ефективні моделі)	Скринінг ТБ серед близького оточення	Скринінг ТБ серед близького оточення	Супровід (інформаційний, психосоціальний) на початковому етапі лікування, формування прихильності до АРТ
		Доставка препаратів	Доставка препаратів	
	Цільові інформаційні, комунікаційні та освітні програми	Матеріали «Інфекційний контроль»	Матеріали «Інфекційний контроль»	Тестування та консультування партнерів
Телефонний контроль проходження діагностики		Телефонний контроль проходження діагностики		
Скринінг на туберкульоз		Інформаційні матеріали щодо відриву від лікування		

Напрацьовані пакети передбачаються до впровадження відповідно до новостворених моделей управління програмами профілактики, догляду та підтримки, які, в свою чергу, розроблені на підходах:

- 1) Компліментарності: розбудова моделей відповідно до діючих реформ – медичної, адміністративної
- 2) Громадського здоров'я: стимулювання регіональних центрів громадського здоров'я до змістовної участі у плануванні та реалізації програм, формування розуміння «відповідальності» за успіх реалізації програм на рівні
- 3) Прозорості: створення конкурентного середовища та залучення різних типів установ та організацій у відборі в якості надавачів послуг на конкурсній основі
- 4) Взаємної відповідальності: можливість співфінансування послуг з бюджетів різних рівнів

Загальне бачення реалізації плану

	2017	2018	2019	2020
Державне фінансування	Визначення регіонів, які стануть учасниками пілотування моделі переходу	0% (пілотна імплементація механізму держзакупівель)	50% через державну систему закупівель	80% через державну систему закупівель
Глобальний фонд	Формування алгоритмів надання послуг та напрацювання відповідної регуляторної бази	100% (20% - через ЦГЗ 80% - через інших ОР)	50% - через основних реципієнтів ГФ	20% - через основних реципієнтів ГФ

Фінансове забезпечення гарантій за рахунок державного та місцевих бюджетів у наступні роки

**Пілотування в перехідний бюджетний період**

- Оптимізація витрат Бюджетних програм 1040 та 1400
- Зміни до паспортів бюджетних програм, які б дозволили закупівлю послуг з профілактики, догляду та підтримки за рахунок оптимізації
- Затвердження Наказу про пілотування у визначених регіонах
- Заохочення виділення коштів місцевих бюджетів та включення витрат у регіональні програми

50 %
охоплення

**Закон 2233**

- Державні програми громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями
- Програми державних гарантій медичного обслуговування населення
- Співфінансування оплати послуг, що надаються в рамках державних гарантій медичного обслуговування та понад їх обсяг з місцевих бюджетів
- Регіональні та місцеві програми громадського здоров'я

80 %
охоплення

Виклики

- 1) Відсутність досвіду закупівель, надання та моніторингу послуг з профілактики, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ та ТБ;
- 2) Відсутність прецеденту фінансування профілактичних послуг;
- 3) Слабкість регуляторної бази – відсутність документів, які б визначали зміст послуг, вимоги до надавачів, механізми фінансування, звітність тощо;
- 4) Сенситивність питання, недовіра з боку спільнот щодо готовності держави фінансувати дані напрямки та стигма і дискримінація з боку значної долі представників ЗОЗ та осіб, що приймають рішення на регіональному рівні.

Ключові напрямки усунення ризиків

- 1) Розвиток регіональної мережі центрів громадського здоров'я, навчання та менторинг;
- 2) Розробка та затвердження стандартизуючих документів: порядків надання послуг, порядків використання бюджетних коштів, методик розрахунку потреб, розрахунку вартості послуг
- 3) Приведення кодування клієнтів профілактичних програм до єдиної системи, комплементарної МІС ВІЛ та E-Health;
- 4) Адвокація виділення коштів з місцевих бюджетів.
- 5) Інформаційна та адвокаційна робота з ключовими представниками груп ризику, кінцевими бенефіціарами та регіональними лідерами.

Виноградова Г.М., Висоцька О.І., Брякіна А.А., Висоцький В.І.

Управління якістю профілактики ВІЛ-інфекції: підготовка медичних кадрів

**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Навчально-науковий центр – Український тренінговий центр сімейної медицини**

Питання протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу є одним із пріоритетів державної політики України у сфері громадського здоров'я і соціального розвитку та предметом ряду міжнародних зобов'язань України. Важне місце в подоланні епідемії ВІЛ/СНІДу займають превентивні, профілактичні заходи. Профілактика захворювань – вид діяльності служби громадського здоров'я, спрямований на раннє виявлення і управління ризиком розвитку захворювань на популяційному, груповому та індивідуальному рівнях. Традиційно застосовується комплексний підхід до оцінки вартості, необхідних ресурсів, термінів і якості виконання профілактичної програми або послуги. Останній компонент – оцінка якості дає організації, яка фінансується, впевненість в тому, що проміжні результати виконання профілактичної програми або медичної послуги постійно вимірюються та аналізуються для досягнення очікуваних результатів у термін і для призначеної групи населення.

Мета. Розробка навчальної програми та навчального пакету циклу повторного підвищення кваліфікації викладачів / тематичного удосконалення лікарів з метою формування у слухачів компетенцій з актуальних питань оцінювання якості отриманих даних виконання профілактичної програми або послуги, що є одним з ключових етапів в оцінюванні ефективності і доступності медичних послуг, розробки політик і цільових програм профілактики ВІЛ/СНІДу в сфері громадського здоров'я.

Результати. На даний час організації з більш ніж 160 країн в своїх системах управління якістю послуг для оцінки якості застосовують стандарт ISO 9001:2015 виробництва (Quality Management Systems, QMS) у вигляді стандартних операційних процедур (СОП), які дозволяють зробити процес роботи і його результати послідовними, узгодженими, передбачуваними і відтворюваними. Треба відмітити, що відповідальними за реалізацію СОП можуть бути не тільки фахівці з висщою медичною освітою, а і середній медичний персонал. Так у медичних установах США, медсестри, які пройшли відповідний сертифікаційний курс, відповідальні за реалізацію СОП. Це обумовлює актуальність проведення додаткової поглибленої підготовки із зазначеного напрямку.

З метою зміцнення кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я щодо протидії поширенню ВІЛ інфекції навчально-науковим центром – Українським тренінговим центром сімейної медицини (ННЦ УТЦСМ) Національного медичного університету (НМУ) імені О.О. Богомольця, в рамках реалізації Глобальної програми міжнародної технічної допомоги Американського товариства мікробіології, щодо зміцнення потенціалу лабораторій (ASM LabCap) в Україні, за підтримки Американського товариства мікробіології (ASM) США була створена програма навчального циклу повторного підвищення кваліфікації викладачів (ППК) /тематичного удосконалення лікарів (ТУ): «Управління якістю профілактики ВІЛ-інфекції». Курс орієнтований на лікарів та викладачів ВМНЗ I-III рівня акредитації, які беруть участь в підготовці медичних сестер з предметів інфекційних хвороб та загальної практики – сімейної медицини з моніторингу якості профілактики ВІЛ інфекції в рамках ISO 9001: 2015 міжнародного стандарту. Мета навчального курсу ТУ: забезпечити слухачів необхідними знаннями та навичками для вдосконалення їх компетенцій з питань розуміння якості в охороні здоров'я і управління якістю профілактики ВІЛ-інфекції та сформуванню правильну позицію і визначити роль і місцемедичної сестри в контролі якості профілактики хронічних захворювань. Треба підкреслити, що інструменти моніторингу якості, які представлені в даному курсі, можуть бути адаптовані до програм профілактики не тільки ВІЛ-інфекції, а і інших хронічних захворювань.

На базі ННЦ УТЦСМ, за участі і підтримки викладачів-експертів ASM (США), був проведений пілотний п'ятиденний навчальний цикл (в очній формі, тривалістю 39 годин), який складається з лекцій, семінарів, практичних занять. В структуру та методологію навчального циклу впроваджено сучасні інноваційні технології навчання з використанням інтерактивних форм та методів навчання. Після закінчення курсу проводиться іспит. Завдання навчального курсу: 1. Вивчення методу оцінки здоров'я населення в обслуговуваному районі для успішної боротьби з ВІЛ та реалізації програми Fast Track «90-90-90». 2. Вивчення методу оцінки проекту профілактичної програми в контексті досягнення цілей «90-90-90». 3. Визначення показників якості в охороні здоров'я. 4. Вивчення інструментів вимірювання якості в охороні здоров'я. 5. Визначення ролі медичної сестри в контролі якості профілактики, діагностики і лікування ВІЛ / СНІДу в рамках реалізації стратегії Fast Track в зазначений термін. Очікувалось, що по завершенню навчального курсу учасники курсу зможуть: 1. Провести аналіз ризику поширення ВІЛ-інфекції в обслуговуваному районі. 2. Запропонувати і оцінити ефективність проекту профілактичної програми для району / міста в контексті досягнення цілей «90-90-90». 3. Дати визначення якості в охороні здоров'я. 4. Розробити основні інструменти контролю якості реалізації профілактичної програми. 5. Провести первинний аналіз індикаторів якості. 6. Визначити роль медичної сестри в процесі контролю якості.

Основні тематичні блоки циклу тематичного удосконалення включають три модулі:

Модуль I. Оцінка здоров'я спільнот і проектів профілактичних програм в контексті досягнення цілей «90-90-90». В модулі увага приділяється початковому етапу створення систем управління якістю профілактичної програми, а саме

проведенню аналізу здоров'я спільноти, виділенню групи ризику, розробці та оцінці проекту, партнерству з місцевими медичними установами і відділами охорони здоров'я. По завершенню модуля учасники курсу зможуть: проводити оцінку стану здоров'я населення в контексті профілактики і боротьби з ВІЛ (методи, показники); розуміти принципи оцінки проекту та результатів програм охорони здоров'я для спільнот (методи, індикатори, вимір індикаторів); розуміти роль соціальної справедливості, культурних і соціальних детермінант здоров'я в оптимізації здоров'я на рівні спільноти.

Модуль II. Концепція якості в охороні здоров'я. Модуль представляє базові концепції якості в охороні здоров'я. Студенти отримають навички, необхідні для контролю якості реалізації профілактичної програми, включаючи написання стандартної операційної процедури (СОП), вибір і первинний аналіз індикаторів якості, розробка моніторингового опитувальника. По завершенню модуля учасники курсу зможуть: дати визначення якості в практиці охорони здоров'я; охарактеризувати типи індикаторів (змінних), що використовуються в громадській охороні здоров'я; визначити загальні помилки при зборі та аналізі індикаторів; моніторувати і аналізувати якість обслуговування / реалізації профілактичної програми, застосовуючи СОП, індикатори, запитальники моніторингу.

Модуль III. Моніторування якості медсестринських послуг в контексті досягнення цілей 90-90-90. У модулі розглядається функції і обов'язки менеджера за якістю середньої ланки в проведенні профілактики і лікування ВІЛ інфекції в контексті досягнення цілей 90-90-90. Практичні заняття будуть спрямовані на закріплення лекційного матеріалу. По завершенню навчального курсу учасники курсу зможуть: застосовувати підхід управління якістю до послуг і програм, спрямованих на досягнення цілей 90-90-90; розуміти, як пілотні проекти впливають на практику тестування на ВІЛ; розуміти концепцію клінічного менеджменту ВІЛ інфекції; розробити індивідуальний план профілактики та моніторингу для первинного пацієнта з ВІЛ інфекцією. Враховуючи практичну направленість даної програми, наприкінці навчання слухачі повинні оволодіти наступними практичними навичками: вміти робити аналіз здоров'я спільнот, аналізувати проекти профілактичної програми, вміти самостійно написати СОП, скласти опитувальник для моніторингового візиту, проводити аналіз індикаторів якості, написати персоналізований план профілактики та моніторингу для первинного пацієнта з ВІЛ інфекцією.

Висновки. Підготовка фахівців з питань оцінки якості даних потребує створення сучасних освітніх програм в рамках циклів повторного підвищення кваліфікації викладачів, тематичного удосконалення, а також інших форм підвищення кваліфікації на етапі постійної медичної освіти.

Габорець Ю.Ю., Дудіна О.О., Дудник С.В.

Тенденції захворюваності дитячого населення України

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Захворюваність дитячого населення є найбільш важливими критеріями, що характеризують стан здоров'я у всіх вікових періодах. За даними державної статистики на тлі зменшення чисельності дитячого населення (7990,4 тис. дітей 0–17 років у 2013 р. і 7615,6 тис. у 2017 р.) рівні захворюваності і поширеності хвороб при спадній тенденції залишаються високими – поширеність хвороб становила 1920,34 у 2013 р. і 1747,7 у 2017 р. на 1000 дітей відповідного віку, а захворюваність – 1291,7 та відповідно.

Динаміка захворюваності дітей мала хвилеподібний характер – рівень захворюваності мав тенденцію до зменшення з 1394,4 на 1000 дітей віком 0-17 років у 2013р до 1286,07 у 2014р. зі збільшенням до 1385,5 у 2015р. і зменшенням до 1291,69 у 2017р.

Серед загальної популяції дітей за останні 5 років спостерігалось зменшення захворюваності і поширеності по усіх класах хвороб. Більш інтенсивні темпи зниження характерні для розладів психіки та поведінки, хвороб системи кровообігу і ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин (на 27,6%, 26,5% і 20,0% відповідно).

На високих рівнях залишається захворюваність дитячого населення соціально значимими хворобами – туберкульозом і злоякісними новоутвореннями: туберкульозом 11,7 на 100тис. відповідного населення у 2013р. і 11,6 у 2017 р., у т. ч. туберкульозом органів дихання 10,4 і 10,2 відповідно, а злоякісними новоутвореннями – 12,13 і 12,13 відповідно.

Динаміка захворюваності дітей на хламідійні інфекції, трихомоніаз і урогенітальний мікоплазмоз також мала спадну тенденцію і становила відповідно у 2013 і 2017 рр. 3,98 і 1,17; 15,46 та 6,15 і 6,88 та 2,27.

Структура захворюваності дитячого населення упродовж останніх років суттєво не змінилася. У 2017 р. традиційно, як і в попередні роки, перше місце займали хвороби органів дихання (68,2 %). Послідувачі рангові місця посідали хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,1 %), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (3,6%), хвороби органів травлення (3,5 %), хвороби ока та його придаткового апарату (3,2 %). Сумарна частка цих хвороб становила 83,6 %. Усі інші хвороби займали у структурі захворюваності лише 18,4 %.

Несприятливими відносно рівня захворюваності дитячого населення у 2017 році (≥ 1500) залишаються Київська, Івано-Франківська, Житомирська, Дніпропетровська області та м. Київ.

Враховуючи два вищенаведені показники, до проблемних за станом здоров'я дитячого населення адміністративних територій можна віднести м. Київ, Київську, Житомирську та Івано-Франківську області, в яких у 2017 р. рівні захворюваності і поширеності хвороб були найвищими в Україні.

Така ситуація щодо захворюваності та її відмінності у розрізі регіонів свідчать про те, що зростання захворюваності пов'язане із соціальними, екологічними та економічними чинниками, які є стрижневими у політичному і громадському розвитку країни, і про необхідність пильної уваги до вирішення проблем, як на рівні держави, так і на рівні сфери охорони здоров'я.

Глембоцька А.В.

Збереження здоров'я працюючого населення України

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

Здоров'я – одна із головних потреб людини і передумова реалізації її можливостей та здібностей. Саме тому в Конституції України зазначено, що життя, здоров'я і безпека людини визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю.

Слід зазначити, що в політиці охорони здоров'я важливим є не лише питання розвитку медицини, ефективність її діяльності, а, передусім – питання збереження здоров'я населення, тобто – вирішення питань першопричин, а не наслідків. Адже вплив медичної системи на стан охорони здоров'я громадян знаходиться в межах 8-10 %. Визначальними є превентивні заходи, які попереджають виникнення захворювань і сприяють збереженню здоров'я.

Україна, як й інші країни Європи, глибоко зацікавлена в збереженні здоров'я нації і як складової – поліпшенні умов праці робітників на підприємствах зі шкідливими виробничими чинниками та в профілактиці професійних і виробничо обумовлених захворювань, що є основою збереження трудового потенціалу та продовження якісного працездатного довголіття населення.

За даними Держстату з 1998 року чисельність населення України скоротилася майже на 9 млн осіб з 52,2 млн до 42,6 млн. Щорічно Україна втрачає близько 600 тис. своїх громадян, третину яких становлять люди працездатного та репродуктивного віку.

Найвища смертність осіб у працездатному віці відіграє основну роль у формуванні низького рівня тривалості життя населення, який складає 72 роки (чоловіки – 66,3 роки, жінки – 76,3 роки), що значно нижче порівняно з іншими європейськими країнами.

У 2017 році кількість працюючого населення України становила 16,4 млн осіб. Щороку в Україні на виробництві травмуються близько 20–25 тис., з яких майже 1,0–1,5 тис. із смертельним наслідком. До 2015 року у працівників в Україні щорічно виявлялось в середньому 5,0–7,0 тис. професійних захворювань. На сьогодні спостерігається значна кількість прихованої професійної патології, що підтверджується значним зниженням кількості встановлених професійних захворювань у 2015-2017 роках до 1750 випадків.

Як приклад, за даними Міжнародної організації праці у світі щорічно реєструється близько 160 млн випадків професійних захворювань. У США кількість встановлених професійних захворювань знаходиться в межах 125-350 тисяч на рік, у Канаді – 77-112 тисяч, у Росії – 9-12 тисяч.

Ризик загибелі та травмування працівників на 100 тис. працюючих на робочих – місцях в Україні вищий у 8,5 рази у порівнянні з Великобританією, у 3 рази – з Японією, у 2 рази – з Німеччиною. Причини майже 73 % нещасних випадків і аварій на виробництві в Україні є організаційними, 14 % – технічними, 13 % – психофізіологічними.

Ситуація, що склалась пояснюється не тільки змінами у структурі виробництва, але й у небажанні власників забезпечити виявлення професійних захворювань на ранніх стадіях їх розвитку, щоб уникнути витрат на лікування та реабілітацію потерпілих. Значну роль відіграє незацікавленість самого працівника у виявленні профзахворювань через страх втратити роботу, а також недостатній рівень медико-санітарної та спеціалізованої профпатологічної допомоги.

Відсутність постійного системного моніторингу умов праці й стану здоров'я працівників, не дозволяє отримувати об'єктивну оцінку і прогнозувати вплив умов праці на захворюваність працюючого населення та обґрунтовувати ефективні заходи профілактики, що в кінцевому результаті призводить до значних соціально-економічних збитків.

Досвід світової медичної науки переконливо свідчить, що стан здоров'я працюючого населення залежить від впливу багатьох виробничих факторів – фізичних, хімічних, біологічних, психологічних, що можуть бути безпосередньою причиною розвитку професійно обумовлених захворювань, отруєнь і травм. Згідно з даними ВООЗ, 3–5 % ВВП розвинених країн втрачається внаслідок небезпечного й нездорового виробничого середовища.

За даними Інституту медицини праці імені Ю.І. Кундієва НАМН України та Інституту економіки НАН України (2012 р.), економічні та медико-соціальні втрати від професійних захворювань в Україні склали 1,14% ВВП, а саме:

- прямі втрати суспільства від професійної патології – 14,04 млрд. грн.;

- втрати суспільства від втрачених років здорового життя в результаті передчасної смерті від професійної патології – 2 млрд. грн.;

- всі складові медико-соціальних та економічних втрат від професійної захворюваності – 16,04 млрд. грн.

Погіршення стану здоров'я працюючого населення призводить до зниження якісних характеристик людського потенціалу України, зменшення трудових ресурсів та обумовлює зростання потреб у медичній та соціальній допомозі. Здійснення програмних заходів щодо сприяння здоров'ю та запобігання виробничо обумовленим захворюванням є одним із шляхів зниження рівня професійної патології та смертності населення у працездатному віці.

Тож сьогодні вкрай необхідним є вироблення єдиної державної політики щодо збереження здоров'я працюючого населення в Україні.

Міністерством охорони здоров'я розроблено проект Національний план дій щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Метою Плану є розв'язання проблем у сфері неінфекційних захворювань шляхом міжсекторального підходу в реалізації заходів, які спрямовані на формування та розвиток системи громадського здоров'я, забезпечення пріоритетності профілактичного спрямування діяльності сфери охорони здоров'я, створення реальних передумов для покращення медико-демографічної ситуації в країні. Окремі пункти Плану передбачають заходи спрямовані на покращення обізнаності стосовно впливу несприятливих факторів середовища (в т.ч. виробничих), забезпечення ефективної системи моніторингу та контролю впливу їх на здоров'я, включно з розробкою відповідних нормативно правових актів.

Література

1. Кундієв Ю. И., Нагорная А. М. Профессиональное здоровье в Украине: Эпидемиологический анализ. — Киев : Авиценна, 2007. — 396 с.
2. Вищипан В. Профілактика професійних захворювань: науковий підхід. СЕС. Проф. мед. 2006;1: 16–19.
3. Глембоцька Г.В. Умови праці та стан здоров'я працівників основних галузей економіки за 2010. СЕС. Проф. мед. 2011; 4: 18–23.
4. Глембоцька Г.В., Білокобильський С.А. Запобіжний нагляд з гігієни праці на сучасному етапі. СЕС. Проф. мед. 2012; 2: 20–23.
5. Дані Державної служби статистики [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
6. Нагорна А. М., Колодяжна О. І. Економічні та медико-соціальні втрати від професійної захворюваності в Україні: методологія та розрахунки // Укр. журн. з пробл. мед. праці. — 2014. — № 1. — С. 220-228
7. Дані Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>.
8. Кундієв Ю.І., Нагорна А.М., Чернюк В.І. Стратегія забезпечення умов праці і збереження здоров'я працюючих в Україні на 2006–2011 роки. Укр. журн. мед. праці 2005; 1–4: 4–11.
9. Офіційний сайт Фонду соціального страхування України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.fssu.gov.ua/>
10. Офіційний сайт Міжнародна організація праці. МОП. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ilo.org/>
11. Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/>

Головчанський О.М., Виноградова Г.М., Висоцький В.І., Бик В.І.

Актуальні питання застосування немедикаментозних методів лікування на рівні первинної медичної допомоги

**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Навчально-науковий центр – Український тренінговий центр сімейної медицини**

Вступ. Зважаючи на переважно досить високу вартість фармакологічного лікування, його побічні ефекти, наявність мультирезистентних до сучасних лікарських препаратів збудників хвороб, розповсюдженість алергічних реакцій, застосування немедикаментозних методів лікування (НМЛ) становить актуальне завдання для систем охорони здоров'я, як у світі, так і в Україні.

Метою роботи є визначення місця НМЛ в роботі закладів первинної медичної допомоги (ПМД) в умовах реформи охорони здоров'я та становлення нової системи громадського здоров'я України.

Матеріали і методи. Проведено аналіз основних документів щодо нормативно-правового регулювання порядку надання ПМД та застосування НМЛ в Україні.

Результати. В основних засадничих документах, а саме Конституції України (ст.49), наголошено, що “Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування”; в Основах законодавства

України про охорону здоров'я (ст. 6, п.Д) чітко вказано, що "Кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає: кваліфіковану медичну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування, відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я".

Необхідність знати "як медикаментозні методи лікування та профілактики, засновані на принципах доказової медицини, так і немедикаментозні методи лікування та профілактики" окреслена в Кваліфікаційних характеристиках професій працівників, стосовно лікаря загальної практики – сімейного лікаря ("Охорона здоров'я", Вип. 78).

Таким чином, законодавчо визнано, що громадянин України – платник податків має право обирати лікаря і методи лікування, зокрема і НМЛ, а лікар загальної практики повинен володіти і призначати пацієнтам за показаннями методи немедикаментозного лікування.

У той же час, «Програма медичних гарантій: впровадження в Україні» (2018) передбачає зосередити ресурси на науково-обґрунтованих послугах для максимально корисного використання державних коштів. Слід зазначити, що до «Програми медичних гарантій ("позитивний перелік") будуть включені тільки ті медичні послуги та медикаменти, які є дійсно результативними з урахуванням економічної ефективності.

Відповідно до переліку платних послуг (Постанова КМУ № 648 від 22.09.2016), які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах, немедикаментозні методи лікування та профілактики входять в "негативний перелік" медичних послуг і сплачуються пацієнтом.

Разом з тим, згідно «Стратегії ВООЗ в галузі народної медицини на 2014–2023 рр.» (2014) немедикаментозні методи лікування потрібно ширше впроваджувати в систему охорони здоров'я, особливо в країнах з обмеженими ресурсами. В Стратегії зазначається, що якщо сімейний лікар володіє і використовує методи немедикаментозного лікування, то серед його пацієнтів зменшується смертність і витрати на лікування; з огляду на терапевтичну і економічну ефективність НМЛ, а в ряді країн Європи (Франція, Німеччина, Бельгія, Фінляндія, Швейцарія) страхові компанії сплачують послуги відповідних фахівців (Kooreman P, Baars EW. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. *European Journal of Health Economics*, 2012, 13(6):769–776). Крім того, спеціальні військові підрозділи всіх країн НАТО застосовують для знеболання немедикаментозний метод – військово-польову акупунктуру ("Battlefield Acupuncture"), яка цілком може використовуватись і в нашій країні, як в надзвичайних ситуаціях, так і на рівні ПМД.

Висновки. Розвиток системи первинної медичної допомоги і, зокрема її фінансування, залишається важливим і пріоритетним напрямком реформи охорони здоров'я України. З метою оптимізації та підвищення ефективності діяльності закладів, що надають ПМД, слід поглиблено вивчити питання доцільності використання інноваційних медичних лікувальних та профілактичних технологій, в тому числі і НМЛ в практиці сімейної медицини. Зважаючи на Стратегії ВООЗ в галузі народної медицини на 2014–2023 р.р. та позитивний міжнародний досвід впровадження в практику сімейної медицини немедикаментозних методів лікування та профілактики, а також наявність нормативно-правових актів з чіткими вимогами щодо регуляції застосування НМЛ в Україні, постає нагальна необхідність подальшого розвитку наукових досліджень на засадах доказової медицини щодо доведення ефективності застосування немедикаментозних методів лікування та профілактики. Включення таких науково-обґрунтованих методів немедикаментозного лікування і профілактики до "позитивного переліку" послуг програми медичних гарантій сприятимуть підвищенню терапевтичної результативності та максимально корисному використанню державних коштів.

Грузева Т.С., Галієнко Л.І., Власенко С.В.

Сучасні проблеми стану здоров'я та способу життя студентської молоді

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Актуальність проблеми. Аналіз сучасної вітчизняної та зарубіжної літератури свідчить про наявність негативних тенденцій до погіршення стану здоров'я студентської молоді. За даними багатьох дослідників, студентство, у тому числі студенти закладів вищої медичної освіти, є групою населення, яка має підвищений ризик розвитку захворювань, зокрема неінфекційних. Сьогодні майже 80-90% юнаків та дівчат мають ті чи інші відхилення у стані здоров'я, у понад 50% виявлено незадовільну фізичну підготовленість. З кожним роком спостерігається збільшення частки студентів (до 20–25%), яких у зв'язку з хронічними захворюваннями віднесено до спеціальної медичної групи. Протягом періоду навчання в закладах вищої освіти (ЗВО), зі збільшенням курсу навчання, відбувається погіршення стану здоров'я студентів, що віддзеркалює збільшення частоти випадків захворювань протягом року.

Наведені дані огляду літератури дозволяють зробити висновок про актуальність проблеми покращення стану і зміцнення здоров'я студентської молоді.

Мета роботи полягала в обґрунтуванні заходів, спрямованих на профілактику неінфекційних захворювань (НІЗ) та чинників ризику (ЧР) їх розвитку серед студентської молоді на основі вивчення стану здоров'я та способу їх життя.

Матеріали і методи. Проведено соціологічні дослідження за спеціально розробленою анкетною серед 332 студентів різних за профілем ЗВО: гуманітарного, медичного та технічного профілю. Анкета включала 35 питань

закритого та напівзакритого типу з різних аспектів стану здоров'я та способу життя студентської молоді. Аналіз отриманих даних було проведено із застосуванням сучасних методів статистичного аналізу.

Результати дослідження. Вивчення даних самооцінки студентами стану свого здоров'я показало, що більше половини з них вважають його відмінним та добрим ($63,4 \pm 2,6\%$); понад третини ($31,9 \pm 2,6\%$) – задовільним; невелика частка ($4,5 \pm 1,1\%$) респондентів визнала своє здоров'я незадовільним. Аналіз відповідей студентів на питання щодо частоти звернень до лікаря протягом року показав, що переважна більшість з них звертається до лікаря 1-2 рази на рік ($73,2 \pm 2,4\%$), невелика частка опитаних ($17,2\% \pm 3,3\%$) – частіше (3-4 рази на рік).

На питання анкети «Чи отримувате Ви поради і рекомендації лікаря з питань здорового способу життя, зміцнення здоров'я чи позбавлення від шкідливих звичок?» переважна більшість респондентів ($73,2 \pm 2,4\%$) дала позитивну відповідь, проте ці поради, за свідченням понад половини опитаних, мали періодичний характер ($59,9 \pm 2,7\%$). За даними оцінки способу життя студентів встановлено, що більшість з них ($73,2 \pm 2,4\%$) не палить, сформовану звичку щодо вживання алкоголю мають $5,4 \pm 1,2\%$ опитаних. Водночас виявлено досить великі частки студентів з дебютом залучення до цих шкідливих звичок після вступу на навчання ($18,9 \pm 2,1\%$ та $29,4 \pm 2,5\%$ відповідно).

Опитуванням визначено сформоване у переважній більшості студентів ($88,3 \pm 1,8\%$) негативне відношення до вживання наркотиків, у т.ч. у $67,5 \pm 2,6\%$ – різко негативне, у $20,8 \pm 2,2\%$ – негативне. Проте викликає занепокоєння повідомлення $6,3 \pm 1,3\%$ опитаних про стримане ставлення до їх вживання, невизначеність позиції з цього питання $3,2 \pm 1,0\%$ респондентів; а також позитивне відношення $0,3\%$ студентів до споживання наркотиків. Водночас переважна більшість опитаних ($99,2 \pm 0,5\%$) дала негативну відповідь на питання щодо вживання коли-небудь ін'єкційних наркотиків, проте на факт їх вживання у минулому вказали $0,8 \pm 0,5\%$ опитаних.

Встановлено, що профілактикою гіподинамії шляхом самостійних занять фізичною культурою та відвідування спортивних секцій займаються $88,7 \pm 1,7\%$ респондентів, проте регулярно їх здійснюють лише $28,9 \pm 0,5\%$ опитаних, більше половини ($57,8 \pm 2,9\%$) студентів займаються фізкультурою та спортом періодично. Водночас виявлено, що $13,3 \pm 1,9\%$ студентів взагалі не приділяють уваги фізичним тренуванням, пояснюючи це незадовільним станом здоров'я, браком вільного часу через напружений режим навчання; відсутністю мотивації або недостатністю умов для занять фізичною культурою. Виявлено, що більше половини респондентів ($60,2 \pm 2,7\%$) зазнають стресових ситуацій під час навчання, їх частка переважає серед майбутніх лікарів.

Соціологічні дослідження серед студентів ЗВО різного профілю засвідчили, що переважна більшість з них ($76,2 \pm 2,3\%$) не перебуває на обліку з приводу хронічних захворювань і не має обтяженого сімейного анамнезу ($63,3 \pm 2,6\%$). Водночас майже чверть ($23,8 \pm 2,3\%$) респондентів страждає на НІЗ (зокрема, цукровий діабет, вегетосудинну дистонію, гастрит), з приводу яких наглядається лікарями. Крім того, у $16,4 \pm 2,0\%$ опитаних, близькі родичі яких хворіли на НІЗ (цукровий діабет II типу, хвороби системи кровообігу, новоутворення тощо), встановлено наявність обтяженого сімейного анамнезу, проте п'ята частина анкетованих ($20,3 \pm 2,2\%$) не дала чіткої відповіді на це питання.

Безумовно, дані щодо сімейного анамнезу мають бути враховані при оцінці стану здоров'я студентів, визначенні наявності ЧР розвитку захворювань, плануванні лікувально-оздоровчих заходів. Виявлення майже третини респондентів ($31,9 \pm 2,6\%$) із задовільною самооцінкою здоров'я та повідомлення частини опитаних ($17,2\% \pm 3,3\%$) про кількість випадків захворювань протягом календарного року 4 і більше разів може свідчити про наявність у них розладів здоров'я та НІЗ. Встановлена низька медична активність понад чверті опитаних ($25,8\% \pm 2,4\%$), які взагалі не зверталися до лікаря, навіть у разі виникнення захворювань, ілюструє, на нашу думку, їх недостатньо відповідальне ставлення до свого здоров'я. Слід зазначити, що, майже третина респондентів ($31,8 \pm 2,6\%$) поєднує навчання у ЗВО з роботою, що, безумовно, може призводити до перевантаження студентів і негативно впливати на стан їх здоров'я.

Висновки. Проведене дослідження дозволяє зробити висновок про наявність у студентів ЗВО, незалежно від профілю їх навчання, низьки чинників ризику розвитку НІЗ. Зокрема, сформовану звичку щодо вживання алкоголю виявлено у $5,4 \pm 1,2\%$ респондентів, вживають тютюну $26,8\%$ опитаних. Виявлення майже третини респондентів ($31,9 \pm 2,6\%$) із задовільною самооцінкою здоров'я, а також повідомлення $17,2\% \pm 3,3\%$ опитаних про кількість випадків захворювань протягом календарного року 4 і більше разів може свідчити про наявність у студентів розладів здоров'я та НІЗ. Низька медична активність понад чверті опитаних ($25,8\% \pm 2,4\%$), які не зверталися до лікаря протягом року навіть у разі виникнення захворювань, ілюструє, недостатньо відповідальне ставлення студентів до свого здоров'я. Наявність у більше половини студентів ($60,2 \pm 2,7\%$) стресових ситуацій під час навчання свідчить про необхідність оптимізації навчального процесу в закладах вищої освіти.

Результати проведеного дослідження виявили потребу в розробці і реалізації комплексних заходів щодо профілактики захворювань у студентської молоді та створенні умов для формування у них засад ЗСЖ. З метою попередження розвитку НІЗ, збереження і зміцнення здоров'я студентської молоді, необхідно забезпечити вдосконалення організації медичної допомоги, з посиленням її профілактичної складової, здійсненням моніторингу стану здоров'я студентів, особливо осіб з ЧР розвитку НІЗ. Потребує оптимізації організація навчального процесу у ЗВО, з метою запобігання виникненню нервово-психічного перевантаження, стресових ситуацій, які негативно впливають на стан здоров'я студентської молоді.

Грузєва Т.С., Литвинова Л.О., Гречишкіна Н.В.

Методичні підходи до формування примірної програми навчальної дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я»

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

Розбудова національної системи охорони здоров'я, реформування її засад вимагає запровадження сучасних підходів до підготовки кадрів. Відповідно до реформаторського вектора розвитку охорони здоров'я та реальних потреб галузі з 2018-2019 н. р. передбачено запровадження нової програми навчальної дисципліни «соціальна медицина та громадське здоров'я», що викладатиметься впродовж III, IV та VI курсів. Порівняно з діючою програмою значними змінами є не лише збільшення кількості годин, а й, в першу чергу, нове змістове наповнення, яке пов'язано з запровадженням нової спеціальності «громадське здоров'я», розвитком мережі закладів і установ громадського здоров'я, у т.ч. створенням Центру громадського здоров'я, формуванням мережі регіональних центрів.

Перерозподіл годин відкриває додаткові можливості для більш ґрунтовного опанування дисципліни, з початком вивчення – «Біостатистики», як основи для подальшого засвоєння наступних розділів: «Громадське здоров'я. Статистика здоров'я населення», і потім – «Організація та економіка охорони здоров'я». Саме така послідовність вбачається найбільш логічною і оптимальною.

Включення до тематичного плану нових тем лекцій, і особливо практичних занять, вимагає створення відповідного методичного забезпечення – методичних розробок, тестів, ситуаційних задач. Сучасні тенденції в педагогіці, які вимагають формування в результаті навчання певних компетентностей у майбутнього лікаря, а також впровадження інноваційних форм навчання дають можливість вдосконалити викладання навчальної дисципліни.

Складний творчий процес розробки методичного забезпечення ставить перед науково-педагогічним складом кафедр нові виклики. Сучасний стиль читання лекцій з використанням інтеракцій – спілкування з аудиторією, встановлення зворотнього зв'язку – має на меті активне залучення студентів до відвідування лекцій, які вони іноді вважають нецікавими та непотрібними.

Новий календарний план поряд з традиційною тематикою включатиме нові теми саме з громадського здоров'я: «Методологічні основи дослідження тягаря хвороб», «Популяційні дослідження якості життя», «Методологія проведення аналізу причин соціальної нерівності відносно доступу до медичної допомоги», «Візуалізація й ефективне представлення даних про здоров'я», «Інтерпретація та оприлюднення даних у галузі громадського здоров'я». Саме на цих темах є можливість запровадити новітні форми навчання: роботу в малих групах, командну роботу над кейсами, що сприятиме розвитку комунікативних навичок, менеджерських здібностей.

Самостійна робота студента передбачає не тільки підготовку до кожного практичного заняття, а й позааудиторне опанування окремих тем і виконання індивідуальних завдань. Такі теми, як «Механізми захисту людей від наслідків стресу і конфліктів», «Надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я», «Життя як цінність. Відношення до смерті та помиранню як моральна проблема», «Моральні аспекти втручання в репродукцію людини» не тільки яскраво доповнюють основну тематику, а й спонукатимуть до дискусій, обговорення спірних питань та пошуку оптимальних рішень.

Змістове наповнення кейсів – комплексних ситуаційних задач, може бути досить насиченим і давати можливість залучення до їх розв'язання всієї академічної групи студентів. Розробка таких кейсів потребує нового підходу до їх створення. Важливим є не тільки використання сучасних даних про здоров'я населення чи діяльність медичних закладів, а і залучення сучасної термінології (центр первинної медичної допомоги, госпітальний округ, перинатальний центр, клініко-діагностичний центр, електронний документооблік, декларація сімейного лікаря тощо).

Однією з пропозицій, зумовленою проблемами сьогодення, є виконання студентами невеликого дослідження і написання есе з подальшою підготовкою презентації та доповіді, де буде присутнім елемент змагальності, певна конкуренція між студентами за кращу роботу.

Пріоритетною функцією громадського здоров'я є зміцнення здоров'я, у тому числі вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я. Кожен майбутній лікар, опанувавши дисципліну «Соціальна медицина та громадське здоров'я», має усвідомити свою роль в системі охорони здоров'я і відповідальність за покращення здоров'я нації, у т.ч. шляхом впровадження профілактичних засад в практичну діяльність, сприяння підвищенню доступності і якості медичної допомоги, мотивування населення до здорового способу життя і формування у пацієнтів відповідальності за власне здоров'я. Впровадження нової навчальної програм навчальної дисципліни сприятиме справі розвитку системи громадського здоров'я в Україні.

Делеган-Кокайко С. В.

До питання впливу сміттєзвалищ на показники здоров'я населення

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород

В ході проведеного дослідження встановлено, що наявність сміттєзвалищ негативно впливає на рівень захворюваності сільського населення та поширеності серед нього хвороб за окремими класами хвороб. Так, наявність сміттєзвалищ сприяє підвищенню рівня показників захворюваності хвороб за наступними класами: нервової системи, деякі інфекційні та паразитарні хвороби, ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин, травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників, хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму. Також негативно впливає наявність сміттєзвалищ на поширеність хвороб за наступними класами: нервової системи, хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму, травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників, хвороби сечостатевої системи, деякі інфекційні та паразитарні хвороби.

Ключові слова: сміттєзвалища, сільське населення, захворюваність, поширеність хвороб, вплив, показники.

Дудіна О.О., Слабкий Г.О., Миронюк В.І.

Щодо захворюваності жіночого населення України на хвороби, що передаються статевим шляхом

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

Порушення репродуктивної функції жінок спричиняють інфекції, що передаються статевим шляхом. У випадках наявності інфекцій у вагітної жінки підвищується також ризик неблагополучного протікання вагітності, інфікування плоду, а отже – і проблем із здоров'ям майбутньої дитини.

Статистика Міністерства охорони здоров'я включає дані щодо захворюваності жіночого населення сифілісом, гонореею, хламідіозом, трихомоніазом і мікоплазмозом. Рівень захворюваності ППСШ, а отже, і внесок цих інфекцій у порушення репродуктивного здоров'я в Україні набагато вищий, ніж у розвинутих країнах Європи. За даними Центру медичної статистики захворюваність на гонококову інфекцію та сифіліс упродовж 2013 – 2017 рр. суттєво знижувалась, фахівці наголошують на недооцінці масштабів поширення цих захворювань. Так, в цілому захворюваність жіночого населення на ППСШ зменшилася у 1,5 разу і становила на сифіліс 9,0 на 100тис. жіночого населення у 2013 р., і 5,6 у 2017 р., на гонококову інфекцію відповідно 11,0 і 7,3, і 11,0 (рис.). Спадна динаміка захворюваності населення в цілому і зокрема жіночого на сифіліс і гонореею викликає певну занепокоєність через ймовірність їх незадовільного виявлення та неповної реєстрації, особливо випадків гонорееї.

Динаміка захворюваності жінок на хламідійні інфекції, трихомоніаз і уrogenітальний мікоплазмоз також мала спадну тенденцію і становила відповідно у 2013 і 2017 рр. 75,4 і 48,8, 236,6 і 160,0 та 115,7 і 77,1.

Особи які хворіють на ППСШ, входять до групи високого ризику щодо зараження ВІЛ інфекції, що зумовлено як особливостями їх сексуальної поведінки (нерозбірливі зв'язки, нетрадиційні форми стосунків), так і в наслідок зниження захисних механізмів, що значно підвищує ризик зараження ВІЛ при контакті з ВІЛ інфікованими.

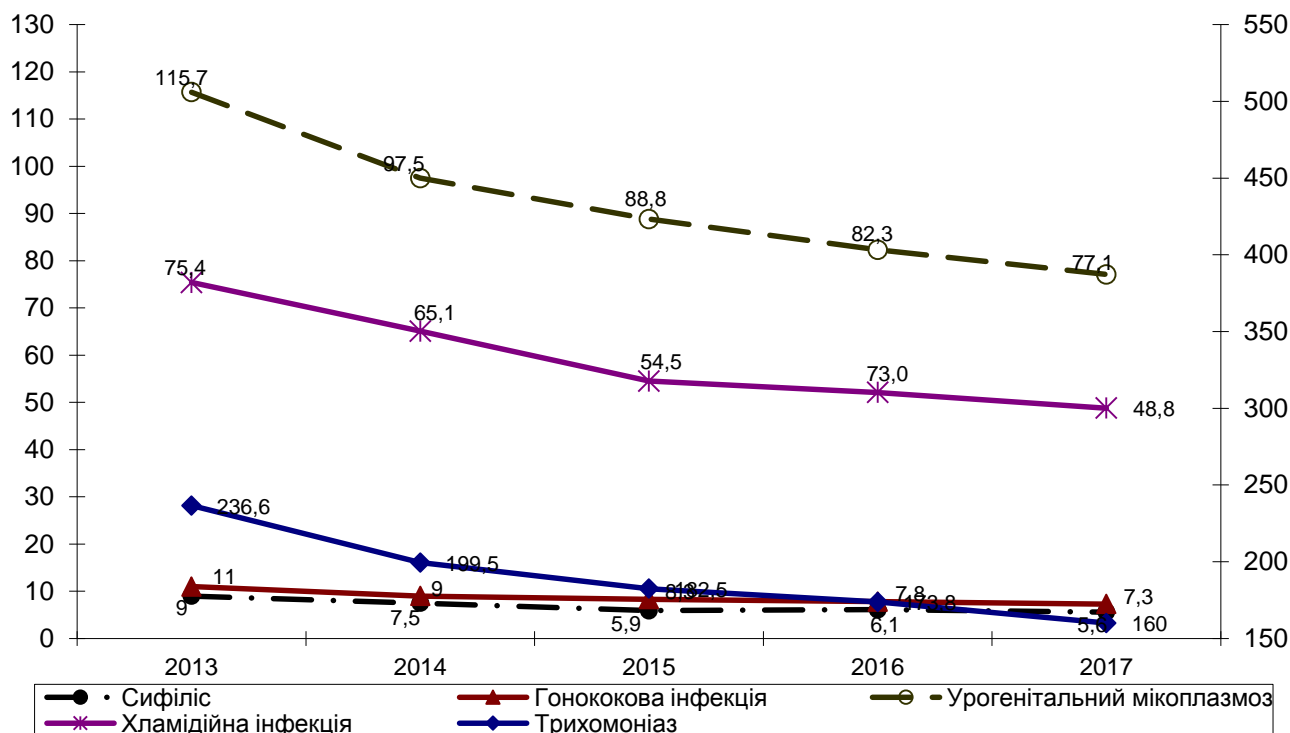


Рис. Динаміка захворюваності жінок на інфекції, що передаються переважно статевим шляхом в Україні у 2000–2016 рр. (на 100 тис. жіночого населення)
Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України»

Думановський К.¹, Качала Л.²

Захворюваність дитячого населення Рівненської області: характеристика основних показників

¹Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

²ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород

Проаналізовані показники захворюваності дитячого населення Рівненської області за період 2013-2017 рр. В цілому в області дані показники мали тенденцію до збільшення на + 645,9 на 10000 населення дитячого віку: з 13605,9 до 14251,8. Із 19 адміністративних територій в 12 (63,2%) зареєстрована збільшення показника захворюваності дитячого населення, а в 7 (36,8%) – його зменшення. Найбільше збільшення зареєстровано в Костопільському (+ 2638,2), Корецькому (+ 1868,6), Березнівському (+ 1407,8) районах та м. Рівне (+ 1902,2), а найбільше зменшення вказаного показника зареєстровано в м. Кузнецовськ (1991,5) та м. Дубно (- 1066,1), Здолбунівському (- 1988,6) районі.

В розрізі адміністративних територій відмічається достовірна різниця показника захворюваності дитячого населення: від 6073,7 в Зарічненському до 20042,5 на 10 тис. населення дитячого віку в м. Рівно. Різниця складає 3,3 разів.

Структура захворюваності дитячого населення області за основними класами хвороб за роки дослідження не має достовірних відмінностей. Ведучими класами хвороб виступають: хвороби органів дихання (58,7%), хвороби органів травлення і хвороби шкіри та підшкірної клітковини (по 6,2%), хвороби ока та його придаткового апарату (4,9%).

Защик Н.С., Слабкий Г.О., Рогач І.М.

Щодо профілактики саморуйнівної поведінки у населення України

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

Мета роботи. Представити методичні підходи до проведення профілактики саморуйнівної поведінки серед населення України.

Під час виконання дослідження використано біблосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати. Поширення саморуйнівної поведінки серед населення України викликає необхідність розробки та впровадження ефективних програм/заходів профілактики та подолання даного явища. Особливого значення це має в умовах впровадження в Україні системи громадського здоров'я. Аналіз наукових досліджень з даної теми дозволяє зробити висновок, що «самогубство – це свідомі та умисні дії, спрямовані на позбавлення себе життя» [1]. Причини само руйнівної поведінки є багатогранними. За літературними даними вони розділяються на наступні групи [2]: соціально-економічні, морально-психологічні, ментальні, політично-правові.

Профілактика має на меті виявлення, послаблення дії та усунення причин суїцидальної поведінки та самогубств. Вона представляє собою систему соціально-економічних, соціально-політичних, правових, організаційних та виховних заходів, які проводить держава і суспільство з метою усунення виявлених детермінант і охоплює основні види життєдіяльності кожної людини: економічні, політичні, духовні. Профілактика суїцидальної поведінки та самогубств потребує комплексного міжсекторального підходу з вирішенням існуючих соціальних, економічних, правових, духовних, культурних, медичних та інших масових проблем, які зумовлюють дане явище. Загальними вимогами до соціальної профілактики є обґрунтованість, повнота охоплення, конкретність, своєчасність, реальність. Профілактичні заходи мають бути диференційованими за місцем і часом їх проведення.

Висновки. профілактика самогубств є складним процесом, який включає заходи державного, правового, соціально-економічного, медичного, психологічного, педагогічного та інш. характеру і мають бути безперервними та послідовними.

Література

1. Визначення поняття «самогубство» та його диференціація з іншими випадками смерті: метод. рекомендації/ С.В. Жабокрицький. – К.: МОЗ України, Укр. Центр наук. мед. інформації та патентно-ліценз. роботи, Укр НДІ соц. та суд. психіатрії, 1996- 19 с.
2. Женунтій В.І. Причини самогубства в Україні/ В.І.Женунтій, Л.М.Шестопалова//Наук. вісник Юрид академія М-ва внутрішніх справ. – 2003- №2 (11) – С. 256-268.

Іванчук І.О.

Україна. Забезпечення стійкості замісної підтримуючої терапії шляхом надання державних коштів та розширення практики видачі ліків для самостійного прийому як підходу, спрямованого на зменшення економічного навантаження, пов'язаного з наданням послуг з охорони здоров'я

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

Зниження економічного навантаження, пов'язаного з замісною підтримуючою терапією шляхом розширення дозвільних препаратів для самостійного прийому в Україні.

За оцінками на 2017 рік, в Україні налічується 245 610 СН. З них 41 547 зареєстровані як пацієнти, які страждають на «психічні та поведінкові розлади через споживання опіоїдів» станом на 1 січня 2018 року. Серед країн Європейського регіону ВОЗ Україна має найбільший тягар захворювань, пов'язаних з ВІЛ. Головну роль у розвитку епідемії відіграють ключові групи населення, серед яких найвищий рівень поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики (близько 22%), з переважною підгрупою – це опіодні споживачі. Тому розвиток країни з ВІЛ-сервісами, що надаються СН, такими як програми обміну голочок та шприців та замісна підтримуюча терапія, є особливо актуальними для країни.

Опис практики

Програма замісної підтримуючої терапії (ЗПТ) була впроваджена та поширена в Україні з 2004 року. Протягом більш ніж 10 років існування програми витрати на закупівлю лікарських засобів та їх логістичне управління були

повністю охоплені міжнародними донорами, а саме: Глобальним фондом для боротьби з ВІЛ/СНІД, туберкульозом та малярією (GFTAM). На сьогодні Україна має найбільшу програму ЗПТ у регіоні ЄЕСА, і на 01.01.2018 вона охоплює 10 189 пацієнтів.

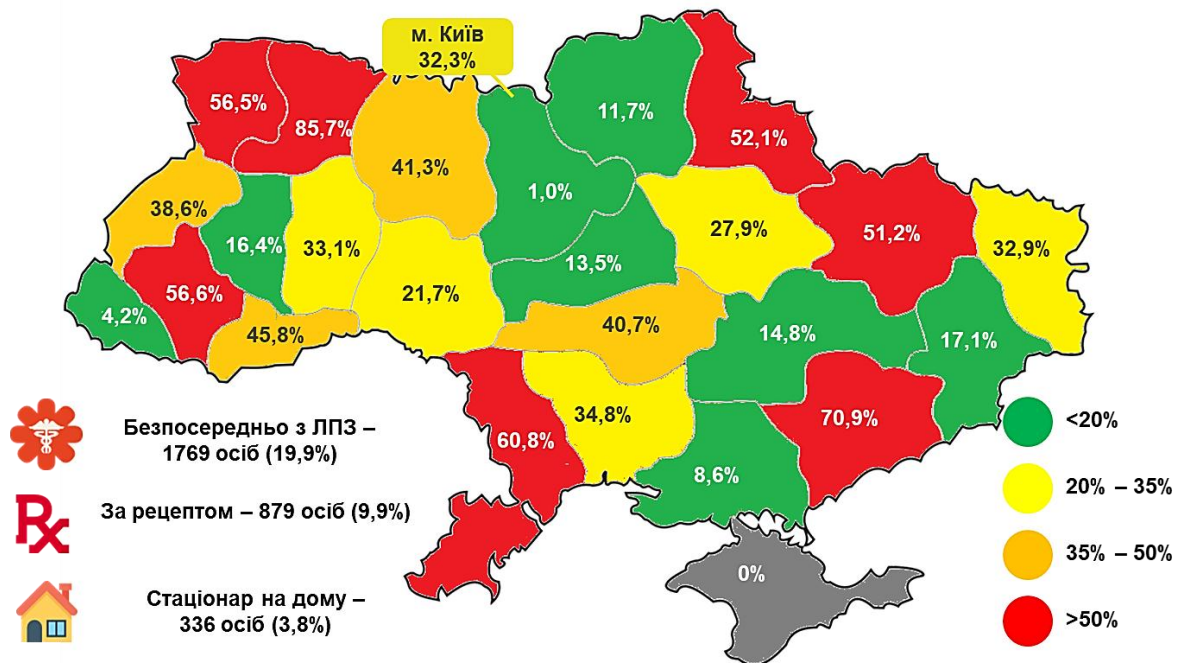
Незважаючи на потребу у ЗПТ, уряд фінансував лише функціонування кабінетів ЗПТ, не виділяючи жодних коштів на придбання препаратів ЗПТ, що поставило під загрозу стійкість та подальший розвиток програми через зменшення фінансування донорів. У 2016 році за участю Центру громадського здоров'я, Всеукраїнської мережі людей, що живуть з ВІЛ та інших партнерів, була проведена активна пропагандистська кампанія, спрямована на виділення коштів з державного бюджету на закупівлю та управління логістикою препаратів ЗПТ. У 2017 році було придбано достатню кількість ліків для забезпечення потреб усіх існуючих пацієнтів. З кінця 2017 року управління логістикою (доставка та зберігання) препаратів також фінансується з державного бюджету.

Враховуючи велику кількість часу, що був витрачений на впровадження ЗПТ, і той факт, що більшість пацієнтів отримувало довготривале лікування та були стабільними, протягом 2015 року були вжиті активні заходи для внесення змін до нормативної бази, для того, щоб започаткувати видачу наркотичних препаратів для самостійного прийому стабільним пацієнтам. З цією метою були проведені переговори з Міністерством внутрішніх справ України та іншими зацікавленими сторонами щодо зміни існуючого законодавства. Необхідність ведення переговорів з Міністерством внутрішніх справ України була пов'язана з тим, що згідно з українськими нормами, хоча надання послуг ЗПТ визначається Міністерством охорони здоров'я України, всі законопроекти мають узгоджуватися з правоохоронними органами, як правила регулювання наркотиків, що вважаються відповідальними обома міністерствами. Довгий час представники правоохоронних органів виступали проти запровадження практики самостійного прийому, виправдовуючи це значними ризиками неправильного вживання наркотиків та його витоку на незаконний ринок. Для одержання схвалення Міністерства внутрішніх справ України було проведено активну роботу, яка тривала приблизно рік, що включала в себе інформування та навчання щодо впровадження програм ЗПТ, досвіду видачі лікарських препаратів для самостійного прийому в інших країнах, підходів та заходів для запобігання неправильному використанню препаратів, та налагодження співпраці між структурними підрозділами охорони здоров'я та поліцією.

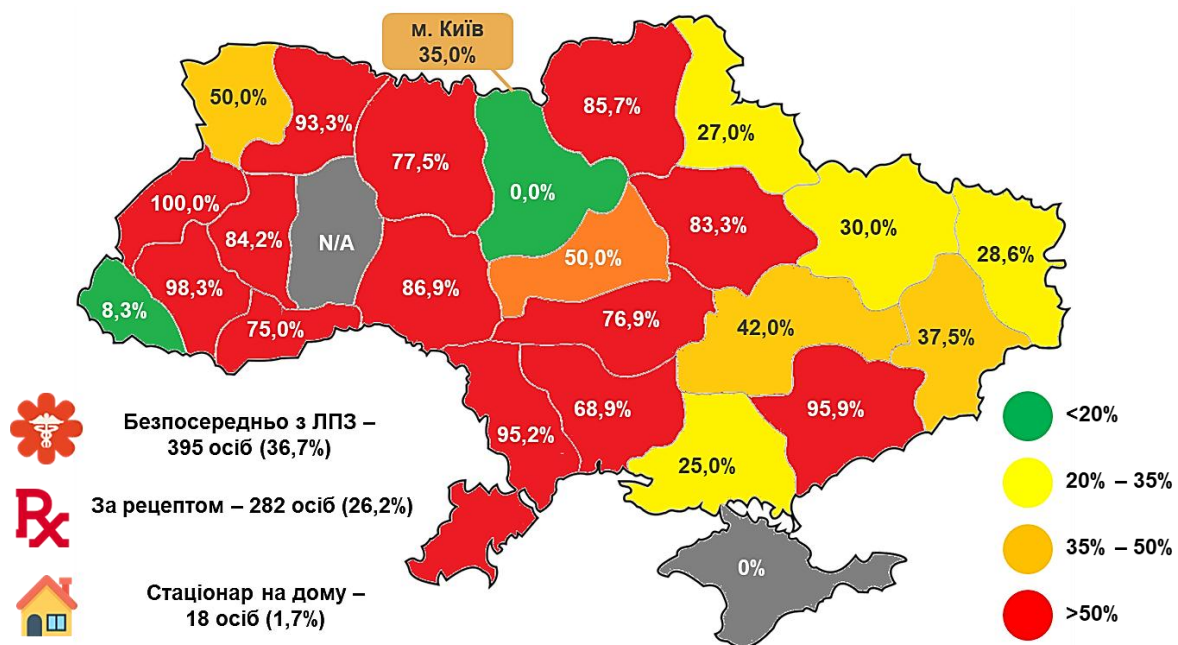
На початку 2016 року набули чинності зміни в нормативній базі, що дозволило активно впровадити практику доставки препаратів стабільним пацієнтам, за умов дотримання певних критеріїв (наявність в програмі ЗПТ не менше 6 місяців, відсутність порушень правил участі в програмі, стриманість від інших препаратів, що підтверджується результатами щомісячних тестів на протязі 6 місяців), що затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.03.2012 № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю». На початку 2018 року 64.7% and 33.5% хворих отримували бупренорфін та метадон для самостійного прийому на строк до 10 днів. В Україні зараз присутні три форми видачі лікарських препаратів для самостійного прийому: 1) пацієнти отримують ліки безпосередньо із закладів охорони здоров'я; 2) стабільні пацієнти за рецептом отримують ліки в аптеках; 3) пацієнти отримують ліки на дому у випадках, коли вони не можуть щоденно відвідувати заклад охорони здоров'я через проблеми зі здоров'ям.

Докази впливу / ефективності

Станом на 1 січня 2018 року частка пацієнтів, які отримують препарати ЗПТ для самостійного прийому, в різних регіонах країни була різною. Майже всі регіони України активно впроваджують цю практику, але масштаби її впровадження мають значні регіональні відмінності. Передбачалося, що державне фінансування забезпечить безперервність лікування вже існуючих пацієнтів. Проте, завдяки активній кампанії з пропаганди, фінансування було отримано не лише для забезпечення безперервності лікування, але й для розширення програми. Таким чином, протягом 2017-2018 років програма буде розширена, щоб додатково охопити приблизно 2000 людей, що становить 20% тих, хто вже отримує лікування. Впроваджуючи практику видачі ліків для самостійного прийому, не очікувалося, що його введення відбудеться з поспіхом, оскільки була присутня різноманітність думок правоохоронних органів та навіть окремих медичних працівників. Проте протягом двох років стало можливим не тільки запровадити практику видачі ліків для самостійного прийому, але і суттєво розширити практику, охопивши 64.7% пацієнтів, які отримували бупренорфін, і 33,5% пацієнтів, які отримували метадон.



Усього на “руки” отримують метадон, 2984 осіб (33.5%)



Усього на “руки” отримують бупренорфін, 695 осіб (64.7%)

Стойкість

Впровадження та розширення практики видачі препаратів для самостійного прийому не вимагає додаткових ресурсів від міжнародних донорів. Навпаки, ця практика дозволяє заощаджувати ресурси для медичних установ зменшуючи фінансове навантаження для держави у здійсненні програми зменшення шкоди. Враховуючи великий тягар ВІЛ в Україні, у якому велику роль відіграють СІН, ця практика є своєчасною та фінансованою державою, що є важливим прикладом для інших країн-членів ЕЕСА, яку слід враховувати при наблизненні їх національних програм та політик відносно до ВІЛ у майбутньому.

Картавцев Р.Л., Слабкий Г.О., Розач І.М.

До питання деяких показників використання дороговартісного обладнання

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

Нами було вивчено та проаналізовано питання щодо використання високовартісного обладнання, яке було закуплено закладами охорони здоров'я в 2017 році.

За даними оперативного моніторингу в 2017 році для системи охорони здоров'я України було закуплено 4305 одиниць високовартісного обладнання на суму 1313115039, 02 грн. Із загальної кількості придбаного обладнання 651 (15,12%) одиниць на суму 491035071,96 (37,39%) грн не встановлено та не використовується.

Все придбане обладнання встановлено та використовується в наступних регіонах: Полтавська область (на суму 41610008 грн.), Львівська область (на 46222640 суму грн.), Хмельницька область (на суму 73473632 грн.), Тернопільська область (на суму 26740628 грн.), Херсонська область (на суму 15340847 грн.).

Далі наводимо узагальнені дані в розрізі окремих регіонів щодо закупівлі високовартісного обладнання в 2017 році та його використання на кінець року.

Регіон	Придбано		Не встановлено	
	Кількість	Вартість, грн	Кількість	Вартість, грн
Області				
Волинська	117	10764308	57	6512550
Донецька	3	29372934	2	25772934
Запорізька	188	87115187	34	41753721
Ів.Франківська	513	92129320	26	21527032
Луганська	507	163673104	131	89035639
Миколаївська	6	10189000	6	10189000
Сумська	567	100227533	77	52722374
Черкаська	272	45697861	2	2979900
Міста				
Київ	490	459974050	312	157618691

Основними причинами того, що придбане обладнання не встановлено і не використовується є: відсутність проектно-технічної документації для підготовки приміщення, відсутність необхідного приміщення, відсутність дозволу на експлуатацію, відсутність ліцензії на проведення діяльності, не можливість забезпечити сервісне обслуговування.

Крохмалюк Л.В.

Забезпечення інфекційного контролю в багатопрофільній лікарні

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Методологія забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні складається із рішення задач основних складових санітарно – епідеміологічного благополуччя. До них відносяться: інфекційне благополуччя лікарні; організація безпечного та якісного харчування освітлення, водопостачання, опалення, повітря; забезпечення безпечного лікувально-охоронного режиму в лікарні.

В методологічному плані рішення даних завдань має базуватися на стратегічному, комплексному та поточному плануванні даного розділу діяльності лікарні. Планування роботи в даному напрямку має відбуватися як в цілому в закладі охорони здоров'я так і в кожному структурному підрозділі.

Базою забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні є стан її споруд та будівель, який має відповідати діючим СНіПАМ.

В рішенні зазначених завдань по забезпеченню санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні в методичному плані мають бути вирішені наступні складові:

- матеріально-технічне забезпечення обладнанням, устаткуванням, білизною, інвентарем, дезінфікуючими засобами, одноразовим інструментарієм, засобами індивідуального захисту медичного персоналу, угоди з постачальниками комунальних послуг, товарів та послуг при відповідному їх фінансуванні;

- безперервна система навчання медичного персоналу: лікарів, середніх та молодших медичних працівників з комплексу знань з забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні та безпеки перебування пацієнтів і профілактики для медичного персоналу професійних заражень та захворювань;

- організація безпечного та якісного харчування з забезпеченням відповідної діяльності та контролем за роботою харчоблоку і пунктів роздачі харчів, а також створення системи контролю та особистими продуктами харчування і створенням умов для їх зберігання і вживання;

- стандартизація на рівні лікарні медичних операцій, лікарських і сестринських маніпуляцій, діагностичних досліджень, стерилізації інструментарію, прибирання приміщень, утилізації біоматеріалів тощо.

Важливе значення в забезпеченні санітарно-епідеміологічного благополуччя багатопрофільної лікарні має організації системи просвітницької роботи з пацієнтами. Складовими такої системи мають бути наступні теми: правила перебування в лікарні, правила особистої гігієни, інфекційна безпека, основи лікувально-охоронного режиму тощо.

І на кінець необхідно зупинитися на такому надзвичайно важливому аспекті як моніторинг та оцінка санітарно-епідеміологічного благополуччя в лікарні. Він повинен проводитися за розробленими комплексними індикаторами структури, процесу та результату включаючи реєстрацію та аналіз всіх інфекційних ускладнень у пацієнтів. При цьому надзвичайно важливою умовою проведення реального моніторингу є зміна підходів до дій адміністрації лікарень при виявленні випадку подібного ускладнення: з прийняття адміністративного рішення до проведення навчання медичного персоналу з метою його попередження.

Кручанця В.В., Миронюк І.С.

Актуальні питання профілактики наркоманій

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

Профілактичні заходи в боротьбі з наркоманією є комплексними міжсекторальними програми на попередження розвитку вказаного негативного явища в суспільстві та скорочення кількості людей, які втягуються в процес вживання наркотичних речовин. Особливого значення має розвиток профілактичної роботи в умовах розвитку в державі системи громадського здоров'я головною метою діяльності якої є збереження та зміцнення здоров'я населення країни.

ВООЗ виділила наступні види профілактики наркоманій:

- первинна, скерована на попередження вживання наркотиків;
- вторинна – робота з особами, які вживають наркотичні речовини: виявлення, лікування, нагляд, контроль за виникненням рецидивів;
- третинна, скерована на соціально-трудова терапію та медичну реабілітації наркозалежних.

Безпосередньо профілактика наркоманій, як вона розуміється суспільством, заключна, згідно рекомендацій ВООЗ, в її первинному виді. Дана форма включає в себе такі форми як: виховна робота серед молоді; санітарно-гігієнічне виховання суспільства; громадська боротьба з вживанням та розповсюдженням наркотиків; адміністративно-законодавчі заходи.

Об'єктами профілактичної антинаркотичної роботи є особи, які є потенційними споживачами наркотиків, а також особи, які страждають на наркоманії та особи, які знаходяться на реабілітації.

Оскільки профілактика наркоманій проводиться великою кількістю державних та недержавних структур кількість суб'єктів профілактичної роботи є значною. До них можна віднести:

- відомчі антинаркотичні комісії;
- службу контролю за обігом наркотиків;
- органи внутрішніх справ;
- органи системи освіти;
- органи системи охорони здоров'я;
- органи з проведення молодіжної політики;
- органи з проведення соціальної політики;
- кризові служби (в тому числі недержавні);
- спеціальні громадські організації.

Необхідно відмітити, що профілактична робота наркоманій є працеємний та ретельно продуманий і спланований процес, результати якого залежать від якості наданої інформації та способу її подачі в кожній цільовій групі комунікаційного впливу.

Ніколаєнко С.М., Сагач О.С.

Аналіз захворюваності на малярію в Україні та оцінка ризиків для громадського здоров'я

ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ

Проблема малярії обумовлена широким її розповсюдженням у всьому світі, важкими клінічними проявами і наслідками. В даний час Україна не відноситься до країн, ендемічних з малярії. Незважаючи на це, в країні щорічно реєструються випадки захворювань.

Для аналізу та оцінки ризиків виникнення місцевих випадків малярії на території країни вивчено сучасний стан ланок епідемічного процесу, а саме:

- наявність і циркуляцію збудника малярії в Україні;
- стан факторів і механізмів реалізації епідемічного процесу;
- сприйнятливості населення.

За останні п'ять років (2013-2017 рр.) в Україні зареєстровано 260 завезених випадків малярії.

Більше 44 % всіх випадків виявлено в м. Київ, Одеській та Харківській областях (відповідно 45, 43, 27 випадків за 2013 – 2017 р.) – де реєструвався найвищий рівень спорадичної захворюваності по Україні, що, мабуть, пов'язано з міграційними процесами, великою кількістю студентів-іноземців, в тому числі з ендемічних країн, і з туристичними поїздками в ендемічні щодо малярії країни. Малярія завозилась із ендемічних територій 36 країн далекого зарубіжжя та 4 країн СНД. У більшості громадян, які повернулися з країн Африки реєструвалась тропічна малярія (*P. falciparum*), з Азії – триденна (*P. vivax*). У структурі захворюваності превалювали особи чоловічої статі старше 20 років, що, швидше за все, пов'язано з більш високою соціальною активністю дорослих і специфікою професійної діяльності чоловіків (миротворці, робочі, моряки, пілоти та ін.).

Також мали місце летальні випадки тропічної малярії (в 2013 р – 4 випадки (5%), в 2014- 2 (4%), в 2015- 3 (6%), в 2016 – 1 (2%), в 2017 – 3 (6%).

Існують проблеми, пов'язані з організацією протиепідемічних заходів, спрямованих на першу ланку епідемічного процесу – джерело інфекції. Низька настороженість населення і лікарів щодо малярії призводить до пізнього звернення хворих за медичною допомогою і пізньої діагностики малярії, що вказує на необхідність активізувати просвітницьку роботу серед населення і поліпшити підготовку лікарів з діагностики та лікування тропічних інфекцій. Відсутність сучасних протималярійних препаратів для ефективного лікування і хіміопротифілактики малярії (особливо ін'єкційних форм для лікування важких хворих) в Україні є серйозною проблемою.

Механізм передачі збудника малярії також може активно реалізуватися на території України. Наявність 7 видів комарів роду *Anopheles* та висока їх середньо-сезонна чисельність в усіх регіонах країни, сприятливі кліматичні й екологічні умови для розвитку потенційних переносників малярії при відсутності ефективного моніторингу, що обумовлено тотальним скороченням ентомологів, такі соціальні фактори як міграція населення, миротворча діяльність, недостатній обсяг дезінсекційних заходів сприяють формуванню додаткових факторів ризику виникнення і вкорінення малярії в країні.

Відсутність ефективних засобів специфічної профілактики малярії унеможливує формування прошарку несприйнятливого населення. Таким чином, в Україні є всі передумови для виникнення епідемічного процесу малярії – джерела інфекції, специфічні переносники і сприйнятливе населення.

Висновки. В Україні наявні умови для поширення збудника на території країни, що потребує подальшого проведення епідеміологічного моніторингу за малярією для корекції профілактичних і протиепідемічних заходів, спрямованих на виявлення, ізоляцію і лікування хворих – джерел інфекції, а також контроль чисельності переносників.

Оксак Г.А., Голованова І.А.

Поширеність факторів ризику виникнення гострого інфаркту міокарда у населення Полтавської області

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Гострий інфаркт міокарда вирізняється серед серцево-судинних хвороб оскільки своєчасність долікарської та невідкладної медичної допомоги при нападі інфаркту міокарда в більшості випадків є запорукою успішного одужання хворого. Саме відсутність таких заходів часто стає причиною смерті навіть молодих людей, яким довелося зіткнутися з цією гострою серцевою патологією. За допомогою інтервенційної кардіології лікарі можуть отримати точні відомості про захворювання і прийняти найбільш ефективний метод лікування. Завдяки розвитку інтервенційної кардіології,

у розвинених країнах вдалося зменшити смертність від гострого інфаркту міокарду (ГІМ) до 4-7%, в Україні вона перевищує 30%.

Мета дослідження визначити поширеність факторів ризику виникнення гострого інфаркту міокарду у населення Полтавської області.

Методи дослідження. Дослідження проводилося на базі Полтавської обласної клінічної лікарні. Нами було обстежено 487 хворих з діагнозом гострий інфаркт міокарда, які лікувалися в Полтавській обласній клінічній лікарні. Діагноз був виставлений на основі ЕКГ та тропонінового тесту.

Згідно Міжнародній класифікації хвороб діагнози розподілилися наступним чином: Гострий трансмуральний інфаркт міокарду інших локалізацій займав найбільшу частку – 31,4%, за ним ішов гострий трансмуральний інфаркт міокарду нижньої стінки – 23,6% і найменша питома вага припадала на гострий трансмуральний інфаркт міокарду неуточненої локалізації.

При визначенні сезонності захворюваності на ГІМ встановили, що найбільша питома вага цього показника припадала на літо та осінь, відповідно 30,8 % та 33,7%. Потрібно зазначити, що були враховані ті хворі з ГІМ, які були вчасно доставлені до Полтавської обласної клінічної лікарні і яким було показано та надане кардіоінтервенційне втручання.

При визначенні хворих ГІМ, яким було надане кардіоінтервенційне втручання встановили, що чоловіків було 174 (71,6%) та жінок 69 (28,4%).

Середній вік хворих на ГІМ $60,2 \pm 0,7$. При стратифікації віку на групи: 19-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70 і старше, встановили, що найбільша питома вага захворюваності припадає на вік 60-69 років, що становить 34%, найменша 19-39 років – 3%.

Коли ми укрупнили вікові категорії на 19-49; 50-69; 70 і старше, то картина прояснилася і стало зрозуміло, що найбільша питома вага захворюваності на ГІМ припадає на людей віком від 50 до 69 років і становить 63%.

241 (98,8%) хворих були госпіталізовані екстреною медичною допомогою і всього лише 3 (1,2%) – за самозверненням.

Таким чином, найбільша частота була гострого трансмурального інфаркту міокарда інших локалізацій – 31,4%. Періодичність цієї патології переважала влітку та восени. При цьому чоловіків було 71,6%, а жінок 28,4%. Середній вік хворих на ГІМ склав $60,2 \pm 0,7$. Госпіталізовано екстреною медичною допомогою було 98,8%, за самозверненням звернулося 1,2%. Виділені вікові та статеві групи населення, що мають вище вказані фактори ризику дозволять лікарям первинної ланки більш уважно та прицільно відноситися до профілактики ГІМ саме в період літо-осінь.

Сагач О.С., Ніколаєнко С.М.

Моніторинг за переносниками збудників інфекційних та паразитарних захворювань в системі громадського здоров'я

ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ

Проаналізовано та узагальнено матеріали щодо сучасного стану моніторингу членистоногих, які мають медичне значення по кожній з адміністративних територій України за останні 5 років. Від територіальних органів була надана інформація на 513 види членистоногих, щодо їх відносної чисельності і розповсюдження по районах областей.

В Україні станом на 01.01.2017р. (ф-46, т.2) працюють всього 54 ентомологи підпорядкованих МОЗ України. Значне скорочення висококваліфікованих кадрів призвело до зростання навантаження на ентомологів, які безпосередньо здійснюють моніторинг та проводять фенологічні спостереження, польові, лабораторні ентомологічні дослідження.

На території України найбільш небезпечними переносниками трансмісивних інфекцій та інвазій є кровосисні комарі родини Culicidae (61 вид) та кліщі родини Ixodidae – 20. Найбільша кількість видів комарів реєструється у Миколаївській області – 41 (7 видів Anopheles, 22 Aedes, 8 Culex та 4 інші), а кліщів – у Миколаївській та Харківській областях (11 видів).

Малярійні комарі реєструються в Україні на всій території і представлені 7 видами з яких всі 7 визначаються у 3 областях (Запорізькій, Миколаївській та Харківській) домінуючим видом є Anopheles maculipennis maculipennis за виключенням Сумської області – де домінує An. m. messeae; з немалярійних комарів домінуючі в Україні є Culex pipiens, Cx. p. molestus, Aedes caspius, Ae. c. dorsalis, Ae. vexans, Ae. cantans; домінуючі види кліщів в Україні є Ixodes ricinus, Dermacentor reticulatus, D. marginatus у Миколаївській області – Rhipicephalus rossicus.

Висновки:

Повністю охоплені підконтрольні території ентомологічним моніторингом лише у 10 регіонах України, що в сучасних умовах є не допустимим і потребує негайного впливу на ситуацію для запобігання епідемічних ускладнень.

У 14 областях обстеження проводяться не на всій території, що пояснюється відсутністю відповідних фахівців на місцях.

Хмельницька область єдина в Україні де повністю відсутній ентомологічний моніторинг.

Ефективне забезпечення біобезпеки для населення країни не можливе без регулярних даних про кількість, розповсюдження, місця локалізації, фенологічні явища членистоногих – переносників збудників інфекційних і паразитарних захворювань, а також знань щодо епідеміології самих збудників. І тут криється основна проблема, яка пов'язана з нинішньою втратою кваліфікованих кадрів ентомологів. Жоден з ВУЗів країни не готує ентомологів з медичною спеціалізацією, такі кадри готувалися лише у закладах післядипломної освіти при наявності певних років досвіду роботи і тому при необхідності поповнити кадри кваліфікованими фахівцями їх просто не буде в країні.

В сучасних умовах, коли формується система громадського здоров'я розуміння необхідності систематичного ентомологічного моніторингу є вкрай важливим.

Саксонов В.А.

Підходи до обґрунтування удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби в сучасних умовах

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

Відомо, що успішність функціонування будь-якої системи залежить від якості її складових та злагодженості їх роботи як єдиного цілого. Забезпечення якісного надання офтальмологічних медичних послуг населенню також залежить від комплексу складових, у т.ч. від кількісних і якісних показників кадрового, фінансового та матеріально-технічного забезпечення, від технологічної озброєності офтальмологічних служб та якісного менеджменту процесу медичного обслуговування населення. З огляду на це, дослідження питань кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я фахівцями-офтальмологами, оцінка якості їх підготовки у закладах вищої освіти, вивчення умов праці, технологічної озброєності, реальних потреб у ресурсному, навчально-методичному забезпеченні тощо має важливе значення для підвищення якості їх роботи та вдосконалення медичного обслуговування населення.

Враховуючи сучасні тенденції до погіршення кадрового забезпечення в охороні здоров'я, значну диференціацію його за територіями країни, недостатність ресурсів для впровадження сучасних технологій, закупівлю необхідного обладнання тощо, актуальність пошуку шляхів оптимізації кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я офтальмологічного профілю суттєво зростає.

Обґрунтовуючи заходи з удосконалення забезпечення медичних закладів та населення лікарями-офтальмологами, виходили з того, що цей процес потребує комплексності. В даному контексті важливим є моніторинг показників кадрового забезпечення фахівцями в динаміці за територіями з визначенням домінуючих тенденцій, встановлення напрямку та величини змін впродовж досліджуваного періоду.

У ході дослідження виявлено тенденцію до зменшення чисельності лікарів офтальмологічного профілю з 3185 осіб у 2014 р., що було меншим порівняно з 3997 осіб у 2005 р. З урахуванням деякого зменшення чисельності населення України впродовж десятилітнього періоду забезпеченість фахівцями в перерахунку на 10 тис. мала чітку тенденцію до скорочення на 8,6% і досягла у 2014 р. 0,74 на 10 тис. населення. Виявлено суттєві відмінності в забезпеченості населення різних областей України офтальмологами від 1,49 на 10 тис. до 0,57 на 10 тис., тобто в 2,6 разу.

Завданнями аналізу кадрового забезпечення фахівцями офтальмологічного профілю має бути також укомплектованість штатних посад, яка в 2014 р. становила в цілому в країні 90,25% порівняно з 2005 р., коли вона дорівнювала 94,4%. При цьому укомплектованість основними працівниками становила у 2014 р. 88,2%. На імовірне погіршення ситуації з кадрового забезпечення офтальмологами у майбутньому вказує значна чисельність осіб пенсійного віку серед лікарів та середнього медичного персоналу, тенденція до збільшення питомої ваги осіб пенсійного віку серед лікарських кадрів

Кадрове питання потребує поглибленого аналізу з точки зору соціально-гігієнічної характеристики та складання соціально-професійного портрету лікарів та середнього медичного персоналу офтальмологічного профілю, вивчення умов їх праці, життя і відпочинку. Для його вирішення необхідно розробити відповідний інструментарій та провести соціологічні дослідження, оскільки реєстр фахівців охорони здоров'я, у т.ч. офтальмологічного профілю в Україні повноцінно ще не функціонує.

Оскільки значну частину роботи щодо забезпечення медичної допомоги пацієнтам з офтальмологічною патологією має взяти на себе лікар загальної практики-сімейний лікар, обґрунтування заходів з удосконалення медичної допомоги вказаному контингенту лежить у площині вивчення обсягів та результатів профілактичної і лікувально-діагностичної роботи з пацієнтами офтальмологічного профілю в первинній ланці охорони здоров'я та оцінки наступності в діяльності фахівців первинної і вторинної ланки.

Важливою ланкою у формуванні комплексу заходів з удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної медичної допомоги належить визначенню проблемних питань здійснення професійної діяльності лікарів-офтальмологів та існуючих потреб в матеріально-технічному, нормативно-правовому, навчально-методичному, інформаційному забезпеченні.

Значним підґрунтям в процесі створення науково обґрунтованого переліку заходів з оптимізації кадрового забезпечення населення фахівцями-офтальмологами повинна бути оцінка якості трудового життя фахівців офтальмологічного профілю та задоволеності їх умовами праці, існуючою оплатою праці, наявною системою підвищення мотивації та заохочення до зростання її результативності.

Результати соціологічного опитування виявили низку проблем професійної діяльності офтальмологів, у т.ч. погане матеріально-технічне забезпечення (38,5±2,2 на 100 опитаних); застарілі медичні технології (37,6±3,3); брак фінансових ресурсів (45,9±3,4), відсутність матеріальних та нематеріальних стимулів (52,8±3,4); недостатність інформаційних ресурсів; недосконалі організаційні технології (35,3±3,3); погані санітарно-гігієнічні умови праці (26,5±3,3) тощо.

Підтвердили потребу у підвищенні кваліфікації 75,0±3,0 на 100 опитаних лікарів офтальмологічного профілю, виявлено причини низької частоти підвищення кваліфікації фахівцями, встановлено бажані її форми, з акцентом на дистанційні.

Проведення комплексу описаних етапів наукових досліджень дозволило отримати необхідні наукові дані та науково обґрунтувати систему заходів з удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби в умовах реформування галузі, створити функціонально-структурну модель кадрового забезпечення офтальмологічної служби.

Слабкий Г.О.¹, Миронюк І.С.¹, Білак-Лук'ячук В.Й.², Брич В.В.¹

Оцінка знань працівників інфекційних відділень закладів охорони здоров'я м. Ужгорода з питань ВІЛ/СНІДу та визначення рівня толерантності до ВІЛ-позитивних людей

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород

²Центр з профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород

Актуальність. Згідно даних Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні спостерігається друга за величиною епідемія ВІЛ-інфекції серед країн Східної Європи та Центральної Азії. За оціночними даними в країні мешкає 19% людей, які живуть з ВІЛ, від загальної кількості ЛЖВ в цьому регіоні та припадає 25% смертей від оціночної кількості смертей від СНІДу, розрахованої для країн Східної Європи та Центральної Азії.

У червні 2016 року Генеральною асамблеєю ООН під час зустрічі високого рівня з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом проголошено Стратегію прискореного подолання епідемії ВІЛ-інфекції Fast Track, яка поставила перед міжнародною спільнотою амбітні цілі: до 2020 року виявити 90% людей, які живуть з ВІЛ, надати 90% з них антиретровірусну терапію (АРТ) та забезпечити ефективність лікування для 90% осіб, які перебувають на АРТ.

Зусилля охорони здоров'я на світовому рівні призвели до вражаючих успіхів в напрямку реалізації Стратегії «Прямуювання до Нуля». Тому основні зусилля необхідно зосередити на активізації профілактики ВІЛ-інфекції, забезпеченні лікуванням ВІЛ-позитивних осіб, зниженні рівня стигми і дискримінації по відношенню до людей, які живуть з ВІЛ. Відомим є той факт, що високий рівень стигматизації та дискримінації у зв'язку з ВІЛ/СНІДом є одним з факторів, що сприяє поширенню епідемії ВІЛ-інфекції у країні.

Стигма і дискримінація, пов'язані з ВІЛ/СНІД, чинять серйозний психологічний вплив на самосвідомість ВІЛ-позитивних людей, викликаючи депресію, понижуючи самооцінку людини, та призводять до важких емоційно-психологічних наслідків. Дані результатів національних досліджень демонструють, що рівень стигматизації залишається на високому рівні.

Особливої актуальності питання зниження стигматизації ЛЖВ з боку медичних працівників набуває в умовах реформування системи медичної допомоги населенню України та інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІД в систему первинної медичної допомоги та загальну медичну мережу.

Мета. Оцінити рівень знань з питань ВІЛ/СНІДу, їх вплив на формування проявів стигми та дискримінації по відношенню до ВІЛ-позитивних людей та готовність до проведення лікування ВІЛ-позитивних осіб.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось за допомогою спеціально розробленого опитувальника (анонімна анкета). Анкета складалась з 28 питань, розділених на блоки, які включали питання щодо обізнаності з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, оцінки власних ризиків інфікування ВІЛ на робочому місці, упередженого ставлення до ВІЛ-позитивних людей. Було опитано 168 працівників інфекційних відділень закладів охорони здоров'я міста Ужгорода віком від 28 до 72 років.

Результати та їх обговорення. В ході проведеного дослідження виявлено елементи дистанціювання та дискримінації медичних працівників по відношенню до ВІЛ-позитивних осіб.

Медичні працівники проінформовані про шляхи передачі ВІЛ інфекції в межах 91,0-99,0%. На питання, що відображають рівень знань медичних працівників про парентеральний шлях передачі, правильно відповіли 96,2%

респондентів. Однак, 64,4% недостатньо володіють знаннями про правила проведення постконтактної профілактики при аварійних ситуаціях та принципи профілактики вертикальної трансмісії.

47,1% всіх опитаних вважає, що ВІЛ-інфіковані пацієнти повинні лікуватися окремо від інших, щоб захистити загальне населення від інфікування, та 82,5% вважає, що ВІЛ-інфіковані несуть повну відповідальність за своє захворювання. 72,2% респондентів відповіли ствердно на питання «Вважаю, що ВІЛ-інфіковані пацієнти найбільше загрожують моїй безпеці на робочому місці» та 37,1% вважають цей ризик надзвичайно високим.

65,3% опитаних медичних працівників вказали, що не почувалися б спокійно працюючи поряд з ВІЛ-позитивним колегою, що свідчить про приховану стигматизацію, пов'язану з ВІЛ. Незважаючи на поінформованість про відсутність побутового шляху передачі ВІЛ-інфекції, 32,5% всіх опитаних уникають торкатися одягу та особистих речей пацієнтів, побоюючись інфікування ВІЛ.

З дискримінаційним твердженням «Надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже вони не виліковуються» згодні тільки 4,2% опитаних. Серед опитаних 75,1% зазначили, що при проведенні маніпуляцій завжди використовують гумові рукавички.

Виявлено тенденцію до стигматизації ВІЛ-позитивних пацієнтів – представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ: рівень стигматизації робітників комерційного сексу (РКС) – 54,5% та чоловіків, що мають секс з чоловіками (ЧСЧ) 41,7%. Причому традиційно всі медичні працівники більш толерантно ставляться до представників групи ЧСЧ порівняно з групою РКС.

Висновки. Опитані медичні працівники володіють достатньо високим рівнем знань щодо ризиків інфікування ВІЛ, декларативно виявляють толерантність до ВІЛ-позитивних осіб. Однак в ході дослідження виявлено приховану стигматизацію ВІЛ-інфікованих, представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, дистанціювання та прояви дискримінації по відношенню до ВІЛ-позитивних осіб.

Сорока І.З.

Профілактика станів та захворювань населення України, спричинених йодною недостатністю шляхом фортифікації солі та харчових продуктів йодовмісними сполуками

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

За даними загальнонаціонального репрезентативного дослідження забезпеченості населення мікронутрієнтами, проведеного ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН Україна», Інститутом медицини праці АМН України спільно з Дитячим Фондом ООН (2004 р.), доведена актуальність проблеми йододефіциту для всієї території України. З картографічних даних ВООЗ дефіцит йоду – від легкого до помірного ступеня – виявляється на всій території України.

Результати Мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС), проведеного в Україні в 2012 за участю Державної служби статистики, Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку та Швейцарської агенції розвитку та співробітництва показують, що тільки 20,7% домогосподарств в Україні споживають належним чином йодовану сіль. Україна є однією з 25 країн світу з дефіцитом йоду.

У всіх вікових групах дефіцит йоду може викликати зоб, збільшення щитовидної залози через її адаптацію до хронічного дефіциту йоду. Дефіцит йоду у дитинстві спричиняє порушення інтелектуальної активності та затримку росту і є важливою причиною психічних розладів у всьому світі. Йододефіцит у вагітних жінок призводить до збільшення випадків втрати вагітності та дитячої смертності, кретинізму та неонатального гіпотиреозу у дітей. Навіть незначний дефіцит йоду у жінок під час вагітності спричиняє подальші освітні та когнітивні порушення у їхніх дітей в майбутньому. В тих регіонах, де більшість населення не отримує цей мікроелемент в достатку, спостерігається більш висока частка агресивного раку щитовидної залози.

За даними Держстату 2016 року в Україні серед дітей віком до 1-го року життя зареєстровано 56 осіб з вродженим гіпотиреозом (0,15 на 1000 дітей відповідного віку). Серед дітей віком 0-14 років зареєстровано 31123 особи з захворюванням на дифузний зоб, що становить 4,79 випадки на 1000 дітей відповідного віку; 615 осіб з набутим гіпотиреозом (0,09 на 1000 дітей відповідного віку). Серед населення старше 18 років зареєстровано 10402 особи з гіпотиреозом (29,7 на 100 тис. відповідного населення) проти 9976 осіб (28,4 на 100 тис. нас. відповідного віку) в 2015 році. На вузловий зоб (нетоксичний, ендемічний) – 29982 особи, старші 18 років (85,7 на 100 тис. відповідного населення).

Універсальне йодування солі є рекомендованою стратегією контролю за дефіцитом йоду і вимагає, щоб вся сіль, яка використовується для приготування їжі, включаючи харчову промисловість та сільськогосподарську, була йодована. За даними Дитячого фонду Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ), більш ніж 140 країн реалізують

програми йодування солі, а база даних Глобальної йодної мережі (IGN), показує, що 129 з 197 країн мають обов'язкове законодавство для йодування, принаймні домашньої/кухонної солі або солі для харчової промисловості. Сьогодні 75% домогосподарств по всьому світу використовують йодовану сіль і в результаті кількість країн з дефіцитом йоду скоротилася з 110 в 1993 році до 15 в 2016 році.

ЮНІСЕФ відзначає, що Україна входить до числа країн, які не мають закону про обов'язкову йодизації солі, тому у неї найнижча частка домогосподарств, які споживають йодовану сіль в регіоні (20,7%), і в кінцевому рахунку – найменший середній рівень екскреції йоду з сечею у дітей шкільного віку 90 (мкг/л), який нижче мінімально допустимого порогу 100.

Йодування солі рекомендовано такими організаціями, як ВООЗ, ЮНІСЕФ та IGN (раніше називалась Міжнародна рада з контролю за йоддефіцитними станами, оскільки: сіль використовується практично всіма групами населення у всіх країнах, з невеликими сезонними коливаннями споживання; виробництво солі зазвичай обмежується кількома промисловими центрами, що полегшує контроль якості; технологія йодування солі добре розроблена та відносно легко впроваджується в менш розвинених країнах; йодування не впливає на органолептичні властивості солі, а тому має високу прийнятність споживачів; йодування дуже недороге.

Ляхова Н.О., Голованова І.А.

Вивчення обізнаності батьків про чинники, що впливають на формування здоров'я у дітей

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна

Фахівці в області гігієни дітей і підлітків і педіатри постійно звертають увагу на провідну роль сім'ї в зміцненні здоров'я дітей. Саме в родині закладаються основи здорового способу життя, вона протистоїть формуванню у дітей та підлітків шкідливих звичок, впливає на гармонійність розвитку дитини, закладаючи основи духовного, емоційного, інтелектуального, особистісного та соціального компонентів здоров'я.

Нами було проведено анкетування батьків учнів Полтавської загальноосвітньої школи № 26. Дослідження проводилося для вивчення інформованості батьків з приводу факторів, які впливають на формування здоров'я дітей і рівня їх санітарно-гігієнічної обізнаності. Всього було повернуто заповненими 408 анкет.

При визначенні середнього віку батьків встановили, що він становив $37,6 \pm 0,3$ року. Вік дітей, батьки яких відповідали на запитання анкети, був таким: до 6 років – 1 (0,2%), 6–12 років – 236 (58,1%), 12–15 років – 120 (29,6%), 15–18 – 49 (12,1%). Виходячи з цього, можна зробити висновок про більшу активність в заповненні анкет батьків дітей від 6 до 12 років (58,1%).

Освіта батьків розподілилася таким чином: з вищою освітою було 206 (51,0%), середня освіта – 134 (33,0%), середнє – 65 (16,0%).

В аспекті формування здоров'я в родині оцінка батьками значимості здоров'я для життя є визначальною. Однак їхні погляди на причинно-наслідкові зв'язки здоров'я і факторів, що впливають на нього, не завжди узгоджуються з дійсними, як видно з відповідей на питання анкети.

Одним з важливих факторів, що впливають на формування здоров'я людини, є спосіб життя (за даними досліджень, 48-51%). Цю точку зору поділяють 92,1% респондентів, неважливим вважають 7,9%.

На думку батьків, в ряді факторів, що впливають на здоров'я, велика роль спадковості (51,5% опитаних) та екології (навколишнього середовища) (51,0% опитаних). Однак, вчені відводять дії факторів спадковості і навколишнього середовища тільки 20-22%.

Дані численних досліджень стверджують, що здоров'я людини залежить від системи охорони здоров'я і медицини тільки на 8-10%. За даними ж опитування 36,3% батьків включають в перелік найбільш впливових факторів дію діяльності галузі охорони здоров'я на формування здоров'я дітей.

Як вважають наші респонденти, більше на дитину в розвитку навичок профілактики впливають: батьки – 268 (66%), 86 (21,2%), засоби масової інформації – 29 (7,1%), школа (дитячий садок) – 11 (2,7%), середовище спілкування – 12 (3,0%).

При цьому серед факторів, що впливають на формування здоров'я населення, найбільш важливими вважають отримання інформації в освітніх установах – 45 (11,1%); прищеплення в родині світогляду здорового способу життя – тільки 164 (40,4%).

Таким чином, аналіз анкет показує недостатню інформованість батьків про важливих складових формування стоматологічного здоров'я дітей. Оскільки від них багато в чому залежить формування гігієнічних і поведінкових звичок і самостійних навичок профілактики у дітей, дуже важливим є проведення з батьками санітарно-просвітницької роботи про роль різних факторів у формуванні здоров'я, яку необхідно організовувати в школі вчителями спільно з лікарями-стоматологами та педіатрами.

Furtak I., Parobetska I., Mamchyn M., Oliinyk A., Hrytsko R., Kaschevska S.

Information technology in medicine and public health sphere

Danylo Halytskyi' Lviv National Medical University

National University «Lvivska politehnika»

Lviv Regional Department of Clinical Infectious Diseases Hospital, MPA

The modern period of development of society characterized by a strong influence on him of Information Technology, who came in all spheres of human activity, ensure dissemination of information flows in society, creating a global information space. They quickly become a vital incentive to develop not only the global economy but also other spheres of human activity. Leaders in the field of implementation of computer technology is the architecture (architectural design), engineering, education, banking and late, and medicine. This medicine, including alternative, becoming today a completely new features. One of the ways of building health information systems is a medical information system (MIS). They are equipped with various medical institutions and units. The structure of such systems include automated registry, formalized hospital records attached contingent, accounting and analysis of attendance, sickness, checkups, health center, temporary disability, vaccinations, fluorography research, planning and calculation of doctors, forming all reporting and statistical documentation on the activities of the clinic, hospital and its departments. MIS provides personnel management, financial, material and technical resources, including medicines, medical instruments and equipment. The widespread introduction of MIS in Ukraine health system is important for the effective management of health care setting, improving the quality and objectivity of the diagnosis. MIS system components in a medical institution (hereinafter – the institution) and its technical support, implemented a set of measures regarding the unauthorized and uncontrolled introduction, modification, deletion, copying, distributing data. A wide range of functionally oriented applications MIS allows to create a variety of information network focused on the decision of all spectrum management tasks of medical and health care process in the medical facility. In health care use computer technology to process financial records. This reduces the duration of the financial operations and reduced the number of errors. Electronic medical history provides operational accounting costs associated with diagnostic and therapeutic procedures using medical supplies and materials, payment of medical services personnel, etc., which is crucial for health insurance. Medical Information System (MIS) – a tool for the definition and planning of all resources of medical institutions that are necessary for the conduct of medical diagnostic, administrative, economic, financial, service activities and accounting in providing medical services. The main advantages of MIS implementation in a medical facility are "Everything at a glance" – is the only database that makes it possible to keep operating beside all resources (material, human, financial). The result is a planning, efficiency analysis and optimization of available resources. Increasing the capacity of medical institutions with the same resources (through the introduction process optimization, search, and analyze summary data faster interaction between departments, planning the workload of doctors, offices, equipment). Improving the quality of patient care (reduced waiting time by planning increases effective patient stay in the hospital) and, consequently, increase patient satisfaction. The use of electronic medical protocols, the possibility of calculating the effectiveness of treatment, reducing the likelihood of medical errors increases the quality of medical services. The ability to quickly forming any reports to make informed management decisions (the amount of services provided, the workload of doctors and surgeries, patients statistics on diagnoses, age, gender, etc.). Effective management of inventory of medicines and consumables by automating the process of cancellation of orders, and maintain an optimal balance. Increased security and privacy policies through the introduction of access to different data and login, password or fingerprint. MIS enables the manager to keep abreast of current affairs clinic. One of the major features of the system is the ability to keep records of financial flows. Modern MIS provide income to track with different levels of detail: clinics in general, departments, doctors and services rendered for any period. For this program has a reporting system that can see the dynamics of income that provide some separation from some services, identifying seasonal or other fluctuations. For the head of HR Management and an important element of motivation is the possibility of payroll and bonuses based on the performance of the employee. Using MIC provides accountability required parameters and automatically calculate the amounts of payments for the specified algorithm. Using MIS makes it possible to automatically register staff (eg, fingerprint) at the beginning of the day and eliminates ethical issues and supervisory staff relations department (s) that is likely to occur under normal conditions. The information system is a reliable tool for strategic decision making. Database event a period is a quantitative and qualitative basis for the conclusions that are essential for developing long-term plans of the hospital. For effective marketing campaign, the clear positioning of the institution, reasonable pricing policy report required for the period, which will provide manager such information as age, location, diagnosis and other parameters that characterize patients. Thanks to them, you can better justify the campaign and further marketing strategy establishment. The method of building integrated systems based on object-oriented approach should be used in health care.

List of sources and literature

1. Автоматизована система управління охороною здоров'я / І.І. Фуртак, А.Я. Базилевич, А.І. Голунов [та ін.] // Ефективність державного управління в контексті Європейської інтеграції: м-ли наук.– практ. конф., 23 січня 2002 р. / за ред. А.О. Чемериса. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2004. – ч.1. – с. 269– 271.

Примітка. У статтях та тезах збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду», у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

**В.о. директора ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень МОЗ України»**

П. С. Мельник

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації» запрошує Вас до активної співпраці!

Тематична спрямованість журналу: здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

До редакції (за адресою: **м. Київ, 02099, пров. Волго-Донський, 3, отримувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»**) подаються роботи, що раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів.

Правила подання матеріалу для опублікування

• **Структура матеріалу:** вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.

• Стаття має супроводжуватись **офіційним направленням** (супровідним листом), **гарантійним листом про оплату публікації**, **експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та **рецензією** з візою керівництва (наукового керівника) і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка: прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів. **Звертаємо вашу увагу, що зазначена інформація буде надрукована наприкінці статті.**

• Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

- тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);
- списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50),
- таблиць;
- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;
- резюме (українською, російською та англійською мовами).

• Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі.rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

- На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва статті, назва установи, де працюють автори, місто, країна.

- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з ДСТУ, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

- Кількість ілюстрацій (рисунки, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.

- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.

- У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються аббревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. ***Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.***

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Журнал видається за рахунок авторів статей. Журнал не є комерційним, тому кошти витрачаються виключно на його видання. **Інформаційний спонсор журналу – Закарпатський обласний благодійний фонд «Закарпаття проти СНІДу». Кошти необхідно перераховувати на його рахунок ПР – 26006011339902; МФО 300346; ІНН – 26395674; ПАТ «Альфа-Банк» у м. Києві.** Вартість однієї повної (чи неповної) сторінки рукопису (відповідно до зазначених вище вимог) уточнюється.

Редакційна рада