

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 № 4 від 20.03.2018 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 21 березня 2018 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № 5161

Видавець:

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

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

Видавник:

«СПД ФО «Коломідин 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 № 4 of 20.03.2018.

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 March 21, 2018. The total circulation is 100 copies. Order № 5161

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

Статті учасників Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні питання надання медичної допомоги на засадах ПМСД» (18–19 квітня 2018 року, м. Ужгород)

<i>Блецкан М.М., Свистак В.В.</i> Особливості застосування фітотерапії при ожирінні	5
<i>Бондарь С.О.</i> Види та структура локалізації травм, як передумова формування здоров'я-збережувальних засад попередження дитячого травматизму	9
<i>Вернигородская М.В., Вернигородский В.С., Фетисова Н.М.</i> Метаболический синдром и сахарный диабет 2 типа: вопросы медицинской реабилитации	17
<i>Гандзюк В.А., Кондратюк Н.Ю.</i> Організація та проведення профілактичних заходів, як складова функції посади сімейного лікаря: модель удосконалення системи профілактичних медичних оглядів дорослого населення	21
<i>Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Кітура С.М., Ткаченко М.В.</i> Сучасні методологічні підходи до вивчення циклу «Внутрішні хвороби» при підготовці сімейного лікаря	25
<i>Золотарьова Ж. М.</i> Обізнаність лікарів первинної медичної допомоги щодо їх ролі в системі паліативної допомоги	29
<i>Івачевська В.В.</i> Ефективність застосування комплексного лікування неалкогольної жирової хвороби печінки у пацієнтів з предіабетом	33

<i>Кравченко В.В., Орлова Н.М.</i> Шляхи підвищення задоволеності населення якістю амбулаторної медичної допомоги	38
<i>Ошивалова О.О.</i> Фактори ризику розвитку раку шкіри у хворих на передрак шкіри	43
<i>Парій В.Д., Короткий О.В.</i> Становлення та розвиток первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини в Україні: огляд літературних джерел	48
<i>Пулик О.Р., Гирявець М.В.</i> Використання дзеркальної терапії у хворих з неглектом та когнітивними порушеннями після перенесеного півкульного ішемічного інсульту	54
<i>Рубцова Є.І., Зарембо Л.О., Оберемко С.В.</i> Вивчення динаміки захворюваності на кір та рівня охоплення щепленнями проти кору населення на території Закарпатської області	58
<i>Слабкий Г.О., Дудіна О.О., Габорець Ю.Ю.</i> Динаміка перинатальної смертності в період реформування системи охорони здоров'я в Україні	63
<i>Сухан В.С.</i> Коморбідний перебіг бронхіальної астми та ожиріння	70
<i>Клименко П.М., Ханенко С.М., Бутківська Т.В., Гусева Г.В., Шкробанець І.Д., Коваленко О.С., Чабан Т.І., Дольник В.М., Найда І.В., Гук А.П., Демченко І.С., Клименко С.В., Малишевський С.А., Данилюк Е.О., Кекух Д.П., Кнерцер А.Ю., Деняк А.В.</i> Засади національної стратегії охорони здоров'я України	73
Тези доповідей учасників конференції	83

CONTENT

Articles of participants of International scientific-and-practical conference “Topical issues of providing medical care on the base PMC” (Uzhhorod, April 18–19, 2018)

<i>Bletska M.M., Svistak V.V.</i> Peculiarities of phytotherapy application in obesity	5
<i>Bondar S.O.</i> Types and structures of trauma localization as a precondition to form health maintenance bases to prevent children’s traumatism	9
<i>Vernigorodska M.V., Vernigorodsky V.S., Fetisova N.M.</i> Metabolic syndrome and sugar diabetes 2 types: questions of medical rehabilitation	17
<i>Gandziuk V.A., Kondratiuk N.Yu.</i> Organization and conduct of preventive measures, as a composition of family doctor functions: model for improving the adults profilactic medical systems system	21
<i>Zhdan V.M., Babanina M.Yu., Kytura E.M., Tkachenko M.V.</i> Modern methodological approaches to the study of Internal Diseases during the preparation of a family doctor	25
<i>Zolotarova Z.M.</i> Awareness of primary healthcare physicians about their role in palliative care	29
<i>Ivachevska V.V.</i> Efficacy of sitagliptin and ursodeoxycholic acid in correction of metabolic disorders in patients with nonalcoholic fatty liver disease and type 2 diabetes	33

<i>Kravchenko V.V., Orlova N.M.</i> Ways to increase the population’s satisfaction with the quality of outpatient medical care	38
<i>Oshyvalova O.O.</i> Risk factors for skin cancer development in patients precancerous skin	43
<i>Pariy V.D., Korotkiy O.V.</i> Formation and development of primary health care which based on general practice and family medicine in Ukraine: a review of literary sources	48
<i>Pulyk O.R., Gyryavets M.V.</i> The use of mirror therapy in patients with neglect for the rehabilitation in patients after ischemic stroke	54
<i>Rubtsova E.I., Zarembo L.O., Oberemko S.V.</i> A study of the dynamics of measles incidence and children’s coverage of preventive measles vaccinations in the Transcarpathian region	58
<i>Slabkiy G.O., Dudina O.O., Gaborets Yu.Yu.</i> Dynamics of perinatal and neonatal mortality in the period of healthcare system reforming in Ukraine	63
<i>Sukhan V.S.</i> Comorbidity of bronchial asthma and obesity	70
<i>Klimenko P.M., Khanenko S.M., Butkivska T.V., Guseva G.V., Shkrobanets I.D., Kovalenko O.S., Chaban T.I., Dolnik V.M., Naida I.V., Guk A.P., Demchenko I.S., Klimenko S.V., Malyshevckiy S.A., Danyliuk Ye.O., Kekuh D.P., Knertser A.Yu., Denyak A.V.</i> The fundamentals of the national strategy of healthcare in Ukraine (In Ukr.)	73
Abstracts of the reports of the participants of conference	83

УДК 613.2:613.25+615.32

М.М. Блецкан, В.В. Свистак

Особливості застосування фітотерапії при ожирінні

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

Мета – проведення аналізу спектру терапевтичної дії фітотерапевтичних засобів для покращення ефективності ведення пацієнтів за наявності ожиріння.

Матеріали та методи – аналіз терапевтичної дії різновидів рослинної сировини з урахуванням впливу на різні ланки розвитку ожиріння.

Результати. Основними напрямками фітотерапії при ожирінні є: нормалізація ліпідного обміну, регуляція апетиту (пригнічення), стимуляція обмінних процесів, регуляція функції шлунково-кишкового тракту. Важливе місце займає корекція супутніх станів при ожирінні за допомогою фітотерапевтичних засобів (цукрового діабету, порушення ліпідного обміну, стану імунної системи). Компоненти лікарських рослин виявляють різносторонній ефект на найважливіші системи організму та на їх функції.

Висновки. Наведені лікарські рослини у вигляді фітозборів можуть застосовуватися з метою первинної профілактики та підсилення ефективності лікування хворих з ожирінням. Індивідуалізація лікування завдяки раціональному підбору фітозборів, відповідних за хімічним складом, фармакологічною активністю та сумісністю компонентів розширює можливості лікувальних заходів при ожирінні.

Ключові слова: ожиріння, лікарські рослини, фітозбори.

Вступ

Ожиріння – одна з найпоширеніших медико-соціальних проблем сучасності. Ожиріння входить до складу метаболічного синдрому – симптомокомплексу, що включає в себе інсулінорезистентність, порушення вуглеводного і ліпідного обміну, артеріальну гіпертензію. У багатьох країнах світу за останні роки захворюваність на ожиріння збільшилася в середньому вдвічі. До хвороб, що супроводжують ожиріння, відносять артеріальну гіпертензію, дисліпідемію, атеросклероз і пов'язані з ним захворювання, цукровий діабет 2 типу, гіперурикемію, подагру, жовчокам'яну хворобу, остеоартрити [10]. Найбільш несприятливим для здоров'я вважається абдомінальний тип ожиріння, який поєднується з комплексом гормональних і метаболічних порушень. Речовини, що виділяються жировою тканиною, володіють різноманітною біологічною дією і можуть впливати на активність метаболічних процесів у тканинах і різних системах організму як безпосередньо, так і опосередковано через нейроендокринну систему. Абдомінальне ожиріння самостійно й опосередковано (через інсулінорезистентність) сприяє розвитку атеросклерозу. Інсулінорезистентність є центральною ланкою метаболічного синдрому і самостійним фактором ризику серцево-судинних захворювань. Спектр ліпідогрामी при абдомінальному ожирінні зміщений у бік атерогенезу за рахунок гіпертригліцеридемії, підвищення рівня вільних жирних кислот, зниження рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності, підвищення рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності, вираженого постпрандіального підвищення ліпопротеїнів, багатих на тригліцериди, порушення

співвідношення ліпопротеїнової ліпази і печінкової тригліцеридліпази [6, 11, 12].

Широке розповсюдження ожиріння, тісний зв'язок із способом життя і надзвичайно висока смертність від його наслідків вимагають здійснення широкомасштабних профілактичних та лікувальних заходів із застосуванням корекції харчування, адекватного фізичного навантаження та розширення арсеналу лікарських засобів. На сьогоднішній день привертає до себе увагу можливість застосування природних лікарських рослин з метою профілактики та лікування ожиріння [1, 8, 9].

Метою дослідження було проведення аналізу спектру терапевтичної дії фітотерапевтичних засобів для покращення ефективності ведення пацієнтів при наявності ожиріння.

Матеріали та методи. Було проведено аналіз спектру терапевтичної дії різновидів рослинної сировини з урахуванням впливу на різні ланки розвитку ожиріння.

Результати дослідження та їх обговорення

Основними напрямками фітотерапії при ожирінні є: нормалізація ліпідного обміну, регуляція апетиту (пригнічення), стимуляція обмінних процесів, регуляція функції шлунково-кишкового тракту, корекція вуглеводного обміну за наявності супутнього цукрового діабету.

Гіполіпідемічний ефект лікарських рослин обумовлений впливом на наступні ланки ліпідного обміну: гальмування всмоктування екзогенного холестерину в кишківнику, гальмування синтезу холестерину, тригліцеридів та підвищення їх утилізації, прискорення метаболізму та виведення холестерину і тригліцеридів. Гальмування всмоктування екзогенного

холестерину в кишківнику обумовлено вмістом у деяких рослин β -ситостерину – конкурентного антагоністу холестерину. Механізм дії β -ситостерину полягає в блокуванні ферментативної системи, що сприяє всмоктуванню холестерину з кишківника. Даний фітостерин перешкоджає осіданню холестерину на стінках судин та виводить його з організму. До даної групи належать ромашка лікарська, часник, плоди малини, трава і зерна вівса, корені кульбаби лікарської, цикорію, плоди грецького горіха, плоди і листя обліпихи, листя підбілу звичайного тощо. Гальмування синтезу холестерину, тригліцеридів та підвищення їх утилізації здійснюється за рахунок наявності в рослинах глікозидів, лігнінів, стероїдних та тритерпенових сапонінів, фенольних сполук тощо. До даної групи належать адаптогени (елеутерокок, лимонник, родіола рожева, аралія висока тощо), а також подорожник великий, глід колючий, звіробій звичайний та інші. Прискорення метаболізму та виведення холестерину та тригліцеридів властиве лікарським рослинам, що містять ненасичені жирні кислоти (соняшникова, оливкова олії, плоди обліпихи, шипшини, кропу запашного, фенхелю звичайного), а також травам, що містять нікотинову кислоту (плоди журавлини) та деяким рослинам з жовчогінним ефектом (приймочки кукурудзяні) [4].

Серед рослин, що знижують апетит, виділяють трави, що мають властивості розбухати чи утворювати слиз у шлунково-кишковому тракті. Завдяки цьому відбувається обволікання слизової шлунково-кишкового тракту, розтягування стінок шлунку чи кишківника, що створює відчуття насичення. Цим ефектом володіють: водорослі (спіруліна), насіння льону звичайного, корені алтею лікарського, дягелю лікарського.

Для стимуляції обмінних процесів застосовують трави, що володіють жовчогінним, сечогінним та потогінним ефектами. Жовчогінні трави можуть бути представлені кульбабою лікарською, кукурудзяними рильцями, барбарисом звичайним та іншими. Ці трави нормалізують роботу печінки та жовчного міхура, що позитивно впливає на процеси травлення та ліпідний спектр крові. Наступний напрямок – виведення з організму надлишку рідини. Це досягається включенням у збори сечогінних трав (хвощ польовий, спориш звичайний, толокнянка або медвежі вушка), листя брусниці. До рослин з потогінною дією (для кращого виведення продуктів метаболізму) відносяться квіти липи серцелистої та бузини чорної.

Регуляція функції шлунково-кишкового тракту здійснюється шляхом призначення рослин з послаблюючою дією, а також вітрогінною та спазмолітичною. З послаблюючих трав традиційно використовують кору крушини ламкої, жостер, листя сени (при атонічних закрепках) та насіння кропу пахучого, анісу звичайного, тмину посівного (при спастичних закрепках). До рослин з вітрогінною та спазмолітичною дією відносяться плоди фенхелю звичайного та кмину звичайного. Ці різновиди трав сприяють очищенню кишківника від шкідливих речовин.

Важливе місце займає корекція супутніх станів при ожирінні за допомогою фітотерапевтичних засобів. Оскільки ожиріння часто поєднується з цукровим діабетом 2 типу, то даній категорії хворих можна рекомендувати додатково рослини, що знижують рівень цукру в крові. До цукрознижуючих рослин відносяться: листя чорниці звичайної, брусниці, суниці, стручки квасолі звичайної, листя шовковиці, топінамбур, корінь лопуха, листя кропиви дводомної, корінь солодки. Ці рослини містять інсуліноподібні та інші гормоноподібні речовини – так звані фітогормони: інулін, інозит, галенін [2, 3, 7].

Для корекції стану імунної системи застосовують засоби, що підвищують вироблення ендogenous інтерферону, стимулюють фагоцитоз та вироблення лізоциму. До рослинних засобів, що підвищують вироблення ендogenous інтерферону можна віднести адаптогени (женьшень, елеутерокок, родіола рожева та ін.), рослини, що містять полісахариди (арніка гірська, алое деревовидне, ісландський мох, каланхое перисте, листя підбілу звичайного, листя подорожника великого). До стимуляторів вироблення лізоциму (антибактеріальний фактор) відносяться анісова, гвоздична, геранієва, коріандрова, лавандова, ялівцева, розмаринова ефірні олії. До рослин, що містять лізоцим можна віднести сік цибулі, буряку, редьки. Рослинні засоби, що впливають на систему комплементу, який бере участь поряд з антитілами в знищенні мікроорганізмів і чужорідних антигенів, включають в себе арніку гірську, базилік, женьшень, мальву лісову. Серед стимуляторів фагоцитозу виділяють рослини, що містять кремнієві кислоти (трава хвоща польового, трава споришу звичайного, листя медунки лікарської), цинк (арніка гірська, бузина чорна, імбир, меліса лікарська, смородина, шавлія лікарська) та поліфенольні комплекси (трава звіробою звичайного, листя меліси лікарської, трава фіалки польової, трава череди трироздільної, трава чистотілу звичайного). Виходячи з принципів формування лікувальних трав'яних зборів, при ожирінні можна застосовувати фітозбір, що містить в своєму складі: насіння льону звичайного, траву хвоща польового, листя чорниці звичайної, листя кропиви дводомної, кору крушини ламкої. Приймати по 1/3 склянки 3 рази на день за 30 хв. до їжі протягом 1,5–2 місяців.

Для стимуляції обміну речовин рекомендують наступний збір: плоди фенхелю – 15 г, квіти ромашки аптечної – 15 г, липовий цвіт – 15 г, квіти бузини чорної – 15 г, листя м'яти перцевої – 15 г. Приймають по 2 склянки настою на день. Курс лікування – 2 міс. При поєднанні надлишкової маси тіла з початковою стадією цукрового діабету використовують фітозбір, що містить: пагони чорниці – 20 г; стручки квасолі звичайної – 20 г, корінь аралії маньчжурської – 15 г; плоди шипшини – 15 г; траву звіробою звичайного – 10 г; квіти ромашки лікарської – 10 г.

Компоненти лікарських рослин виявляють різносторонній ефект на найважливіші системи організму та на їх функції. Перевагами застосування фітотерапевтичних засобів є: фізіологічність (утилізація природних речовин не потребує напруження ферментних

систем; проміжні продукти обміну речовин не токсичні й близькі до продуктів метаболізму тваринного організму); полівалентність фармакологічної дії, яка зростає при спільному застосуванні лікарських рослин з різним хімічним складом діючих речовин; системність, що передбачає мобілізацію механізмів підтримки гомеостазу та корекції обміну речовин; ефективність та безпечність тривалої терапії фітозборами хронічних захворювань (ожиріння); мінімальна побічна дія; доступність й економічна привабливість; можливість взаємозаміни компонентів. Головними принципами сучасної фітотерапії вважають: індивідуалізація лікування завдяки підбору схем фітозборів; безперервність лікування через можливість тривалого вживання фітозборів; комплексність лікувальних заходів; для досягнення найкращих результатів фітотерапію доцільно поєднувати з дієтотерапією та лікувальною фізкультурою. Перед призначенням лікування фітозборами необхідно

враховувати особливості імунологічного статусу хворого та алергологічний анамнез [5, 9, 13, 14].

Висновки

Таким чином, наведені лікарські рослини у вигляді фітозборів можуть застосовуватися з метою первинної профілактики та підсилення ефективності лікування хворих з ожирінням. Індивідуалізація лікування завдяки раціональному підбору фітозборів, відповідних за хімічним складом, фармакологічною активністю та сумісністю компонентів розширює можливості лікувальних заходів при ожирінні.

Перспективи подальших досліджень полягають в розробці фітозборів з метою корекції складових компонентів ожиріння та супутніх коморбідних станів.

Література

1. *Алексеев И.С.* Полный атлас лекарственных растений / И.С. Алексеев. – Донецк: ООО «Глория Трейд», 2013. – 400 с.
2. *Беляков К.В.* Фитотерапия сахарного диабета/ К.В.Беляков // Consilium privisorum, 2007. – № 6 (50). – С. 26–27.
3. *Волошин О.І.* Сучасні аспекти фітотерапії цукрового діабету / О.І. Волошин, О.В. Глубоченко // Международный эндокринологический журнал, 2010. – № 5. – С. 47–54.
4. *Ганич Т.М.* Клінічна фітотерапія / Т.М. Ганич, М.І. Фатула, О.М. Ганич. – Ужгород, 2008. – 301с.
5. *Гродзінський А.М.* Лікарські рослини. Енциклопедичний довідник / А.М.Гродзінський – Київ, 1989. – 541 с.
6. *Каминский А.В.* Сахарный диабет и ожирение. Клиническое руководство по диагностике и лечению / А.В.Каминский, А.Н. Коваленко. – Киев, 2010. – 256 с.
7. *Конечна Р.Т.* Фітозасоби в лікуванні цукрового діабету / Р.Т. Конечна, В.П. Новіков // Вісн. Нац. ун-ту “Львів. політехніка”. – 2008. – № 622. – С. 64–69.
8. *Кьосев П.А.* Лекарственные растения: самый полный справочник / П.А.Кьосев. – М. : Эксмо, 2011. – 944 с.
9. *Лікарські рослини і фітотерапія (фітотерапевтична рецептура): навч. посіб. / Л.В. Бензель, Р.Є. Дармограй, П.В.Олійник, Л.І. Бензель. – К. : ВСВ «Медицина», 2010. – 400 с.*
10. *Паньків В.І.* Ожиріння як медико-соціальна проблема / В.І. Паньків // Практична ангіологія, 2006. – 4 (5). – С. 23–31.
11. *Паньків В. І.* Цукровий діабет 2 типу: управляти ефективно, не допускаючи помилок / В.І.Паньків // Здоров'я України. – 2014. – Темат. номер «Діабетологія». – № 1. – С. 29-30.
12. *Тронько М.Д.* Ендокринні аспекти метаболічного синдрому / М.Д.Тронько, Є.В.Луцицький, В.І.Паньків. – Київ-Чернівці, 2005. – 184 с.
13. *Цукровий діабет 2-го типу у практиці сімейного лікаря / за ред. проф. О.С. Ларина. – Київ, 2013. – С.150–158.*
14. *Чекман І. С.* Клінічна фітотерапія. Природа лікує / І.С. Чекман. – К. : Рада, 2000. – 510 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.03.2018 р.

Особенности применения фитотерапии при ожирении

Н.Н. Блецкан, В.В. Свистак

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

Цель – проведение анализа спектра терапевтического действия фитотерапевтических средств с целью повышения эффективности лечения пациентов при наличии ожирения.

Материалы и методы – анализ терапевтического действия растительных компонентов с учетом воздействия на различные звенья развития ожирения.

Результаты. Основными направлениями фитотерапии при ожирении являются: нормализация липидного обмена, регуляция аппетита, стимуляция обменных процессов, регуляция функции желудочно-кишечного тракта. Важное место занимает коррекция сопутствующих состояний при ожирении с помощью фитотерапевтических средств (сахарного диабета, нарушения липидного обмена, состояния иммунной системы). Компоненты лекарственных растений оказывают разносторонний эффект на важнейшие системы организма и их функции.

Выводы. Указанные лекарственные растения в виде фитосборов могут применяться с целью первичной профилактики и повышения эффективности лечения больных с ожирением. Индивидуализация лечения за счет рационального подбора фитосборов, соответствующих по химическому составу, фармакологической активностью и совместимостью компонентов, расширяет возможности лечебных мероприятий при ожирении.

Ключевые слова: ожирение, лекарственные растения, фитосборы.

Peculiarities of phytotherapy application in obesity

M.M. Bletskan, V.V. Svistak

SHEI “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

The purpose – to conduct an analysis of the therapeutic action spectrum of phytotherapeutic agents to improve the efficiency of managing patients with obesity.

Materials and methods are to analyse the therapeutic effect of plant material varieties, taking into account the impact on different stages of obesity.

Results. The main directions of phytotherapy in obesity are as follows: normalization of lipid metabolism, regulation of appetite (oppression), stimulation of metabolic processes, regulation of the function of the gastrointestinal tract. The correction of concomitant conditions plays an important role in obesity with phytotherapeutic agents (diabetes mellitus, lipid metabolism disorders of the immune system). The components of medicinal plants exhibit a versatile effect on the most important systems of the organism and their functions.

Conclusions. The above mentioned herbs in the form of phytochemicals can be used with the purpose of primary prevention and efficiency increase of obese patients' treatment. Individualization of treatment through the rational selection of phytochemicals, corresponding to the chemical composition, pharmacological activity and compatibility of the components, extends the possibility of therapeutic measures in obesity.

Key words: obesity, herbs, phytochemicals.

Відомості про авторів

Блецкан Мирослава Михайлівна – к.мед.н., доцент кафедри факультетської терапії, медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Свистак Василина Василівна – к.мед.н., доцент кафедри факультетської терапії, медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 614.2:616-001-053.2

С.О. Бондарь

Види та структура локалізації травм, як передумова формування здоров'язбережувальних засад попередження дитячого травматизму

Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна, м. Кропивницький, Україна

Мета: вивчити динаміку захворюваності дитячого населення на травматизм, виявити особливості різновидів травм та їх локалізацій за довготривалий період (1999–2016 рр.).

Матеріали та методи: в якості первинного матеріалу використано дані галузевої офіційної звітності за 1999–2016 рр. (ф. № 12). У роботі використано загальновідомі класичні методи статистики щодо аналізу динамічних рядів показників.

Результати: проаналізовано види дитячого травматизму та визначено структуру локалізацій травм в цілому по Україні з виявленням регіональних особливостей на прикладі Кіровоградської області.

Висновки: доведено, що структура дитячого травматизму розподілена наступним чином: побутовий, вуличний, шкільний, спортивний, дорожньо-транспортний. Щодо регіональних особливостей, то в розподілі локалізацій травм, вищі рангові місця належать термічним та хімічним опікам, а також зростає кількість переломів нижніх кінцівок, внутрішньочерепних травм за 2014–2016 роки при стабілізації показників по країні.

Ключові слова: дитячий травматизм, види, локалізація травм, країна, область.

Вступ

Необхідність невідкладності підтримки, а з часом удосконалення існуючих програм, а також розробки нових широкомасштабних заходів, спрямованих на збереження, покращення здоров'я дитячого населення не викликає сумніву. Вона обумовлена реальністю ситуації, що спостерігається в Україні. Багатоаспектність її несприятливих складових, що включають демографічну кризу, соціально-економічні, екологічні і, навіть, політичні негаразди, тривале безрезультативне реформування медичної галузі обумовлюють погіршення стану здоров'я дітей, від якого залежить майбутнє нації [1, 4, 6]. Вирішення найважливішої, стратегічної для країни задачі потребує володіння достовірною доказовою базою для визначення найбільш соціально значимих напрямів впливу для термінового одержання позитивних змін. Вибір його обґрунтовується за даними структури первинної захворюваності дитячого населення. Динаміка вивчення актуалізує групу хвороб за класом «Травми, отруєння та інші наслідки впливу зовнішніх причин», питома вага яких зростає і зараз входить до трьох лідируючих її причин на більшій території України [3, 5, 7]. За таких умов очевидно стає потреба спрямування зусиль на профілактику травм в зазначеній віковій категорії. Деталізовану програму дій по її втіленню неможливо розробити без поглиблених знань щодо різновидів травм та їх локалізацій [2].

Вищенаведене мотивувало мету дослідження: вивчити за довготривалий період (1999–2016 рр.) динаміку захворюваності дитячого травматизму, виявити особливості різновидів травм та їх локалізацій.

Матеріали та методи

В якості первинного матеріалу використані дані галузевої офіційної звітності за 1999–2016 рр. (ф. №12), що забезпечувало виявлення динаміки явищ, які стали предметом вивчення. А саме: випадки, види, локалізація травм серед дитячого населення (0–14 років) за класом хвороб «Травми, отруєння та інші наслідки впливу зовнішніх причин». Інтенсивність змін, що є важливим елементом при розробці першорядових задач, визначалась за допомогою методичного підходу, згідно якому роки вивчення були поділені на три п'ятирічні періоди: I – період – 1999–2003 рр., II – 2004–2008 рр., III – 2009–2013 рр. Тобто здійснювався одномоментний вибіркового метод. При побудові динамічних рядів дотримувались періодичності з п'ятирічним проміжком – метод контрольних точок. Крім того, вважали доцільним окремо виділити 2014–2016 рр., дані яких дозволять виявити сучасні тенденції за умов територіальних перетворень в Україні з відомих причин. Вони увійшли до IV періоду. Беручи до уваги поширену децентралізацію, а разом з цим, роль місцевої влади, в тому числі органів охорони здоров'я, у прийнятті рішень з приводу певних задач, дослідженням передбачалось проведення компаративного аналізу його результатів в цілому по Україні та Кіровоградській області, зокрема. Вибір її обґрунтований типовістю матеріально – технічної бази, а також подібністю чисельності та повіковим складом дитячого населення до практично третини території країни.

В роботі задіяні загальновідомі класичні методи статистики щодо аналізу динамічних рядів показників.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами довготривалого вивчення різновидів дитячого травматизму в цілому по Україні та Кіровоградській області виявлено повсюдний стабільний їх розподіл. В їх структурі перше місце належить побутовим травмам і на долю їх припадало $61,5 \pm 0,3\%$ та $78,2 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$); друге – вуличним травмам: $28,1 \pm 0,4\%$ та $12,5 \pm 1,3\%$ ($p < 0,05$); третє – шкільним: $5,5 \pm 0,3\%$ та $4,8 \pm 0,5\%$ ($p > 0,05$); четверте – спортивному: $2,7 \pm 0,2\%$ та $2,0 \pm 0,1\%$ ($p < 0,05$); п'яте – дорожньо-транспортному: $0,6 \pm 0,01\%$ та $0,4 \pm 0,06\%$ ($p < 0,05$); на решту припадало $1,6 \pm 0,1\%$ та $2,1 \pm 0,1\%$ ($p < 0,05$) відповідно. Як видно, при однаковій структурі, в області вірогідно більшим був лише відсоток побутових травм, меншим – при вуличному, спортивному та дорожньо-транспортному травматизмі. Окремо підкреслимо відсутність різниці при шкільному. Наведені дані самі по собі мають суттєве значення оскільки розкривають напрями, що потребують першочергової уваги, комплексного підходу до позитивної зміни ситуації. Адже по суті мінімізація кожного виду дитячого травматизму не може бути

забезпечена тільки зусиллями органів охорони здоров'я. Вона диктує необхідність залучення владних, суспільних, соціальних структур якщо говорити про вертикальну скоординованість дій та, безумовно, повинна реалізовуватись на індивідуальному, сімейному, груповому, популяційному рівнях, якими передбачається конкордатність горизонтальних взаємозв'язків.

Разом з тим, в основі певних рішень, заходів повинні бути закладені першопричини любого явища, його складові. За ними можна цілеспрямовано визначитись у векторі розподілу задач та відповідальних за її вирішення. Тобто без комплексного підходу неможливий програмний принцип профілактики.

Специфічний медичний аспект її вимагає розширеної інформації в плані структури локалізації травм та їх динаміки, що дозволить з'ясувати проблемні питання у формуванні, підтримки збереження культури здоров'я підростаючого покоління, а також при розробці здоров'язбережувальної особистісної орієнтованих технологій.

Робота по вивченню структури видів локалізації травм була проведена, результати якої подамо далі (табл. 1).

Таблиця 1

Структура та частота дитячого травматизму за локалізацією в Україні та Кіровоградській області (M±m) (1999–2016 рр.)

Найменування. Локалізація травми	Структура, %		Показник на 10 тис. населення	
	Усі види (0-14 р.)		Усі види (0-14 р.)	
	Україна	область	Україна	область
Рани, поверхневі ушкодження та пошкодження судин	47,5±0,7	50,0±1,4*	227,4±12,3	217,6±38,1
Переломи кісток верхніх кінцівок	20,0±0,4	17,4±1,4*	106,6±12,2	74,8±12,6*
Вивихи, розтягнення, деформація і травми зв'язок суглоба і прилеглих м'язів	12,6±1,4	11,1±1,1	59,5±7,1	48,7±11,4
Переломи кісток нижніх кінцівок	6,6±0,4	6,9±0,8	32,2±3,1	26,5±8,1
Внутрішньочерепні травми	3,1±0,4	2,1±0,7	15,0±1,7	8,7±1,2
Термічні та хімічні опіки	2,8±0,3	3,7±0,4*	13,2±1,6	15,8±2,0
Наслідки проникнення стороннього тіла через природній отвір	2,5±0,2	2,3±0,4	11,6±1,1	9,8±1,7
Інші травми уточнених та не уточнених або множинних ділянок тіла	1,2±0,2	1,1±0,3	5,7±0,5	-
Інші не уточнені наслідки дії зовнішніх чинників	1,1±0,2	1,2±0,3	5,0±1,1	5,1±1,2
Токсична дія речовин немедичного призначення	0,9±0,2	1,8±0,9*	4,0±0,7	7,9±3,4
Переломи черепа, хребта та кісток тулуба	0,9±0,1	-	4,1±0,4	-
Отруєння ліками та біологічними речовинами	0,6±0,1	0,7±0,2	2,8±0,4	2,8±0,5
Всього	99,8	98,3		

Примітка: * – різниця між показниками достовірна; $p < 0,05$.

Результати аналізу табл. 1, де представлені узагальнені відомості, засвідчують, що, як в Україні, так й області, в структурі хвороб перші чотири рангові місця стійко закріпилися послідовно за травмами з

локалізацією: 1. «Рани, поверхневі пошкодження та ушкодження судин»; 2. «Переломи кісток верхніх кінцівок»; 3. «Вивихи, розтягнення, деформація і травми зв'язок суглобів і прилеглих м'язів»; 4. «Переломи кісток

нижніх кінцівок». На відміну від України, в області питома вага перших із перерахованих травм була вірогідно більшою ($50,0 \pm 1,4\%$ та $47,5 \pm 0,7\%$ відповідно), тоді як відсоток других був статистично меншим ($17,4 \pm 1,4\%$ та $20,0 \pm 0,4\%$ відповідно). На треті та четверті місця припадала практично однакова частина випадків ($11,1 \pm 1,1\%$ та $12,6 \pm 1,4\%$; $6,9 \pm 0,8\%$ та $6,6 \pm 0,4\%$ відповідно). При розподілі шести інших місць виявлені особливості в розрізі області. Зокрема, наступні три з них належали: «Термічним та хімічним опікам» (5 місце), «Наслідкам проникнення стороннього тіла через природний отвір» (6), «Внутрішньочерепним травмам» (7), тоді як останні перебували на 5 місці по країні, а двом іншим одне за одним належали 6 та 7 місця. Виявилися й інші відмінності. В області доля уражень дитячого населення токсичною дією речовин немедичного призначення удвічі більша ніж по Україні ($1,8 \pm 0,9\%$ проти $0,9 \pm 0,2\%$), їм належить 8 місце проти 10-го відповідно. Дев'яте («Інші та не уточнені наслідки дії зовнішніх чинників») – розділяють обидві територіальні структури ($1,1 \pm 0,2\%$ та $1,2 \pm 0,3\%$ відповідно по Україні та області). На останніх двох місцях, тобто 10 та 11 в області перебувають «Інші травми уточнених та не уточнених або множинних ділянок тіла» ($1,1 \pm 0,3\%$) та «Отруєння ліками та біологічними речовинами» ($0,7 \pm 0,2\%$). Не можна не звернути увагу на той факт, що в країні біля 1% в структурі хвороб за класом належить такий тяжкій і серйозній травмі як «Переломи черепа, хребта, кісток тулуба» та $0,6 \pm 0,1\%$ приходить на «Отруєння ліками та біологічними речовинами» (11 та 12 місця відповідно).

Далі повернемося до другої половини табл. 1 з тим, щоб за її даними проаналізувати, також в порівняльному аспекті, показники в розрахунку на 10 тис. населення, що відбивають поширення частоти виникнення того чи іншого явища і які є більш точними для оцінки ситуації. Величини усіх інтенсивних показників, що розглядаються за класом хвороб, нижчі в області, ніж середньоукраїнські, за окремим випадком. Разом з тим, наголосимо на подібності рангового розподілу до поданого вище. Перші чотири місця займають ті ж самі травми і у тій же послідовності. Зберігалася вона й при трьох наступних. А саме, в області 5, 6 та 7 відповідно належали термічним та хімічним опікам, наслідкам проникнення стороннього тіла через природний отвір та внутрішньочерепним травмам. В цілому по Україні, їх займали внутрішньочерепні травми, термічні та хімічні опіки та наслідки проникнення стороннього тіла через природний отвір. Виявилось, що в області, як за екстенсивним, так й інтенсивним показником, восьме місце належало токсичним діям речовин немедикаментозного призначення ($7,9 \pm 3,4\%$ проти $4,0 \pm 0,7\%$ по країні – 10 місце). Варто зазначити, якщо вказану причину ураження розглядати разом із отруєнням ліками та біологічними речовинами ($2,8 \pm 0,5\%$), які стоять на останньому, десятому, місці, то

викристалізується характерний для області серйозний аспект проблеми. Дев'яте місце притаманне іншим не уточненим наслідкам дії зовнішніх чинників ($5,0 \pm 1,1$ та $5,1 \pm 1,2$ в Україні та області відповідно на 10 тис.).

За усередненими величинами, безумовно, приховуються особливості, пов'язані з динамікою показників. За матеріалами табл. 2 та 3 спочатку представимо її характер за величиною питомої ваги тієї чи іншої травми в загальній їх кількості серед дитячого населення в Україні та області відповідно.

Передусім підкреслимо, що до аналізу по Україні увійшло $95,3\text{--}97,5\%$ випадків за роками, по області – $94,5\text{--}97,3\%$. Результати співставлення показників свідчать про їхню мозаїчність по усій території України і в Кіровоградській області, зокрема. В окремі періоди характер змін співпадає, в окремі – ні.

Узагальнюючи, можна сказати наступне відносно основних видів травм. Так, що стосується першого місця, яке належить «Ранам, поверхневим пошкодженням та ушкодженням судин», то, незалежно від тенденції до їх зменшення, відсоток їх в усі роки в області був вірогідно більшим, ніж в цілому по країні. В результаті у 2016 р. на них припадало $49,4 \pm 0,6\%$, тоді як в країні – $47,3 \pm 0,1\%$ ($p < 0,05$).

Впродовж перших 10 років кількість випадків переломів кісток верхніх кінцівок достовірно зростала всюди (в Україні з $19,4 \pm 0,1\%$ до $20,7 \pm 0,2\%$ у 2009 р., в області з $16,9 \pm 0,4\%$ до $18,1 \pm 0,5\%$ відповідно), з 2009 р. почала поступово зменшуватись і становила у 2016 р. $19,5 \pm 0,2\%$ та $15,3 \pm 0,4\%$ відповідно ($p < 0,05$). Водночас, на відміну, чітко простежується збільшення випадків переломів нижніх кінцівок. Більше того, частка їх у 2016 р. в області достовірно більша, ніж в цілому по країні ($8,0 \pm 0,3\%$ проти $7,0 \pm 0,2\%$).

З 2009 р. зростає доля дітей з вивихами, розтягненнями, деформацією і травмами зв'язок суглобів та прилеглих м'язів (з $12,6 \pm 0,2\%$ до $13,3 \pm 0,2\%$ у 2013 р. по Україні, з $11,5 \pm 0,3\%$ до $12,2 \pm 0,3\%$ в області відповідно; $p < 0,05$). Зазначена особливість спостерігалась й в останні три роки, а саме: з $13,4 \pm 0,2\%$ до $15,5 \pm 0,2\%$ у 2016 р. та з $12,0 \pm 0,3\%$ до $12,8 \pm 0,4\%$ відповідно.

Варто звернути увагу на термічні та хімічні опіки, на які в області припадало п'яте місце, тоді як в Україні – шосте. Крім того, відмінність полягає у більших величинах показників з незначною тенденцією до зниження. У 2016 р. відсоток їх становив $3,2 \pm 0,2\%$ проти $3,6 \pm 0,2\%$ у 2009 та 2013 роках, тоді як в Україні $2,3 \pm 0,2\%$ проти $2,7 \pm 0,2\%$ та $2,6 \pm 0,2\%$ відповідно. При однаковій тенденції до зменшення внутрішньочерепних травм повсюди з 2004 року на тлі меншої частки випадків в області, все таки не можна не відмітити, в силу їхньої вагомості, зростання даного виду травм в області за останні три роки: а саме – до $1,8 \pm 0,2\%$ проти $1,4 \pm 0,1\%$ у 2014 р. ($p < 0,05$), при стабільності їх в Україні – $2,7 \pm 0,2\%$ – $2,8 \pm 0,2\%$ ($p > 0,5$).

Таблиця 2
Структура локалізації травм дитячого травматизму в Україні (0–14 років)

Локалізація травм	Рік																							
	1999		2003		2004		2008		2009		2013		2014		2015		2016							
	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m						
Рани, поверхневі ушкодження та пошкодження судин	49,0	0,1	46,6*	0,2	46,8	0,1	47,2*	0,1	47,2	0,1	48,5*	0,1	47,3	0,1	48,0	0,1	47,3	0,1						
Переломи кісток верхніх кінцівок	19,4	0,1	20,4*	0,1	20,3	0,2	20,7*	0,2	20,0	0,2	19,5*	0,2	20,3	0,2	19,7	0,2	19,5*	0,2						
Вивихи, розтягнення, деформація і травми зв'язок суглоба і прилеглих м'язів	10,1	0,1	11,1	0,2	12,0	0,2	11,9	0,2	12,6	0,2	13,3*	0,2	13,4	0,2	13,4	0,2	15,5	0,2						
Переломи кісток нижніх кінцівок	5,8	0,1	6,2*	0,2	6,5	0,2	6,8	0,2	6,8	0,2	6,6	0,2	6,9	0,2	7,0	0,2	7,0	0,2						
Внутрішньочерепні травми	3,5	0,2	4,0	0,2	3,4	0,2	3,2	0,2	3,1	0,2	2,8	0,2	2,8	0,2	2,8	0,2	2,7	0,2						
Термічні та хімічні опіки	3,5	0,2	3,1	0,2	3,0	0,2	2,7	0,2	2,7	0,2	2,6	0,2	2,6	0,2	2,4	0,2	2,3	0,2						
Наслідки проникнення стороннього тіла через природний отвір	2,9	0,2	2,8	0,2	2,6	0,2	2,5	0,2	2,4	0,2	2,2	0,2	2,2	0,2	2,3	0,2	2,2	0,2						
Інші травми уточнених та неуточнених або множинних ділянок тіла	1,4	0,1	1,5	0,2	1,3	0,2	1,3	0,2	1,0	0,1	1,0	0,07	1,1	0,06	1,1	0,2	1,5	0,2						
Інші неуточнені наслідки дії зовнішніх чинників	-	-	1,5	0,2	1,2	0,2	1,1	0,1	1,1	0,1	0,9	0,03	0,9	0,03	0,9	0,07	0,9	0,07						
Токсична дія речовин не медичного призначення	0,7	0,1	0,6	0,1	0,7	0,1	0,8	0,1	0,9	0,1	0,9	0,1	0,9	0,1	1,0	0,07	1,4*	0,2						
Разом	95,3		97,0		97,0		97,3		97,0		97,3		97,5		97,2		98,5							
Решта	4,7		3,0		3,0		2,7		3,0		2,7		2,5		2,8		1,5							
Всього	100		100		100		100		100		100		100		100		100							

Примітка: * – різниця показників достовірна до попереднього року: $p < 0,05$.

Таблиця 3
 Структура локалізації травм дитячого травматизму в Кіровоградській області (0–14 років)

Локалізація травм	Рік																	
	1999		2003		2004		2008		2009		2013		2014		2015		2016	
	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m
Рани, поверхневі ушкодження та пошкодження судин	52,1	0,7	49,5*	0,7	47,6*	0,7	49,4*	0,6	49,9	0,6	51,2*	0,3	51,8*	0,6	51,3	0,6	49,4*	0,6
Переломи кісток верхніх кінцівок	16,9	0,4	17,5	0,5	19,2*	0,6	20,1	0,5	18,1	0,5	16,7*	0,4	16,6	0,5	16,0	0,4	15,3	0,4
Вивихи, розтягнення, деформація і травми зв'язок суглоба і прилеглих м'язів	10,0	0,3	9,7	0,4	9,6	0,4	10,6	0,4	11,5	0,8	12,2*	0,3	12,0	0,3	11,6	0,4	12,8	0,4
Переломи кісток нижніх кінцівок	5,5	0,3	6,1*	0,3	6,1	0,3	7,9*	0,3	7,2*	0,3	6,9	0,3	7,4	0,3	7,0	0,3	8,0*	0,3
Внутрішньочерепні травми	2,7	0,2	3,0	0,2	3,3	0,3	1,9*	0,1	1,7	0,2	1,6	0,1	1,4	0,1	1,5	0,1	1,8*	0,2
Термічні та хімічні опіки	4,2	0,3	4,5	0,3	3,6*	0,3	3,7	0,2	3,6	0,2	3,6	0,2	3,6	0,2	3,3	0,2	3,2	0,2
Наслідки проникнення стороннього тіла через природний отвір	2,7	0,2	2,9	0,2	2,4*	0,2	1,5*	0,1	2,2*	0,2	2,4	0,2	2,5	0,2	2,1	0,2	2,0*	0,2
Інші неуточнені наслідки дії зовнішніх чинників	1,4	0,2	-	-	1,7	0,2	1,4*	0,1	1,2*	0,1	1,1	0,1	0,5*	0,06	1,3*	0,1	1,1	0,1
Разом	96,6		94,5		94,8		97,1		97,0		97,2		97,0		97,3		97,0	
Решта	3,4		5,5		5,2		2,9		3,0		2,8		3,0		2,7		3,0	
Всього	100		100		100		100		100		100		100		100		100	

 Примітка: * – різниця показників достовірна до попереднього року: $p < 0,05$.

В табл. 4 та 5 подані конкретні дані відповідних показників в розрахунку на 10 тис. дитячого населення в Україні та області. Вивчення їх динаміки дозволяє говорити про подібність характеру змін на тлі менших величин в області в їх переважній більшості. Проте, є особливості. Так, рівень термічних та хімічних опіків вищий в області (усереднений показник становив $15,8 \pm 2,0$ проти $13,2 \pm 1,6$ в Україні). Практично у 2–3,5 рази частіше, починаючи з 2009 р. в області спостерігається отруєння токсичною дією немедикаментозного призначення (у 2016 р. $15,9$ проти $8,0$ у 2009 р. на 10 тис.) тоді як в країні – $5,2$ проти $4,5$ відповідно. Треба наголосити, що зростає й показник при отруєнні ліками та біологічними речовинами в області на 20% за III період і на 32% за IV до $2,9 \pm 0,5$ на 10 тис. у 2016 р.; в Україні, навпаки, стає меншим на 10% та 11,5% до $2,3 \pm 0,0$ відповідно. Треба також звернути увагу, що в області в останні три роки на 39,0% зріс показник поширеності внутрішньочерепної травми на тлі його

стабілізації по країні (з $6,4$ у 2014 р. до $8,9$ у 2016 р. проти $12,8$ в країні; на 10 тис.).

Таким чином, структура, динаміка дитячого травматизму в області характеризується, з одного боку, своєю подібністю за основними параметрами та процесами, так й має свої відмінності. При стабільній структурі як випадків, так й частоти розповсюдженості травм за класом «Травми, отруєння та інші наслідки впливу зовнішніх причин» в цілому по Україні та Кіровоградській області, вони не співпадають, починаючи з 5 місця. Для останньої більш типовими є термічні та хімічні опіки, токсична дія речовин немедичного призначення, отруєння ліками та біологічними речовинами, наслідки проникнення стороннього тіла через природний отвір. Їм належать вищі рангові місця, ніж в Україні в цілому. Звертають на себе увагу й вищі рівні частоти при ранах, поверхневих ушкодженнях та пошкодженнях судин. Хоча вони займають повсюди перше місце.

Таблиця 4

Динаміка захворюваності на дитячий травматизм за локалізацією травм (0–14 років) в Україні (на 10 тис. населення)

Локалізація травм	Рік								
	1999	2003	2004	2008	2009	2013	2014	2015	2016
Рани, поверхневі ушкодження та пошкодження судин	220,7	211,9	219,2	236,6	242,0	251,6	217,2	222,1	225,5
Переломи кісток верхніх кінцівок	87,5	92,5	95,1	103,4	102,6	101,1	93,1	91,3	97,7
Вивихи, розтягнення, деформація і травми зв'язок суглоба і прилеглих м'язів	45,4	50,7	56,3	59,5	64,7	68,8	61,5	62,1	66,2
Переломи кісток нижніх кінцівок	25,9	28,0	30,3	33,9	34,9	34,1	31,5	31,6	33,4
Внутрішньочерепні травми	15,7	18,0	15,9	15,9	16,0	14,5	12,8	12,9	12,8
Термічні та хімічні опіки	15,6	14,2	14,2	13,6	14,2	13,4	11,9	10,9	10,6
Наслідки проникнення стороннього тіла через природний отвір	12,9	12,6	12,1	12,4	12,4	11,3	10,3	10,7	9,7
Інші неуточнені наслідки дії зовнішніх чинників	6,2	6,7	5,5	5,6	5,6	4,6	4,0	3,7	3,8
Інші травми уточнених та неуточнених або множинних ділянок тіла	6,2	6,6	5,9	6,3	5,6	5,2	5,2	5,0	5,1
Переломи кісток черепа, хребта та кісток тулуба	4,6	4,5	4,7	4,2	4,5	4,0	3,3	3,6	3,9
Отруєння ліками та біологічними речовинами	3,9	2,8	2,9	2,8	2,9	2,6	2,3	2,5	2,3
Токсична дія речовин немедичного призначення	3,2	3,2	2,9	3,8	4,5	4,8	4,0	4,6	5,2
Всього	454,4	451,1	487,3	500,4	512,7	459,0	459,0	463,1	473,2

Таблиця 5
Динаміка захворюваності на дитячий травматизм (0–14 років)
в Кіровоградській області (на 10 тис. населення)

Локалізація травм	Рік								
	1999	2003	2004	2008	2009	2013	2014	2015	2016
Рани, поверхневі ушкодження та пошкодження судин	197,9	161,0	144,9	234,0	243,1	262,9	236,3	240,2	238,2
Переломи кісток верхніх кінцівок	64,0	56,8	58,3	95,2	88,4	85,9	75,8	74,5	73,7
Вивихи, розтягнення, деформація і травми зв'язок суглоба і прилеглих м'язів	38,1	31,7	29,2	50,4	55,8	62,6	54,3	54,2	61,9
Переломи кісток нижніх кінцівок	20,8	19,8	18,5	34,4	35,3	35,3	33,8	32,3	38,7
Внутрішньочерепні травми	10,3	9,4	10,2	8,8	8,4	8,3	6,4	7,2	8,9
Термічні та хімічні опіки	16,1	14,7	10,9	17,6	17,3	18,5	16,2	15,4	15,4
Наслідки проникнення стороннього тіла через природній отвір	10,2	9,4	7,3	7,3	10,6	12,6	11,6	10,0	9,2
Інші неуточнені наслідки дії зовнішніх чинників	5,4	4,1	5,2	6,4	5,7	5,4	2,1	6,0	5,5
Токсична дія речовин немедицинного призначення	3,8	4,1	4,0	5,6	8,0	8,1	5,6	15,7	15,9
Отруєння ліками та біологічними речовинами	3,5	3,6	3,4	2,2	2,1	2,5	2,2	2,8	2,9
Всього	379,8	325,2	304,2	473,3	487,3	513,9	456,0	467,9	482,1

Треба підкреслити суттєве зростання переломів кісток нижніх кінцівок, в результаті чого з 2009 р. інтенсивні показники в області вищі за усереднені по країні при тому, що продовжують залишатись на четвертому місці. Зазначене диктує диференційований підхід до розробки, планування та реалізації відповідних заходів, спрямованих на усунення, зменшення травматизму серед дитячого населення. Водночас, за наведеними даними, виявлені передумови необхідності розробки здоров'язбережувальних технологій на основі інноваційних підходів, формування особистісної культури здоров'я у подрастаючого покоління.

Висновки

Доведено, що в структурі дитячого травматизму повсюдно стабільно представлена наступним чином: побутовий, вуличний, шкільний, спортивний, дорожньо-транспортний.

Література

1. Богомолова Е.С. Диагностика факторов риска в системе среда обитания – здоровье школьников / Е.С. Богомолова, Ю.Г. Кузмичев, Т.В. Бадеева, М.В. Ашина // Мат-лы науч. конф., посвященной 120 летию ФНЦ гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана. – Здоровоохранение РФ. – 2011. – №5. – С.17–18.

Виявлено, що в структурі локалізацій травм серед дитячого населення перші чотири місця в Україні та області стійко займають: «Рани, поверхневі ушкодження та пошкодження судин», «Переломи кісток верхніх кінцівок», «Вивихи, розтягнення, деформація і травми зв'язок суглоба і прилеглих м'язів», «Переломи кісток нижніх кінцівок».

Виявлені регіональні особливості в розподілі локалізацій травм серед дитячого населення, де вищі рангові місця порівняно з Україною належать термічним та хімічним опікам, токсичній дії речовин немедицинного призначення, отруєнням ліками та біологічними речовинами, наслідкам проникнення стороннього тіла через природній отвір, а також проявилися зростанням переломів нижніх кінцівок, внутрішньочерепних травм за 2014–2016 роки при стабілізації показників по країні.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням напрямів профілактики дитячого травматизму.

2. *Карякин Н.Н.* Системный анализ факторов в здравоохранении / Н.Н. Карякин, П.В. Мухин // Здравоохранение РФ. – 2013. – №1. – С. 28–31.
3. *Калмакова Ж.А.* Детский травматизм как социальная проблема современного общества / Ж.А. Калмакова // Успехи современного естествознания. – 2014. – №4. – С. 37–38.
4. *Милушкина О.Ю.* Особенности формирования здоровья подростков в условиях современной образовательной среды / О.Ю. Милушкина, З.А. Дагаева // Мат-лы науч. конф., посвященной 120 летию ФНЦ гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана. – Здравоохранение РФ. – 2011. – №5. – С. 66.
5. *Рынза О.П.* Распространенность школьной патологии у детей и подростков крупного промышленного центра / О.П. Рынза // Мат-лы науч. конф., посвященной 120 летию ФНЦ гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана. – Здравоохранение РФ. – 2011. – №5. – С.68–69.
6. *Слабкий Г.А.* Международные подходы к развитию общественного здравоохранения / Г.А. Слабкий, Г.Я. Пархоменко // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 1 (21). – С.7–14.
7. *Choi P.M., Wallendorf M., Keller M.S., Vogel A.M.* Traumatic colorectal injuries in children: The National Trauma Database experience. *J Pediatr Surg.* 2017 Mar 27. pii: S0022-3468(17)30204-X. doi:10.1016/j.jpedsurg.2017.03.055.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.02.2018 р.

Виды и структура локализации травм в формировании здоровьесохраняющих мероприятий по предупреждению детского травматизма

С.А. Бондарь

Кировоградский медицинский колледж им. Е.И. Мухина, г. Кропивницкий, Украина

Цель: изучить динамику заболеваемости детского населения по травмам, определить особенности разнообразия травм и их локализации за длительный период (1999–2016 гг.).

Материалы и методы: в качестве первичного материала было использовано данные отраслевой официальной отчетности за 1999-2016 гг. (ф. № 12). В статье использовались известные классические методы статистического анализа ряда динамических показателей.

Результаты: были проанализированы виды детского травматизма и структура локализаций травм в целом по Украине с выявлением региональных особенностей на примере Кировоградской области.

Выводы: оказалось, что структура детского травматизма распределилась следующим образом: бытовой, уличный, школьный, спортивный, дорожно-транспортный. В отношении региональных особенностей, то распределение травм за локализацией, более высокие показатели принадлежат термическим и химическим ожогам, а также возрастающее число переломов нижней конечности и внутричерепной травмы для периода с 2014 по 2016 годы при стабилизации показателей в стране.

Ключевые слова: детский травматизм, виды, локализация травм, страна, область.

Types and structures of trauma localization as a precondition to form health maintenance bases to prevent children's traumatism

S.O. Bondar

Mukhin Kirovograd Medical College, Ukraine

The aim: to study the dynamic of children's traumatism, to discover the peculiarities of diversity of injures and their localization for long term period (1999-2016).

Materials and methods: the data of the branch of official accounts during 1999-2016 were used as the primary material (f.№12). The well known classical methods of statistics towards the analysis of dynamic rows of indicators were used in the work.

Results: the types of the children's traumatism have been analyzed and the structure of trauma localization over the whole Ukraine with the discovering of regional peculiarities taken as the example of Kirovograd region was defined.

Conclusions. It was proved that the structure of children's traumatism is divided into living, outdoors, school, sports and transported. As for the regional peculiarities towards the definition of trauma localization the thermal and chemical burns take the first place and the number of fractures of low limbs and inner brain injures is increasing during 2014-2016 at the stable data in the country.

Key words: children's traumatism, types, trauma localization, country, region.

Відомості про автора

Бондарь Світлана Олександрівна – Кіровоградський медичний коледж ім. Є.І.Мухіна, директор; Студентський бульвар, 16, м. Кропивницький, 25015, Україна.

УДК 616.379-008.64:616-036.86

М.В. Вернигородская, В.С. Вернигородский, Н.М. Фетисова

Метаболический синдром и сахарный диабет 2 типа: вопросы медицинской реабилитации

Научно-исследовательский институт реабилитации инвалидов
Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова, г. Винница, Украина

Цель: изучить вопросы медицинской реабилитации у больных с метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2 типа.

Методы: историко-архивный, монографический, анкетирования, интервью, клинический, структурно-логический.

Результаты: При выборе медикаментозной терапии необходимо учитывать ее влияние на патогенетические механизмы, лежащие в основе метаболического синдрома. Так, при лечении больных с СД 2 типа избыточной массой тела целесообразно назначение препаратов, повышающих периферическую чувствительность тканей к инсулину, тормозящих процессы глюконеогенеза в печени, оказывающих гиполлипидимическое действие. Препаратом выбора в этом плане является метформин или сиофор.

Выводы: 1. Инсулинрезистентность и гиперинсулинемия в течении длительного периода времени у определенных лиц предшествуют и предопределяют развитие как СД 2 типа, так и целого ряда заболеваний и патологических состояний, каждая из которых является самостоятельным фактором риска развития атеросклероза и сердечно-сосудистой патологии. 2. Частое сочетание этих состояний у одного больного свидетельствует о том, что СД 2 типа представляет собой не изолированное нарушение углеводного обмена, а сложный синдромокомплекс, каждое проявление которого нуждается в своевременной диагностике и адекватной коррекции.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, метаболический синдром, медицинская реабилитация.

Вступление

Метаболический синдром (синдром X) – одна из сложнейших медико-социальных проблем современности. Широкая распространенность синдрома и чрезвычайно высокая смертность от его последствий требуют объединения усилий врачей различных специальностей с целью своевременного выявления данного синдрома и проведения полномасштабных профилактических и лечебных мероприятий.

В течении последних 20 лет были получены многочисленные данные о ведущей роли инсулинорезистентности в патогенезе ряда заболеваний, в частности атеросклероза, ожирения, сахарного диабета (СД) 2 типа, артериальной гипертензии.

Цель исследования: изучить вопросы медицинской реабилитации у больных с метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2 типа.

Основные задачи и методы исследования: изучить связь метаболического синдрома и сахарного диабета 2 типа, особенно у пациентов с признаками синдрома X. Исследовать осложнения, возникающие у больных с метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2 типа. Оценить эффективность медицинской реабилитации у таких больных.

Методы: историко-архивный, монографический, анкетирования, интервью, клинический, структурно-логический.

Результаты исследования и их обсуждение

Инсулинрезистентность в сочетании с другими заболеваниями и патологическими состояниями получила название метаболического синдрома или синдрома Ривена, по имени автора, его описавшего. Именно Ривен в 1988 г. сделал сенсационное предположение о том, что часто наблюдаемые сочетания нарушенной толерантности к углеводам, дислипидемии и артериальной гипертензии является следствием одного и того же патологического феномена инсулинорезистентности. Он обозначил это сочетание как «синдром X», метаболический синдром, или синдром инсулинорезистентности, и связал этот синдром с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. Позднее к списку симптомов были добавлены висцеральный тип ожирения (по андроидному типу), повышенное содержание мочевой кислоты в крови (гиперурикемия), повышение коагуляционных свойств крови и микроальбуминурия.

Популяционные исследования, проводимые в Европе и США, обнаружили, что около 5-10% взрослого населения обоих полов имеют проявления подобных симптомокомплексов. По данным австралийских исследователей, данный синдром охватывает 30% популяции. По мнению Ривена, 25% лиц среднего возраста имеют инсулинрезистентность, и как следствие – метаболический синдром.

В настоящее время метаболическому синдрому отводят ведущую роль в патогенезе развития ИБС, смертность от которой по-прежнему остается самой высокой в развитых странах мира. По данным ВОЗ, 75% причин смертности больных СД 2 типа составляют сосудистые катастрофы, при этом на первом месте стоит смертность от ИБС (каждый третий больной диабетом умирает от острого инфаркта миокарда) на втором – церебрального инсульта, на третьем – от диабетической гангрены. При этом в последние годы стало очевидным, что даже очень хорошая компенсация диабета не гарантирует больных от отсутствия поражений сердечно-сосудистой системы.

В многочисленных исследованиях, проведенных за последние 30 лет убедительно показано, что инсулинрезистентность в течении длительного периода времени предшествует развитию СД 2 типа, что в группе инсулинрезистентных лиц СД 2 типа развивается в два раза чаще, чем у лиц с нормальной чувствительностью к инсулину в течении периода наблюдения в 6 лет, и что развития СД 2 типа у инсулинрезистентных лиц не всегда зависит от наличия ожирения.

Таким образом, был сделан вывод, что инсулинрезистентность сама по себе необязательно предшествует СД 2 типа и даже у инсулинрезистентных лиц может быть прекрасно компенсирована увеличением секреции инсулина β -клетками. Однако, эта компенсация углеводного обмена, обусловленная увеличением панкреатической секреции инсулина, неизбежно приводит к состоянию хронической гиперинсулинемии. А наличие хронической гиперинсулинемии свидетельствует об инсулинорезистентности.

Вместе с тем, способность β -клеток компенсировать инсулинорезистентность гиперинсулинемией для поддержания нормальной толерантности к глюкозе является весьма сомнительным достижением, так как существуют неоспоримые доказательства того, что сама по себе гиперинсулинемия является фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Предложено несколько механизмов, посредством которых инсулинемия способствует прогрессированию атеросклерозу. Дело в том, что инсулин является не только гормоном, снижающий уровень сахара в крови, но и фактором роста, стимулирующим пролиферацию эндотелиальных и гладкомышечных клеток сосудов, что приводит к утолщению сосудистой стенки. Кроме того, инсулин способствует увеличению синтеза липидов в гладкомышечных клетках сосудов путем стимулирования липогенных ферментов. В последние годы появляются все большее количество исследований, из которых следует, что инсулин резистентность и гиперинсулинемия усугубляет риск развития кардиоваскулярных осложнений не прямой активацией атерогенеза, а главным образом, благодаря своему дислипидопропротеинемическому, гипертензивному эффекту и влиянию на процессы свертывания крови.

У пациентов с признаками синдрома Х отмечают нарушения свертывающих свойств крови в виде снижения фибринолитической активности и повышения

специфического показателя – содержания ингибитора активатора плазминогена-1 (пай-1). Нарушение фибринолиза приводит к формированию тромбов и прогрессированию атеросклероза и в абсолютном большинстве случаев связано с повышением уровня ингибитора активатора плазминогена, которое наблюдается у больных ИБС, острым инфарктом миокарда, артериальной гипертензией, заболеваниями периферических сосудов, ожирением. Увеличение этого показателя обнаружено у больных СД 2 типа и в настоящее время рассматривают как фактор риска развития инфаркта миокарда.

Еще одной возможной составляющей синдрома Х, патогенетически связанной с инсулинорезистентностью и гиперинсулинемией, является микроальбуминурия. По современным представлениям последняя отражает генерализованное поражение эндотелия сосудов, а эндотелиальная дисфункция играет важную роль в процессах атерогенеза. Выявлено, что микроальбуминурия наблюдается у инсулинорезистентных лиц с нормальной толерантностью к углеводам и больных СД. В последнем случае значительно возрастают показатели сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

Что касается ожирения, то, помимо эмпирических наблюдений о том, что СД 2 типа страдают главным образом тучные люди, многочисленные исследования подтвердили взаимосвязь между количеством жировой ткани в организме, ИМТ и инсулином. Существует линейная зависимость между ИМТ и концентрацией инсулина натощак и после нагрузочного теста с глюкозой, а также чувствительностью организма к инсулину, т.е. ожирение является косвенным отражением состояния инсулинорезистентности и гиперинсулинизма. В дальнейшем было показано, что не каждое избыточное отложение жировых масс в организме, а только ожирение по андрондному типу с избыточным отложением жира в области передней брюшной стенки свидетельствует об инсулинорезистентности, а абдоминальный тип отложения жира в большей степени, чем ожирение, коррелирует с частотой инфаркта миокарда. Известно также, что риск развития дислипидемии и артериальной гипертензии у больных СД 2 типа без существенного ожирения выше, если у них отмечен абдоминальный тип отложения жира.

Учитывая, что избыточная масса тела, особенно, висцеральный тип ожирения играет значительную роль в патогенезе метаболического синдрома и СД 2 типа, снижение массы тела является патогенетическим обоснованным и самостоятельным обязательным звеном лечения данной категории больных. Снижение массы тела сопровождается такими важными изменениями, как нормализация показателей углеводного обмена, уменьшение гиперинсулинемии, нормализация липидного обмена и АД.

Повышение физической активности является вторым важным немедикаментозным фактором, оказывающим влияние на все компоненты метаболического синдрома: происходит снижение уровня триглицеридов и ЛПНП, возрастает концентрация ЛПВП.

При выборе медикаментозной терапии необходимо учитывать ее влияние на патогенетические механизмы, лежащие в основе метаболического синдрома. Так, при лечении больных с СД 2 типа избыточной массой тела целесообразно назначение препаратов, повышающих периферическую чувствительность тканей к инсулину, тормозящих процессы глюконеогенеза в печени, оказывающих гипополипидемическое действие. Препаратом выбора в этом плане является метформин или сифор.

Назначение препаратов сульфонилмочевины не всегда патогенетически оправдана. Оказывая стимулирующее влияние на бета-клетки поджелудочной железы, они усиливают уже существующую гиперинсулинемию и со временем могут приводить к истощению резервов β -клеток.

При выборе гипотензивных препаратов у больных с метаболическим синдромом важно учитывать их влияние на имеющееся нарушение углеводного и жирового обмена. Препаратами выбора являются ингибиторы АПФ (эналаприл, периндоприл, престареум, рамиприл); антагонисты кальция – дилтиазем, амлодипин, верапамил; сульфамидный нетиазидный диуретик – индапамид (арифон); антагонисты рецепторов ангиотензина II – лозартан; препараты центрального действия – моксонидин (физиотенз) – препарат дает гипотензивный эффект главным образом за счет снижения активности симпатической нервной системы; селективные бета-блокаторы (атенолол, корведилол).

Важным в комплексе лечения метаболического синдрома и СД 2 типа является назначение

гипополипидемических препаратов: ловастатин, симвастатин, правастатин, никотиновая кислота и его производные, фибраты. Необходимо помнить, что выбор и назначение гипополипидемического препарата – ответственная задача. Длительное, фактически пожизненное, лечение, риск развития серьезных побочных действий вызывает большую настороженность у практических врачей.

Выводы

1. Инсулинрезистентность и гиперинсулинемия в течении длительного периода времени у определенных лиц предшествуют и определяют развитие как СД 2 типа, так и целого ряда заболеваний и патологических состояний, каждая из которых является самостоятельным фактором риска развития атеросклероза и сердечно-сосудистой патологии.

2. Частое сочетание этих состояний у одного больного свидетельствует о том, что СД 2 типа представляет собой не изолированное нарушение углеводного обмена, а сложный синдромокомплекс, каждое проявление которого нуждается в своевременной диагностике и адекватной коррекции.

Перспективы дальнейшего развития: раннее выявление и комплексный подход к терапии метаболического синдрома и СД 2 типа, является залогом успеха профилактики столь грозных сердечно-сосудистых катастроф, как инфаркт миокарда и инсульт.

Литература

1. Бондар П. М. Диагностика та лікування метаболічного синдрому : метод. рекомендації / Бондар П. М. – К., 2001. – 12 с.
2. Маньковский Б. Н. Сахарный диабет 2 типа и метаболический синдром / Б.Н. Маньковский // Здоров'я України. – 2014. – № 10 (335). – С. 29.
3. Мартынов А.И. Метаболический синдром: теоретические и практические аспекты / Мартынов А.И. // Кардиология. – 2000. – № 8. – С. 134-137.
4. Меркулова А. Новый взгляд на проблему метаболического синдрома / А. Меркулова // Здоров'я України. – 2016. – № 4 (377). – С. 46-47.
5. Метаболический синдром: прошлое, настоящее и будущее / Е.В. Шляхто, Е.И. Баранова, О.В. Беляева [и др.] // Эфферентная терапия. – 2007. – № 1. – С. 74-78.
6. Паньків В.І. Інсулінорезистентність як ключовий патофізіологічний механізм розвитку метаболічного синдрому / В.І. Паньків // Практ. ангіологія. – 2012. – № 5-6 (54-55). – С. 24-28.
7. Целуйко Л.И. Метаболический синдром X / Целуйко Л.И., Чернышов В.А., Малая Л.Т. – Харьков : «Гриф». – 2002. – 247 с.
8. Evaluating the impact of type 2 diabetes mellitus on cardiovascular risk in persons with metabolic syndrome using the UKPDS risk engine / O Stephen Ogedengbe, Ignatius U Ezeani, Ijezie I Chukwuonye, Ernest N Anyabolu et al. // Diabetes Metab Syndr Obes. – 2015. – №8. – P. 437-445.
9. Mellendijk L. Impact of Nutrition on Cerebral Circulation and Cognition in the Metabolic Syndrome / Laura Mellendijk, Maximilian Wiesmann, Amanda J. Kiliaan // Nutrients. – 2015. – №7 (11). – P. 9416–9439.

Дата поступления рукописи в редакцию: 22.02.2018 г.

Метаболічний синдром та цукровий діабет 2 типу: питання медичної реабілітації

*М.В. Вернигородська,
В.С. Вернигородський, Н.М. Фетісова*
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету
ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Мета: вивчити питання медичної реабілітації у хворих з метаболічним синдромом та цукровим діабетом 2 типу.

Методи: історико-архівний, монографічний, анкетування, інтерв'ю, клінічний, структурно-логічний.

Результати: при виборі медикаментозної терапії необхідно враховувати її вплив на патогенетичні механізми, що лежать в основі метаболічного синдрому. Так, при лікуванні хворих з ЦД 2 типу та надмірною масою тіла доцільне призначення препаратів, що підвищують периферичну чутливість тканин до інсуліну, гальмують процеси глюконеогенезу в печінці, справляють гіполіпідемічний вплив. Препаратом вибору в цьому плані є метформін або сіофор.

Висновки:

1. Інсулінрезистентність та гіперінсулінемія протягом тривалого періоду у певних осіб передують і зумовлюють розвиток як ЦД 2 типу, так і цілого ряду захворювань і патологічних станів, кожен з яких є самостійним чинником ризику розвитку атеросклерозу і серцево-судинної патології.

2. Часте поєднання цих станів у одного хворого свідчить про те, що ЦД 2 типу є не ізольоване порушення вуглеводного обміну, а складний синдромокомплекс, кожен з проявів якого потребує своєчасної діагностики та адекватної корекції.

Ключові слова: цукровий діабет 2 типу, метаболічний синдром, медична реабілітація.

Metabolic syndrome and sugar diabetes 2 types: questions of medical rehabilitation

M.V. Vernigorodska, V.S. Vernigorodsky, N.M. Fetisova
Research Institute of the Rehabilitation of the Disabled
of the VNMU named after M.Pirogov, Vinnitsa, Ukraine

Purpose – to study the issues of medical rehabilitation in patients with metabolic syndrome and type 2 diabetes.

Methods: historical archival, monographic, questionnaires, interviews, clinical, structural and logical.

Results: when choosing medicamentous therapy, it is necessary to take into account its influence on the pathogenetic mechanisms that underlie the metabolic syndrome. In the treatment of patients with type 2 diabetes mellitus who have an excess body weight, it is expedient to prescribe drugs that increase the peripheral sensitivity of tissues to insulin, inhibiting the processes of gluconeogenesis in the liver, which have a hypolipidemic effect. The drug of choice in this situation is metformin or syofor.

Conclusions:

1. Insulin resistance and hyperinsulinemia for a long period of time in some people precede and determine the development of type 2 diabetes and a number of diseases and pathological conditions. Each of them is an independent risk factor for the development of atherosclerosis and cardiovascular pathology.

2. Frequent combination of these conditions in one patient indicates that type 2 diabetes is a complex syndrome complex, each manifestation of which requires timely diagnosis and adequate correction.

Key words: type 2 diabetes, metabolic syndrome, medical rehabilitation.

Відомості про авторів

Вернигородська Марія Василівна – к.мед.н., зав. відділом клініко-функціональних досліджень, НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І. Пирогова, Хмельницьке шосе, 104, м. Вінниця, 21029, Україна.

Вернигородський Віктор Сергійович – д.мед.н., професор, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Хмельницьке шосе, 104, м. Вінниця, 21029, Україна.

Фетісова Наталя Михайлівна – науковий співробітник, НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І. Пирогова, Хмельницьке шосе, 104, м. Вінниця, 21029, Україна.

УДК 614.2-084

В.А. Гандзюк, Н.Ю. Кондратюк

Організація та проведення профілактичних заходів, як складова функції посади сімейного лікаря: модель удосконалення системи профілактичних медичних оглядів дорослого населення

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ, Україна

Мета – окреслити серед функцій посади лікаря первинної ланки профілактичної компоненти.

Матеріали та методи. Аналітичний метод, метод контент-аналізу та метод концептуального моделювання.

Результати. При проведенні аналізу загальнодержавних нормативно-правових актів та рекомендацій міжнародних організацій нами виділено, як окремий напрям діяльності лікаря загальної практики сімейного лікаря, профілактичну роботу з населенням. Обгрунтовано модель удосконалення системи профілактичних медичних оглядів дорослого населення та деталізовано основні моменти її формування.

Висновки. Отримані результати та наведена модель удосконалення системи профілактичних медичних оглядів дорослого населення дозволяє оптимізувати профілактичну роботу сімейного лікаря.

Ключові слова: система профілактичних медичних оглядів, профілактика, фактор ризику, неінфекційні захворювання.

В перше термін первинна медична (медико-санітарна) допомога (ПМД) зустрічається у наукових працях вчених Lord Dowson (1920, Великобританія), J.R. Millis та Willard (1960–1969, США), які згадували у своїх працях про ПМД, але при цьому жоден з них не дав визначення цьому поняттю. А у травні 1978 р. на Міжнародній конференції з ПМД, яка відбулася в Алма-Ати, Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) вперше дано визначення поняття ПМД, яке вказало на пріоритетність ПМД та вплинуло на національні системи організації охорони здоров'я багатьох країн світу [5, 7].

Визначення поняття ПМД включало:

- освіту, яка насамперед пов'язана з основними проблемами, що стосуються здоров'я та методів профілактики і контролю за захворюваннями;
- забезпечення раціонального харчування та поширення інформації про його основи серед населення, контроль за якістю харчових продуктів;
- контроль за безпечністю води та проведення основних гігієнічних заходів;
- медичне забезпечення матерів та дітей, а також проведення заходів щодо планування сім'ї;
- проведення профілактичних щеплень проти основних інфекційних захворювань;
- профілактика та контроль за ендемічними захворюваннями;
- лікування поширених захворювань і поранень;
- забезпечення населення необхідними лікарськими засобами.

В подальшому, у документі, який опубліковано WONCA (Всесвітньої асоціації сімейних лікарів) у 1991 р., визначено вимоги до лікаря загальної практики – сімейного лікаря (ЛЗП/СМ) [3, 4]. Однією із них став

комплексний характер медичної допомоги, а саме: профілактика, діагностика лікування, реабілітація, паліативна допомога, диспансеризація, які не обмежені статтю, віком, національністю та гарантують безперервність надання лікарем упродовж певного часу.

ЛЗП/СМ охоплює значно ширше коло проблем і завдань, які потребують вирішення, ніж тих, що виникають у діяльності лікаря-спеціаліста. Це визначається передусім наближенням ЛЗП/СМ до населення – саме він має перший контакт з пацієнтом, працює з оточенням пацієнта. Робота базується на довгострокових особистих взаєминах між пацієнтом та лікарем, охоплюючи охорону здоров'я людей і вирішення їх соціальних потреб протягом усього життя і не обмежуючись якимось епізодом хвороби.

Метою роботи стала необхідність чіткого окреслення у функції лікаря первинної ланки профілактичної компоненти.

Матеріалами для проведення аналізу стали рекомендації ВООЗ та WONCA щодо організації профілактичної діяльності та визначення компетенцій сімейних лікарів та чинні правові акти України, що регулюють рівень необхідних знань та вмінь ЛЗП/СМ. Для обгрунтування та розробки моделі удосконалення системи профілактичних медичних оглядів дорослого населення нами використано аналітичний метод, метод контент-аналізу та метод концептуального моделювання.

Профілактична робота ЛЗП/СМ регламентована двома основними документами: наказом МОЗ України № 801 від 29.07.2016 р. (zareestrovaniy у Міністерстві юстиції України 22.08.2016 р. за № 1167/29297) «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи», де визначено основні вимоги, норми

навантаження, права і обов'язки лікаря, та «Кваліфікаційною характеристикою лікаря із спеціальності «ЗЛП/СМ», якою затверджено рівень необхідних знань та навичок, у т.ч. з превентивної медицини [2, 6].

Заходи профілактичного характеру згруповані в 4 компоненти:

- організаційно-профілактичний;
- санітарно-освітній;
- діагностично-скринінговий;
- диспансерний.

На профілактичну діяльність ЛЗП/СМ у середньому витрачає близько 16,2% робочого часу [4].

Метою профілактичної роботи є забезпечення умов для формування здорового способу життя, зміцнення

здоров'я населення, зниження захворюваності, інвалідності та смертності шляхом акцентування роботи лікарів первинної ланки охорони здоров'я, що працюють на засадах ЗЛП/СМ, на виконання основних профілактичних складових своєї діяльності.

Організація профілактичної діяльності в АЗП/СМ передбачає організацію підготовки таких закладів з питань застосування методів, побудованих на принципах доказової медицини.

Оскільки провідну роль у реалізації запропонованої програми відведено лікарів первинної ланки, можна рекомендувати до застосування, апробовану в роботі багатопрофільного закладу охорони здоров'я, функціональну модель профілактичної діяльності ЛЗП/СМ (рис.).

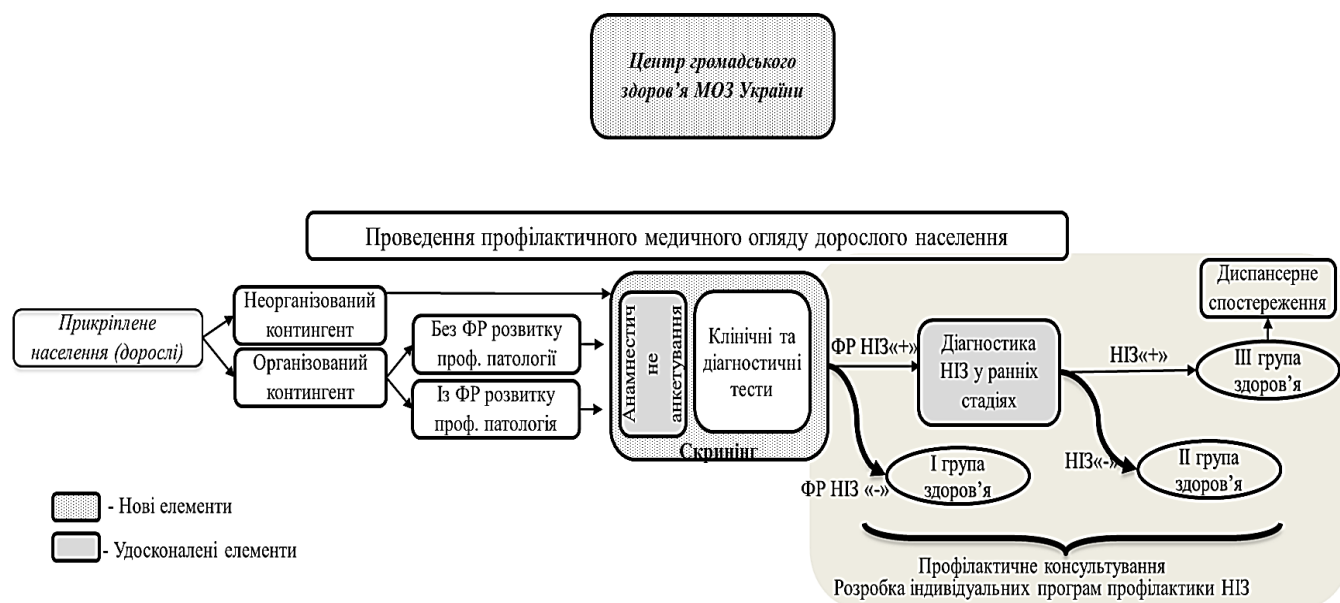


Рис. Функціональна модель профілактичної діяльності лікаря загальної практики / сімейної медицини [1]

Реалізація запропонованої моделі розпочинається на етапі звернення до закладу охорони здоров'я та дозволяю прогнозувати його подальший маршрут. На етапі звернення пацієнта до закладу охорони здоров'я (кабінету/відділення профілактики) фахівцями з базовою та неповною вищою медичною освітою (далі – середній медичний персонал) проводиться:

– долікарське опитування щодо наявності найпоширеніших факторів ризику розвитку НІЗ, пов'язаних зі способом життя, нездоровим харчуванням, низькою фізичною активністю, тютюнопалінням тощо;

– долікарське обстеження: антропометричні вимірювання (визначення маси тіла, росту, окружності талії), розрахунок індексу маси тіла, вимірювання артеріального тиску.

Забезпечення якості процесу виявлення та реєстрації відомостей про пацієнта досягається шляхом внутрішнього і зовнішнього контролю технології збору даних. Підвищення компетентності середнього медичного персоналу досягається шляхом навчання і постійного підвищення кваліфікації (переважно шляхом

дистанційної освіти). Медична інформаційна система дає можливість здійснювати облік ознак на основі використання стандартизованих анкет-опитувальників і метрологічно атестованих приладів для збору даних, а також забезпечує контроль достовірності включених до неї показників (характеристик), зокрема перевірку типу характеристик і належності їх значень до номінального діапазону стандартизованих індикаторів (наприклад, застосування метричної системи для вимірювання антропометричних показників).

1 етап – формування бази даних, на підставі яких буде здійснено моніторинг факторів ризику на індивідуальному рівні та в цілому серед прикріпленого населення; розрахунок інтегральних показників, у разі наявності одного чи декількох факторів ризику;

2 етап – структуризація, контроль якості отриманих даних (використовуються не всі дані, а лише перевірені «якісні»);

3 етап – обробка відібраних даних, перетворення їх у стандартизовану форму діагностичних ознак;

4 етап – віднесення пацієнта до однієї із груп диспансерного спостереження (I,II,III групи здоров'я) з врахуванням наявності факторів ризику розвитку НІЗ; прогнозування перебігу захворювання;

5 етап – урахування несприятливих наслідків щодо стану здоров'я пацієнта, прийняття управлінських рішень з вибору форми організації та методів медичної профілактики;

6 етап – облік, аналіз та оцінка факторів ризику НІЗ, підготовка необхідних висновків, інформування та виконання рекомендацій для пацієнтів та медичного персоналу закладу охорони здоров'я.

Тактичним напрямком моделі є створення сучасної системи збору, обробки, аналізу та передачі інформації щодо організації проведення та планування профілактичних медичних оглядів дорослого населення і забезпечення взаємодії між структурними підрозділами ЗОЗ та забезпечення дотримання зворотного зв'язку із прикріпленим населенням за визначеними індикаторами в розрізі: структура, процес, результат.

Новизною запропонованої моделі є доповнення складових елементів системи профілактичних медичних оглядів дорослого населення низкою нових елементів:

– здійснення медико-соціального моніторингу факторів ризику неінфекційних захворювань та формування відповідної звітності (за висхідним принципом: від рівня ЗОЗ до загальнодержавного рівня);

– розробка та запровадження примірних статеві-вікових карт різних рівнів (національні статево-вікові карти, регіональні статево-вікові карти та статево-вікові карти для прикріпленого населення)

– використання інформатизації для проведення та планування профілактичних медичних оглядів дорослого населення, що дозволяє, в умовах єдиної інформаційної

системи досягнути тактичних завдань та забезпечити безперервне якісне навчання медичного персоналу з питань профілактики неінфекційних захворювань, виявлення та корекції основних факторів ризику їх розвитку.

Висновки

Запропонована функціонально-структурна модель удосконалення системи профілактичних медичних оглядів дорослого населення на рівні сімейного лікаря, складається з наявних ресурсів (розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги, мережі закладів ВМД, автоматизовані робочі місця у закладах охорони здоров'я, доступ до мережі Інтернет), існуючих складових, але частково змінених за рахунок функціонального удосконалення та оптимізації (планування профілактичних медичних оглядів дорослого населення за висхідним принципом, формування бюджетного запиту для проведення профілактичних втручань, формування цільових груп серед прикріпленого населення, анамнестичних анкет,облікових та звітних статистичних форм) та якісно нових елементів (Центру громадського здоров'я МОЗ України та його міжрегіональні відділення, медико-соціологічний моніторинг факторів ризику розвитку НІЗ, єдина інформаційно медична система,єдиний реєстр пацієнтів, система безперервного навчання лікарів та медичних сестер).

Перспективи подальших досліджень полягають у впровадженні запропонованої моделі у практичну діяльність лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

Література

1. Кондратюк Н.Ю. Медико-соціальне обґрунтування удосконалення системи профілактичних медичних оглядів дорослого населення : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук / Н. Ю. Кондратюк. – К., 2016. – 28 с.
2. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи : Наказ МОЗ України № 801 від 29.07.2016 р. (Зареєстрований у Міністерстві юстиції України 22.08.2016 р. за № 1167/29297) [Електронний ресурс]. – Режим доступу http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE29297Z.html
3. Сімейна медицина – турбота про покоління / Г.І. Лисенко, В.І. Ткаченко, Л.В. Хімїон, С.В. Данилюк // Сімейна медицина. – 2013. – № 4. – С. 4–7.
4. Стойко О. Ю. Розробка шляхів оптимізації медико-соціальної технології профілактики тютюнокуріння та оцінка її ефективності : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук / О. Ю. Стойко. – К., 2007. – 22 с.
5. Хімїон Л.В. Новини сімейної медицини (огляд подій 19-ї Європейської конференції Всесвітньої Асоціації сімейних лікарів (WONCA) / Л.В. Хімїон, С.В. Данилюк, В.І. Ткаченко // Сімейна медицина. – 2014. – № 4. – С. 4–5.
6. Шекера О.Г. Кадрова політика в контексті розвитку сімейної медицини в Україні/ О.Г. Шекера// Сімейна медицина. – 2013. – № 3. – С. 13–16.
7. Kostishyn S. et al. Design features of automated diagnostic systems for family medicine //Modern Problems of Radio Engineering, Telecommunications and Computer Science (TCSET), 2016 13th International Conference on. – IEEE, 2016. – С. 774-776.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.03.2018 р.

Организация и проведение профилактических мероприятий, как составляющая функции должности семейного врача: модель совершенствования системы профилактических медицинских осмотров взрослого населения

В.А. Гандзюк, Н.Ю. Кондратюк

Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, Киев, Украина

Цель – определить среди функций должности врача первичного звена профилактической компоненты.

Материалы и методы. Аналитический метод, метод контент-анализа и метод концептуального моделирования.

Результаты. При проведении анализа общегосударственных нормативно-правовых актов и рекомендаций международных организаций нами выделено, как отдельное направление деятельности врача общей практики семейного врача, профилактическую работу с населением. Обоснована модель совершенствования системы профилактических медицинских осмотров взрослого населения и детализировано основные моменты ее формирования.

Выводы. Полученные результаты и приведена модель совершенствования системы профилактических медицинских осмотров взрослого населения позволяет оптимизировать профилактическую работу семейного врача.

Ключевые слова: система профилактических медицинских осмотров, профилактика, фактор риска, неинфекционные заболевания.

Organization and conduct of preventive measures, as a composition of family doctor functions: model for improving the adults profilactic medical systems system

V. A. Gandziuk, N. Y. Kondratiuk

State Institution of Science "Research and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine"
State Administration Department, Kyiv, Ukraine

The **purpose** is to outline among the functions of the position of the primary care physician of the prophylactic component.

Materials and methods. analytical method, method of content analysis and method of conceptual modeling.

Results. When analyzing the national legal acts and recommendations of international organizations, we have identified as a separate direction of the activity of the GP of the general practice of the family doctor, preventive work with the population. The model of improvement of the system of preventive medical examinations of the adult population is substantiated and the main points of its formation are elaborated.

Conclusions. The obtained results and the given model of improvement of the system of preventive medical examinations of the adult population allows to optimize the preventive work of the family doctor.

Key words: system of preventive medical examinations, prophylaxis, risk factor, non-infectious diseases.

Відомості про авторів

Гандзюк Володимир Андрійович – к.мед.н., старший науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги ДНУ «Науково-практичний центр клінічної профілактичної медицини» Державного управління справами; вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014, Україна.

Кондратюк Наталія Юрївна – к.мед.н., старший науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги ДНУ «Науково-практичний центр клінічної профілактичної медицини» Державного управління справами; вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014, Україна.

УДК 378.6:61.016:616.1/9:614.254.3

В.М. Ждан, М.Ю. Бабаніна, Є.М. Кітура, М.В. Ткаченко

Сучасні методологічні підходи до вивчення циклу «Внутрішні хвороби» при підготовці сімейного лікаря

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава, Україна

Мета – оцінка впливу сучасних методологічних підходів до вивчення циклу «Внутрішні хвороби» на підготовку компетентнісної моделі лікаря загальної практики – сімейної медицини.

Матеріали та методи. Під час проведення передатестаційного циклу з фаху «Загальна практика – сімейна медицина» за навчальним планом вивчався вплив сучасних методологічних підходів (форм дистанційного навчання і відпрацювання практичних навичок з розділу «Внутрішні хвороби» у обласному навчально-практичному центрі кафедри) на підготовку сімейного лікаря.

Результати. За даними проведеного комп'ютерного тестування та перевірки опанування практичними навичками наприкінці циклу використання сучасних методологічних підходів до вивчення циклу «Внутрішні хвороби» при підготовці сімейного лікаря дозволило підвищити ефективність навчального процесу та досягло поставленої мети.

Висновки. На даному етапі розвитку охорони здоров'я і медичної освіти використання різноманітних дистанційних навчальних технологій є дуже сучасним та затребуваним, дає можливість досягти якісно нового рівня післядипломної освіти.

Ключові слова. Внутрішні хвороби, дистанційне навчання, практичні навички.

Вступ

Головною метою роботи викладачів вищої медичної освіти є, без сумніву, підготовка компетентних, висококваліфікованих лікарів й тому вони повинні чітко розуміти значення термінів «компетентність» і «компетенція» та умови навчання, які потрібно створити лікарям для досягнення ними відповідної професійної компетентності. Згідно компетентнісного підходу, програма підготовки повинна бути спрямована на розвиток всіх професійних компетенцій майбутнього лікаря загальної практики (клінічних, організаційних соціально-педагогічних та психологічних). У медицині компетентність характеризує здатність лікаря-фахівця реалізовувати свій людський потенціал для здійснення своєї професійної діяльності. За визначенням, компетенція – це комплексне вміння пов'язане з контекстом навчання або практичної підготовки, яке інтегрує кілька видів здібностей та вмінь і дозволяє, на основі аналізу схожого роду обставин, не тільки виявляти проблеми, але й ефективно їх розв'язувати у відповідності до певної ситуації [1, 2, 5].

Таким чином, метою сертифікації компетенцій є підтвердження того, що майбутній професіонал здатен мобілізувати і об'єднати внутрішні (те, що він знає) та зовнішні (те, що він може отримати в якості інформації) ресурси, що він пристосований для вирішення більшості медичних проблем. В професії лікаря загальної практики потрібно адаптувати теоретичні знання і їх практичне застосування в контексті відносин лікар-пацієнт, коли кожна ситуація і, відповідно, рішення – унікальні [4, 9].

Отже, завдання, які стоять перед викладачем медичного ВНЗ не обмежується лише передачею інформації, дій та методів відповідно до нормативно-правової бази. Він повинен визначити свої завдання і методологію та обрати відповідні умови у відповідності з вимогами до якісного розвитку необхідних навичок, що відповідають рівню складності конкретних ситуацій медичної практики [3].

Найважливішою метою сучасних освітніх програм у світлі реформування медицини є закріплення системи безперервної медичної освіти, коли післядипломна і самоосвіта стають не менш важливими, ніж додипломне навчання. Звичайно, виконання цієї мети залежить від багатьох складових: наявності сучасних навчально-методичних програм та посібників, високого рівня теоретичної та практичної підготовки як викладачів кафедр післядипломної освіти так і керівників інтернів на базисах стажування, технічного оснащення вузів та лікарень. У процесі становлення особистості фахівця величезне значення набуває вміння самостійно поповнювати знання та орієнтуватися у великому потоці інформації. Самостійна робота – це планована і контрольована навчальна, науково-дослідна робота, що виконується за завданням та під методичним керівництвом викладача, але без його безпосередньої участі в спеціально відведений для цього час. Умовами, необхідними для ефективної організації та здійснення самостійної роботи лікарів є поступовість введення різних її видів, проведення викладачем регулярних консультацій в різних формах, обов'язковий систематичний контроль виконаної самостійної роботи [8]. Дистанційна освіта при підготовці лікарів – це інноваційна організація навчального процесу,

яка реалізується у специфічній педагогічній системі, яка базується на принципі самостійної освіти лікаря й інтерактивної взаємодії викладача та інтерна [5, 6].

Поряд із цим пріоритетним напрямком навчання на післядипломному етапі є формування навичок практичного ведення пацієнтів, як в стаціонарі так і на амбулаторному прийомі в центрі ПМСД під час очного і заочного циклів. Це навчає майбутнього сімейного лікаря навичкам ефективного спілкування і консультування з пацієнтами і членами їх родини; крім того, лікарі оволодівають навиками клінічного мислення і прийняття рішень в умовах дефіциту часу, невизначеної симптоматики.

З метою підвищення теоретичної обізнаності лікарів загальної практики – сімейної медицини і відпрацювання практичних навичок в умовах, максимально наближених до повсякденної праці лікаря загальної практики у 2013 році на базі амбулаторії №1 центру ПМСД №2 м. Полтави був створений обласний навчально-практичний центр загальної практики – сімейної медицини кафедри сімейної медицини і терапії ВДНЗУ «УМСА». Саме це обумовило поділ центру на дві частини – мультидисциплінарну лабораторію та навчально-методичну лабораторію. Завданням навчально-методичної лабораторії є підвищення теоретичного рівня знань лікарів-інтернів та лікарів-курсантів. У мультидисциплінарній лабораторії лікарі мають можливість відпрацювати навички роботи з електрокардіографом, визначити ріст, вагу, об'єм талії, розрахувати індекс маси тіла. Окрім того, на базі мультидисциплінарної лабораторії співробітниками кафедри разом з лікарями-інтернами та курсантами проводиться лікувально-консультативна робота [3, 7].

Актуальність проблеми та відсутність комплексних наукових досліджень, присвячених вивченню сучасного українського досвіду організації та модернізації професійної підготовки лікарів загальної практики зумовили вибір теми нашого дослідження.

Мета: оцінка впливу сучасних методологічних підходів до вивчення циклу «Внутрішні хвороби» на підготовку компетентної моделі лікаря загальної практики – сімейної медицини.

Основні завдання та методи дослідження: дослідження проводилося на кафедрі сімейної медицини і терапії ВДНЗУ «УМСА». Під час проведення передестабліційного циклу з фаху «Загальна практика – сімейна медицина» за навчальним планом вивчався вплив сучасних методологічних підходів (форм дистанційного навчання і відпрацювання практичних навичок з розділу «Внутрішні хвороби» у обласному навчально-практичному центрі кафедри) на підготовку сімейного лікаря. Перелік практичних навичок з циклу «Внутрішні хвороби» складений кафедрою на основі галузевих стандартів (освітньо-кваліфікаційної характеристики) і є обов'язковим для опанування лікарями-курсантами протягом ПАЦ.

У навчальному процесі професійного удосконалення лікарів ми використали такі дистанційні технології:

1. телелекції і телесемінари (на основі відео-конференції), які проводяться у регламентованому часі;

2. віддалені джерела медичної інформації з ресурсів Інтернету;

3. мультимедійні і навчально-контролюючі системи (на основі Інтернет-технологій).

З метою оцінки впливу сучасних методологічних підходів на підготовку лікаря загальної практики – сімейної медицини на початку дослідження було сформульоване наступне завдання – володіння лікарем компетенціями за п'ятьма сферами діяльності:

- специфічний клінічний підхід;

- спілкування з пацієнтами та їх оточенням;

- застосування професійного обладнання та інструментарію;

- координувана взаємодія з професійним оточенням та санітарними і соціальними службами;

- вміння сприяння розвитку та підвищенню

престижу галузі загальної практики.

Оцінка ефективності використаних педагогічних технологій проводилася наприкінці циклу шляхом проведення тестування за допомогою ліцензованої комп'ютерної програми «Elex» (пропонувалося 200 питань 2–3 рівня складності з відповідного фаху) і шляхом перевірки опанування практичних навичок згідно зі стандартизованими картами практичних навичок та підведення підсумків з анонімним анкетуванням. Під час індивідуальної консультації викладач оцінював рівень теоретичних знань лікаря та опанування ним практичних навичок, що давало змогу скласти індивідуальний план з навчальних питань, які потребують додаткового доопрацювання.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними нашого дослідження дистанційне навчання сприймається складніше з ряду причин – від поганого володіння комп'ютерною технікою до небажання працювати самостійно. Очне навчання, що ґрунтується на лекціях і зазвичай завершується заліком або іспитом із мінімальною ймовірністю провалу, не висуває великих вимог до тих, хто вчиться. На противагу цьому, дистанційне навчання вимагає самоосвіти, і простої присутності на заняттях недостатньо. Відповідно, якщо очне навчання почне рухатися в бік інтерактивності і більшої вимогливості, популярність дистанційної освіти також почне зростати. Впровадження новітніх засобів навчання на сучасному етапі розвитку освітніх та інформаційних технологій визначається, з одного боку, педагогічною ефективністю технологій, що використовуються, а з іншого – їх економічною доцільністю та рівнем соціального сприйняття як курсантами, так і фахівцями-викладачами. Сучасні комп'ютерні програми дозволяють забезпечити передачу знань та доступ до різноманітної навчальної інформації, а нові технології, такі, як інтерактивні електронні навчальні посібники, мультимедійний контент, Інтернет, сприяють більш активному залученню лікарів до процесу навчання. Вивчення методології впровадження дистанційної форми освіти на післядипломному етапі

повинно бути організоване з урахуванням можливостей новітніх інформаційних технологій і орієнтуватися на розвиток особистості, спроможної до постійного оновлення знань професійної мобільності.

Аналізуючи наш досвід, дистанційна освіта на післядипломному етапі навчання лікарів є самостійна цілеспрямована робота з використанням сучасних інформаційних технологій, ефективність якої залежить від методологічно структурованого викладачем процесу та інформаційно-комунікаційних можливостей вищого навчального закладу.

На шляху вдосконалення своєї практичної підготовки лікарі-курсанти проводили самостійно лікувально-консультативну роботу під керівництвом викладача; також вони мали можливість прийняти безпосередню участь у проведенні лабораторно-інструментальних досліджень, та отримати уявлення про можливості сучасних ультразвукових методів дослідження, денситометричного дослідження та їх інтерпретацію. В обласному навчально-практичному центрі лікарі-курсанти оволоділи основними практичними навичками, що передбачені освітньо-професійною характеристикою лікаря спеціаліста та самостійно працювали над засвоєнням матеріалу під час навчання на базах стажування; що поряд з аудиторною є однією з форм навчального процесу та вагомою його складовою.

За даними проведеного комп'ютерного тестування та перевірки опанування практичними навичками наприкінці циклу використання сучасних методологічних

підходів до вивчення циклу «Внутрішні хвороби» при підготовці сімейного лікаря дозволило підвищити ефективність навчального процесу та досягло поставленої мети.

Висновки

На даному етапі розвитку охорони здоров'я і медичної освіти використання різноманітних дистанційних навчальних технологій є дуже сучасним та затребуваним, дає можливість досягти якісно нового рівня післядипломної освіти. Лікарі-курсанти мали змогу отримати не лише теоретичну підготовку з використанням форм дистанційного навчання, а й в обов'язковому порядку оволодіти практичними навичками, що сприяє поліпшенню розуміння та засвоєння матеріалу, розвитку клінічного мислення у лікаря при формуванні компетентнісної моделі лікаря загальної практики – сімейної медицини. Таким чином, на кафедрі сімейної медицини і терапії навчання лікарів-курсантів проводиться на сучасному рівні, що дає змогу підготувати компетентнісну модель лікаря загальної практики – сімейної медицини.

Перспективи подальшого розвитку: надалі плануємо вивчити ефективність впровадження методики «мозкового штурму» під час вивчення циклу «Внутрішні хвороби» на циклі спеціалізації з фаху «Загальна практика – сімейна медицина».

Література

1. *Абрамович В.С.* Модернізація професійної підготовки сімейних лікарів в Україні на досвіді Франції: метод. рекомнд. / В.С. Абрамович. – Київ: КиМУ, 2016. – 57 с.
2. *Абрамович В.С.* Теорія і методика вищої медичної освіти: французький досвід: навч.-метод. посіб. / В.С. Абрамович. – Київ: КиМУ, 2016. – 120 с.
3. *Аспекти* підготовки сімейних лікарів на кафедрі сімейної медицини і терапії / В.М. Ждан, М.Ю. Бабаніна, Є.М. Кітура [та ін.] // Первинна медична допомога в Україні: краєві практики сімейної медицини : наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 7–8 червня 2017р. : збірник праць. – Київ, 2017. – С.36–37.
4. *Вороненко Ю.В.* Підходи до підготовки сімейних лікарів в Україні та країнах Європи / Ю.В. Вороненко, О.Г. Шекера, В.І. Ткаченко [та ін.] // Укр. Мед. Часопис, 3 (110) – V/VI, 2014. – С.116–120.
5. *Ждан В.М.* Впровадження дистанційної освіти на кафедрі сімейної медицини і терапії / В.М. Ждан, М.Ю. Бабаніна, М.В. Ткаченко [та ін.] // Медична освіта, 1(73)/2017. – С.19–22.
6. *Ефективність* дистанційних навчальних технологій в системі післядипломної освіти лікарів / В.М. Ждан, М.В. Ткаченко, М.Ю. Бабаніна [та ін.] // Перспективні напрямки світової науки: збірник статей учасників II Міжнародної (XXII Всеукраїнської) науково-практичної конференції «Інноваційний потенціал світової науки – XXI сторіччя», т.2 : Природничі та точні науки; Соціально-економічні науки, м. Запоріжжя, 4–9 листопада 2013 р. – Запоріжжя, 2013. – С. 55–57.
7. *Потяженко М.М.* Формування знань, умінь і практичних навичок з пульмонології при підготовці лікарів-інтернів з фаху «Внутрішні хвороби» / М.М. Потяженко, Н.Л. Соколюк, Н.О. Люлька [та ін.] // Світ медицини та біології, №2(37), 2013. – С.143–145.
8. *Самостійна* підготовка як фактор підвищення ефективності підготовки лікаря-спеціаліста / В.М. Ждан, Є.М. Кітура, М.Ю. Бабаніна [та ін.] // Інноваційні технології в організації самостійної роботи студентів медичних освітніх закладів : навч.-наук. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 23 березня 2017 р. – С. 55–56.
9. *Bousquet M.-A.* Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique proper à la discipline: Thèse doctorat en médecine, spécialité: Médecine générale / Marie-Alice Bousquet; Université Pierre et Marie Curie (Paris 6), Faculté de médecine. – Paris, 2013. – 199 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.02.2018 р.

Современные методологические подходы к изучению цикла «Внутренние болезни» при подготовке семейного врача

В.Н. Ждан, М.Ю. Бабанина, Е.М. Китура, М.В. Ткаченко
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»,
г. Полтава, Украина

Цель – оценка влияния современных методологических подходов к изучению цикла «Внутренние болезни» на подготовку компетентностной модели врача общей практики – семейной медицины.

Материалы и методы. Во время проведения предаттестационного цикла по специальности «Общая практика – семейная медицина» согласно учебного плана изучалось влияние современных методологических подходов (форм дистанционного обучения и отработки практических навыков по разделу «Внутренние болезни» в областном учебно-практическом центре кафедры) для подготовки семейного врача.

Результаты. По данным проведенного компьютерного тестирования и проверки освоения практическими навыками в конце цикла использование современных методологических подходов к изучению цикла «Внутренние болезни» при подготовке семейного врача позволило повысить эффективность учебного процесса и достигло поставленной цели.

Выводы. На данном этапе развития здравоохранения и медицинского образования использование различных дистанционных обучающих технологий является очень современным и востребованным, дает возможность достичь качественно нового уровня последиplomного образования.

Ключевые слова: внутренние болезни, дистанционное обучение, практические навыки.

Modern methodological approaches to the study of Internal Diseases during the preparation of a family doctor

V.M. Zhdan, M.Yu. Babanina, E.M. Kytura, M.V. Tkachenko
Higher State Educational Establishment of Ukraine
"Ukrainian Medical Dental Academy", Poltava, Ukraine

The purpose is to assess the impact of modern methodological approaches on the study of the "Internal Diseases" cycle on the preparation of a competency model of a general practitioner – family medicine.

Materials and methods. During the pre-certification cycle on "General Practice – Family Medicine", the curriculum examined the impact of modern methodological approaches (forms of distance learning and practical skills development from the section "Internal Diseases" in the regional educational and practical center of the department) on the preparation of a family doctor.

Results. According to data from computer testing and testing of practical skills at the end of the cycle, the use of modern methodological approaches to studying the "Internal Diseases" cycle during the preparation of a family doctor allowed improving the effectiveness of the educational process and achieving the goal.

Conclusions. At this stage of the development of health care and medical education. The using of various distance learning technologies is very modern and in demand. It provides an opportunity to achieve a qualitatively new level of postgraduate education.

Key words: internal illnesses, distance learning, practical skills.

Відомості про авторів

Ждан Вячеслав Миколайович – д.мед.н., проф., ректор Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», професор кафедри сімейної медицини і терапії, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

Бабаніна Марина Юрївна – к.мед.н., доц., завідувач кафедри сімейної медицини і терапії ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

Ткаченко Максим Васильович – к.мед.н., доц., доцент кафедри сімейної медицини і терапії ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

Кітура Євдокія Михайлівна – к.мед.н., доц., доцент кафедри сімейної медицини і терапії ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

УДК: 614.253.5+616-093.75+371.14

Ж.М. Золотарьова

Обізнаність лікарів первинної медичної допомоги щодо їх ролі в системі паліативної допомоги

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

Мета. Вивчити поінформованість лікарів первинної медичної допомоги щодо їх ролі в наданні паліативної допомоги.

Матеріали та методи. Проведено анкетування 111 лікарів первинної медичної допомоги. Використані інформаційно-аналітичний, соціологічний та статистичний методи.

Результати. Встановлено, що лікарі первинної медичної допомоги не мають достатніх знань з паліативної допомоги: 13,5% не знали значення терміну «паліативна допомога», 38,7% – контингенту обслуговування, 48,6% – термінів надання, вагомості їх внеску в надання паліативної допомоги – 59,3%. Лише 12,7% респондентів володіли відповідними знаннями.

Висновки. Програми до- і післядипломної підготовки лікарів первинної ланки повинні бути скориговані з врахуванням сучасних потреб суспільства у паліативній допомозі.

Ключові слова: паліативна допомога, лікар первинної медичної допомоги.

Вступ

В сучасному світі паліативна допомога (ПД) все ширше визнається як важлива частина всієї системи охорони здоров'я [12], яка спроможна забезпечити якісне повноцінне життя пацієнта до останнього моменту та систему підтримки сім'ї під час хвороби їхніх близьких і в період скорботи [11]. Потреба в наданні ПД в світі та Україні надзвичайно велика і, за прогнозами як міжнародних, так і вітчизняних експертів, буде надалі лише зростати [1, 3, 12]. Відповідно до нових викликів значно збільшилась кількість спеціалізованих медичних закладів та спеціалістів з паліативної допомоги. Однак, на сьогодні вже стало очевидним, що цього недостатньо для задоволення потреб кожного пацієнта з прогресуючими хронічними захворюваннями і, як наслідок, спеціалізована паліативна допомога все ще залишається мало доступною для населення. Тому, зараз важливо насамперед говорити про необхідність інтеграції паліативної допомоги в практику первинної медичної допомоги. Визнання цих реалій спонукало до необхідності застосування паліативного підходу всіма медичними працівниками в усіх сегментах системи охорони здоров'я. Так, загальна або первинна паліативна допомога полягає у застосуванні паліативного підходу до опіки пацієнтів не паліативними фахівцями і ключову позицію тут займає лікар первинної медичної допомоги (ЛПМД) [2, 4, 6]. Адже багато елементів надання ПД є власне його компетенцією, що в поєднанні з їх широкими медичними знаннями, тривалими комунікаціями з пацієнтами та їхніми сім'ями, вмінням проводити домашні візити, спілкуватися та співпрацювати з іншими ресурсами охорони здоров'я ставлять їх у ідеальну позицію для вирішення складних проблем паліативних пацієнтів [7]. З іншого боку, залучення спеціальної

паліативної команди для вирішення всіх страждань хворого може ненавмисно підірвати уже існуючі відносини з лікарем ПМД. Крім того, якщо спеціалісти з ПД сконцентрують на себе всі завдання паліативної допомоги, то лікарі первинної медичної допомоги та інші спеціалісти будуть вважати, що основне управління симптомами та психосоціальна підтримка не є їхньою відповідальністю, а паліативна опіка може стати ще більш фрагментарною [9]. Потрібно також вказати і на економічну складову питання, адже, за даними європейських експертів, лише до 20% паліативних хворих вимагають спеціалізованої (а отже більш вартісної) паліативної допомоги, а для більш як 80% цих пацієнтів потреба в ПД може бути задоволеною через послуги, що надаються на первинному рівні медико-санітарної допомоги та ПД вдома [10].

Та чи готові вітчизняні лікарі первинної медичної допомоги до цих викликів? Пошук можливої відповіді на це питання спонукав нас до цього дослідження.

Мета, основні завдання та методи дослідження: вивчити поінформованість лікарів первинної медичної допомоги щодо їх ролі в наданні паліативної допомоги.

За спеціально розробленою програмою опитано 111 лікарів первинної медичної допомоги чотирьох поліклінік м. Івано-Франківська. Проаналізовано міжнародний досвід, нормативно-правову базу, дані офіційної медичної статистики. Оскільки за результатами дослідження отримані переважно категорійні (якісні) дані, для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного чинника на 100 опитаних і похибки репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію χ^2 [5].

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що серед респондентів абсолютну більшість складала особи жіночої статі (80,18% проти 19,82%), які проживали в місті (85,59% проти 14,41%). Слід зауважити, що такий гендерний розподіл є досить характерним для вітчизняної первинної медичної допомоги. Майже 60% (57,1±2,4%) опитаних лікарів мали більш ніж 20-ти річний стаж роботи та високу кваліфікацію (56,5±2,4% з вищою та першою категоріями), і зрозуміло, що ці частки зростали з віком ($p < 0,001$).

Термін «паліативна допомога» виявився невідомим для 13,5±3,2% лікарів первинної медичної допомоги, а більше третини (38,7±4,6%) з них не знали точно, кого саме відносять до паліативних пацієнтів. Вказана обставина викликає неабияку стурбованість, оскільки, як уже зазначалося, власне ці медичні працівники є основними надавачами первинної паліативної допомоги.

Ще одним підтвердженням недостатньої компетенції опитаних стало те, що лише 19,8±3,9% ЛПМД вказали на часту чи постійну взаємодію з важкохворими пацієнтами, а 20,8±3,9% опитаних лікарів взагалі відповіли, що ніколи не контактували з такими хворими. Такі результати, на нашу думку, можуть свідчити як про незнання респондентами свого контингенту обслуговування, так і на, можливо, свідоме чи несвідоме уникнення контактів з інкурабельними хворими.

Більшість лікарів первинної медичної допомоги (70,1±4,4%) вважали онкологічних хворих основним контингентом паліативної допомоги і меншою мірою групу інкурабельних пацієнтів (65,4±4,6%), хворих в термінальній стадії недуги (50,5±4,8%). Особливо звертає на себе увагу, що тільки третина (29,9±4,4%) респондентів вважали людей похилого віку об'єктом ПД, очевидно не знаючи змісту цього виду допомоги.

Лише половина (48,6±4,7%) лікарів знали, що (у відповідності до сучасних поглядів щодо початку надання ПД), паліативна допомога повинна надаватися з моменту становлення діагнозу невиліковного захворювання. Решта вважали початком надання ПД термінальну стадію захворювання (29,7±4,3%) чи після радикального лікування (24,3±4,3%).

Відомо, що основою паліативної допомоги є мультидисциплінарний підхід, оскільки лише так можна забезпечити комплексність, наступність, своєчасність, безперервність і якість медичної, соціальної, психологічної та духовної підтримки хворим і їх близьким. Однак, навіть внесок основних постачальників послуг медичної складової ПД респонденти оцінювали не в повній мірі, а саме: вагомість середнього медичного персоналу визнали 63,0±5,0%, ЛПМД – 59,3±5,1%, лікарів-спеціалістів – 58,5±5,1%, молодшого медичного персоналу – 51,6±5,2%. Також недостатньо оцінений внесок у надання ПД таких важливих на сьогодні учасників мультидисциплінарної команди, як: психологів (53,5±5,4%), священнослужителів (50,6±5,3%),

соціальних працівників (41,2±5,3%), волонтерів (39,3±5,3%). Хоча, в той же час потребу у співпраці з різними зацікавленими сторонами з метою поліпшення надання ПД висловлювали до 80,9% респондентів. Разом з тим, абсолютна більшість опитаних (89,1±1,8%) визнали, що основний тягар догляду за інкурабельним хворим все ж таки припадає на плечі його родини, що ще раз підкреслює нерозвинутість інституту ПД в нашій державі і потребу залучення саме сімейних лікарів як організаторів та координаторів надання ПД хворим та допомоги їх родинам.

Не може не турбувати те, що тільки 12,7±3,2% респондентів вказали, що володіють в повній мірі знаннями з ПД, решта або взагалі нічого не знали про надання ПД (30,9±4,4%), або ж мали фрагментарні знання (56,4±4,7%). Виявлений дефіцит знань може бути однією з причин висловленого опитаними лікарями небажання працювати з невиліковно хворими – лише 3,7±1,8% лікарів хотіли опікуватися такими хворими. Вважає, що більше половини респондентів (63,9±4,6%) категорично висловились проти обслуговування важкохворих, ще третина (32,4±4,5%) не мали чіткої відповіді. Така ситуація може бути наслідком усвідомлення лікарями надзвичайної психологічної складності роботи з таким контингентом хворих на тлі вже названого дефіциту знань з ПД та 100% незадоволеності рівнем оплати їх праці.

На необхідності отримання працівниками первинної медичної допомоги спеціальних знань з ПД постійно наголошують міжнародні експерти [11]. В цьому плані дуже позитивним моментом можна вважати те, що абсолютна більшість (90,7±2,8%) лікарів первинної медичної допомоги висловили бажання отримати необхідні знання з надання ПД, що свідчить все ж таки про розуміння ними перспектив роботи із таким контингентом хворих.

Висновки

Встановлено, що лікарі первинної медичної допомоги не мають достатніх знань з паліативної допомоги.

На етапі незавершеності формування інституцій спеціалізованої паліативної допомоги в Україні та з огляду на світовий досвід, лікар первинної медичної допомоги повинен стати організатором загальної первинної медичної допомоги інкурабельним пацієнтам та членам їх родин.

Програми до- і післядипломної підготовки лікарів первинної ланки повинні бути скориговані з врахуванням сучасних потреб суспільства у паліативній допомозі.

Перспективи подальшого розвитку в даному напрямку полягатимуть у розробці пропозицій щодо відповідних змін в існуючі програми медичної освіти лікарів.

Література

1. *Вороненко Ю. В.* Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Наука і практика. – 2014. – № 1. – С. 63-75.
2. *Гойда Н. Г.* Роль сімейного лікаря в наданні паліативної допомоги // Матеріали Першої Всеукраїнської наук.-практ. конфер. [Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні] / за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського: наукове видання. – К.: Університет «Україна», 2012. – С. 177 – 179.
3. *Губський Ю. І.* Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні: організаційні, юридичні та медичні аспекти / Ю. І. Губський, Н. Г. Гойда, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 1. – С. 68-74.
4. *Шекера О. Г.* Організаційні аспекти залучення лікарів загальної практики сімейної медицини до надання паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам вдома / О. Г. Шекера, А. В. Царенко, Ю. І. Губський // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 1(1). – С. 75-79.
5. *Forthofer R. N.* Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery / R. N. Forthofer, E. S. Lee, M. Hernandez. – Amsterdam, etc.: Elsevier Academic Press, 2007. – 502 p.
6. *Perspectives of Primary Care Providers Toward Palliative Care for Their Patients* / D. Nowels, J. Jones, C. T. Nowels, D. Matlock // JABFM. – November-December 2016. – Vol. 29. – No. 6. – P. 748-758.
7. *Ramanayake R. P. J. C.* Palliative care; role of family physicians / R. P. J. C. Ramanayake, G. V. A. Dilanka, L. W. S. S. Premasiri // Journal of Family Medicine and Primary Care. – 2016. – № 5 (2). – P. 234-237.
8. *Recommendations of the European Association for Palliative Care for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine* [Electronic resource] // Milano, EAPC, 2009. – 44 p. – Access mode: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=2DHXbM1zaMI%3d>.
9. *Quill T. E.* Generalist plus Specialist Palliative Care – Creating a More Sustainable Model [Electronic resource] / T. E. Quill, A. P. Abernethy // The New England Journal of Medicine. – 2013. – Access mode : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1215620>
10. *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe* [Electronic resource] / Recommendations from the European Association for Palliative Care. – Access mode: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY%3D&tabid=735>
11. *WHO.* Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [Electronic resource] // WPCA, 2014. – Access mode : http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.
12. *WHO.* Definition of Palliative Care [Electronic resource] // WHO, 2002. – Access mode: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Дата надходження рукопису до редакції: 26.02.2018 р.

**Осведомленность врачей первичной
медицинской помощи относительно их роли
в системе паллиативной помощи**

Ж.Н. Золотарева

ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет», г. Ивано-Франковск, Украина

Цель. Изучить осведомленность врачей первичной медицинской помощи относительно их роли в оказании паллиативной помощи.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 111 врачей первичного звена. Используются информационно-аналитический, социологический и статистический методы.

Результаты. Установлено, что врачи первичного звена не имеют достаточных знаний по паллиативной помощи: 13,5% не знали значения термина «паллиативная помощь», 38,7% – контингента обслуживания, 48,6% – сроков предоставления, 59,3% – весомости их вклада в оказание паллиативной помощи. Лишь 12,7% врачей владели соответствующими знаниями.

Выводы. Программы до- и последипломной подготовки врачей первичного звена должны быть скорректированы с учетом современных потребностей в паллиативной помощи.

Ключевые слова: паллиативная помощь, врач первичной медицинской помощи.

**Awareness of primary healthcare physicians
about their role in palliative care**

Z.M. Zolotarova

Ivano-Frankivsk National Medical University,
Ivano-Frankivsk, Ukraine

Purpose. Study the awareness of primary care physicians regarding their role in palliative care.

Materials and methods. It was surveyed 111 primary healthcare physicians and used informational-analytical, sociological and statistical methods.

Results. It has been established that primary care physicians did not have sufficient knowledge of palliative care: 13.5% did not know the meaning of the term "palliative care", 38.7% – the contingent of service, 48.6% – the terms of its provision, the importance of their contribution to palliative care – 59.3%. Only 12.7% of respondents possessed relevant knowledge.

Conclusions. Programs of pre- and postgraduate training of primary care physicians should be adjusted taking into account the current needs of the community in palliative care.

Key words: palliative care, primary healthcare physician.

Відомості про автора

Золотарьова Жанна Миколаївна – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України, вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76018, Україна.

УДК: 616.36-002-003.826:616.379-008.64]-02-036-085

В.В. Івачевська

Ефективність застосування комплексного лікування неалкогольної жирової хвороби печінки у пацієнтів з предіабетом

Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

Мета дослідження: оцінити ефективність запропонованої лікувальної програми, яка включала рекомендації щодо харчування та фізичної активності, а також призначення урсодезоксихолевої кислоти, розувастатину та омега-3 ПНЖК, на вираженість цитолітичного та холестатичного синдромів у пацієнтів з НАЖХП та предіабетом.

Матеріали та методи: у дослідженні було включено 55 пацієнтів з предіабетом та неалкогольною жировою хворобою печінки, яким проводилось комплексне клінічне обстеження, що включало збір антропометричних даних, об'єктивне обстеження та взяття венозної крові для проведення лабораторних аналізів, УЗД органів черевної порожнини.

Висновки. Запропонована програма комплексного лікування неалкогольного стеатозу та стеатогепатиту, яка включає рекомендації щодо харчування та фізичної активності, а також застосування урсодезоксихолевої кислоти, розувастатину та омега-3 ПНЖК, достовірно знижує рівень трансаміназ у пацієнтів з предіабетом.

Ключові слова: неалкогольна жирова хвороба печінки, предіабет, АЛТ, АСТ, урсодезоксихолева кислота, розувастатин, омега-3 ПНЖК.

Вступ

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) вважається найбільш частою причиною хронічного захворювання печінки в усьому світі [18]. У загальній популяції поширеність НАЖХП складає біля 30% [13], проте, набагато вищими є показники поширеності у групах високого ризику, до яких належать особи з ожирінням, хворі на цукровий діабет 2 типу, метаболічний синдром [18].

Дані епідеміологічних досліджень [2, 5, 7, 8, 12] підтверджують тенденцію до збільшення захворюваності на НАЖХП у пацієнтів з резистентністю до інсуліну, що виникає на фоні ожиріння, ЦД 2 типу та наявності метаболічного синдрому. В той час, як у загальній популяції НАЖХП виявляється у 20% – 30% [2], вона досягає вражаючої частоти серед пацієнтів з ожирінням I ступеню та II-III ступеню – 75% [2, 12] та 90% [7] відповідно. НАЖХП виявляється у 90% пацієнтів з ЦД та гіперліпідемією [14].

Цікавим є те, що поширеність НАЖХП саме серед пацієнтів з предіабетом, а також особливості метаболічних порушень у даній категорії пацієнтів у порівнянні з хворими з цукровим діабетом 2 типу залишаються недостатньо вивченими. Дискутабельним залишається й питання вибору лікувальної тактики у пацієнтів з НАЖХП та предіабетом.

Мета дослідження – оцінити ефективність запропонованої лікувальної програми, яка включала рекомендації щодо харчування та фізичної активності, а також призначення урсодезоксихолевої кислоти, розувастатину та омега-3 ПНЖК, на вираженість цитолітичного та холестатичного синдромів у пацієнтів з НАЖХП та предіабетом.

Матеріали та методи

На базі терапевтичного відділення ВКЛ ст. Ужгород було обстежено 78 пацієнтів з порушенням толерантності до глюкози. Згідно критеріїв включення та виключення у дослідження було включено 55 пацієнтів з предіабетом та супутнім НАЖХП. Критеріями виключення були: вік старше 74 років; задокументована ішемічна хвороба серця; захворювання сполучної тканини; онкологічні захворювання; наявність повної блокади ЛНПГ за даними ЕКГ; цукровий діабет I та II типу; цироз печінки; перенесені раніше вірусні гепатити; токсичні (алкогольні – вживання більше 40 г етанолу/д), медикаментозні (застосування гепато-токсичних препаратів), важкі метаболічні захворювання печінки; хвороба Вільсона-Коновалова; аутоімунний гепатит; різке схуднення, парентеральне харчування протягом 2-х тижнів і більше; хронічні захворювання ШКТ, що супроводжуються порушенням функції всмоктування (синдром мальабсорбції); глистна інвазія; відмова пацієнта від участі в даному дослідженні.

Хворих було розділено на 2 групи, які були співставимі за віком, статтю та стадією НАЖХП. Поділ пацієнтів на групи проводився в довільному порядку, шляхом випадкових чисел. Розподіл пацієнтів по групам залежно від призначеного лікування видно на схемі.

Оскільки при первинному обстеженні пацієнтів з предіабетом та НАЖХП було виявлено їх приналежність до категорії осіб з дуже високим кардіоваскулярним ризиком, всім пацієнтам було призначено розувастатин в дозі 10 мг/д. Таким чином, пацієнти групи Ia (n=28) в якості гіполіпідемічної терапії приймали розувастатин 10 мг/д в комбінації з омега-3 ПНЖК в дозі 1000 мг/д та урсодезоксихолеву кислоту з розрахунку 10 мг/кг/д.

Пацієнти Іб групи (n=27) склали групу порівняння та, окрім розувастатину, не приймали лікарських засобів. Пацієнти обох груп дотримувались дієтичних рекомендацій та виконували 30-хвилинні піші прогулянки у швидкому темпі. Для порівняння використано контрольну групу практично здорових осіб (n=30). Оцінку ефективності лікування проводили через 6 та 12 місяців після початку терапії.

Всім пацієнтам проводилось комплексне клінічне обстеження, що включало збір антропометричних даних, об'єктивне обстеження та взяття венозної крові для проведення лабораторних аналізів.

Для діагностики НАЖХП використовувався метод ультразвукової діагностики печінки, з врахуванням того, що ультразвукове дослідження може виявити підвищення ехогенності печінки та підтвердити діагноз НАЖХП за умов жирового інфільтрування печінки більше 33%. Критеріями наявності стеатозу вважали дифузне

однорідне підвищення ехогенності печінки («біла печінка») із більшою ехогенністю ніж правої нирки (гепаторенальний індекс) та дорзальне затухання ультразвукового сигналу.

Статистична обробка отриманих результатів виконана на ПК за допомогою пакетів програм Microsoft Excel 2003 та Statsoft Statistica 8.0. Розбіжність вважали вірогідною, якщо значення вірогідності дорівнювало або перевищувало 95% ($p < 0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення

За період спостереження та лікування серед пацієнтів Іа групи відмічалась тенденція до зменшення показників цитолізу, а саме: середнє значення рівня АЛТ через 12 місяців лікування вірогідно зменшилось на 17,03% від вихідного значення ($p=0,03$), а середнє значення рівня АСТ – на 19,71% ($p=0,02$) (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка окремих показників біохімічного аналізу крові пацієнтів Іа групи під впливом призначеного лікування ($M \pm m$)

Показник цитолізу та холестазу	Група порівнянь			ІІІ група (n=30)	p
	Іа група (n=28)				
	до лікування	через 6 місяців	через 12 місяців		
АЛТ, МОд/л	37,65±12,12	34,72±10,24	31,24±9,07	27,99±6,39	p0-6=0,33 p0-12=0,03* p6-12=0,18 p12-ІІІ=0,12
АСТ, МОд/л	34,51±12,37	30,48±9,68	27,71±8,60	29,17±5,66	p0-6=0,18 p0-12=0,02* p6-12=0,27 p12-ІІІ=0,45
ГГТ, МОд/л	48,52±10,90	46,53±11,12	47,22±9,42	43,58±9,30	p0-6=0,50 p0-12=0,64 p6-12=0,80 p12-ІІІ=0,15

Примітки (тут і далі): n – кількість хворих; p0-6 – достовірність різниці показників пацієнтів відповідної групи до лікування та через 6 місяців; p0-12 – достовірність різниці показників пацієнтів відповідної групи до лікування та через 12 місяців; p6-12 – достовірність різниці показників пацієнтів відповідної групи через 6 та 12 місяців лікування; p12-ІІІ – достовірність різниці показників пацієнтів відповідної групи через 12 місяців лікування та пацієнтів ІІІ групи; * – статистично вірогідна різниця при порівнянні показників в динаміці.

Середнє значення рівня ГГТ у пацієнтів Іа групи статистично вірогідно не змінилось за час проведення дослідження, а також вірогідно не відрізнялось від середнього значення рівня ГГТ практично здорових осіб (група ІІІ) ($p=0,15$).

Цікавим виявилось те, що через 12 місяців лікування середні значення рівнів АЛТ та АСТ пацієнтів Іа групи наблизились до відповідних показників осіб ІІІ групи та статистично не відрізнялись від них ($p=0,12$ та $p=0,45$ відповідно). Це вказує на ефективність обраної терапевтичної схеми.

Зміна окремих показників біохімічного аналізу крові пацієнтів Іб групи не виявилась статистично вірогідною, окрім середнього значення рівня АЛТ (табл. 2). Причому, статистично вірогідною була зміна середнього значення через 12 місяців: спостерігалось збільшення даного показника на 17,71% порівняно з показником до лікування ($p=0,04$). При порівнянні середніх значень рівнів АЛТ та АСТ через 12 місяців з відповідними показниками практично здорових осіб виявлено статистично вірогідну різницю: середні значення рівнів АЛТ та АСТ в осіб ІІІ групи були вірогідно нижчими ($p < 0,01$ та $p=0,001$ відповідно).

Таблиця 2

Динаміка окремих показників біохімічного аналізу крові пацієнтів Іб групи під впливом призначеного лікування ($M \pm m$)

Показник цитолізу та холестазу	Група порівнянь			ІІІ група (n=30)	P
	Іб група (n=27)				
	до лікування	через 6 місяців	через 12 місяців		
АЛТ, МОд/л	37,56±13,27	41,79±12,63	44,21±9,77	27,99±6,39	p0-6=0,24 p0-12=0,04* p6-12=0,44 p12-III<0,01*
АСТ, МОд/л	37,06±15,04	39,42±13,41	38,71±14,12	29,17±5,66	p0-6=0,55 p0-12=0,68 p6-12=0,85 p12-III=0,001*
ГГТ, МОд/л	46,64±12,25	44,32±11,96	45,74±12,80	43,58±9,30	p0-6=0,49 p0-12=0,79 p6-12=0,68 p12-III=0,47

Науковці Laurin J, Lindor K.D та співавтори, а також Кіуісі М., Gulten M. та співавтори у своїх дослідженнях демонстрували зниження рівня АЛТ й АСТ на фоні застосування урсодезоксихолевої кислоти у пацієнтів з НАЖХП [10]. В той же час, Leon A. Adams, Paul Angulo та ін. не виявили позитивного ефекту від застосування урсодезоксихолевої кислоти хворими на НАЖХП [1]. S. Antonopoulos та співдослідники у своїх роботах підтвердили позитивний вплив розувастатину на перебіг неалкогольної жирової хвороби печінки [3].

Висновки

Покращення показників цитолізу пацієнтів Іа групи, які дотримувались рекомендацій щодо харчування та фізичної активності, а також приймали урсодезоксихолеву кислоту, розувастатин та омега-3 ПНЖК, та відсутність достовірної різниці між рівнем показниками цитолізу та відповідними показниками практично здорових осіб, доводить ефективність запропонованої програми комплексного лікування неалкогольного стеатозу та стеатогепатиту.

Перспективи подальшого розвитку полягають у вивченні ефективності застосування запропонованої програми лікування НАЖХП у пацієнтів цукровим діабетом II типу.

Література

1. *Adams L.A.* A pilot trial of high-dose ursodeoxycholic acid in nonalcoholic steatohepatitis / Adams L.A., Angulo P., Petz J., Keach J., Lindor K. D. // *Hepatol. Int.* – 2010. – N 4 (3). – P. 628-633.
2. *Akbar D.H.* Nonalcoholic fatty liver disease in Saudi type 2 diabetic subjects attending a medical outpatient clinic: Prevalence and general characteristics / Akbar D.H., Kawther A.H. // *Diabetes Care.* – 2003. – N 26. – P. 3351-3352.
3. *Antonopoulos S.* Rosuvastatin as a novel treatment of nonalcoholic fatty liver disease in hyperlipidemic patients / S. Antonopoulos, S. Mikros, M. Mylonopoulou [et al.] // *Atherosclerosis.* – 2006. – №84. – P. 233-234.
4. *Bedogni G.* Prevalence of and risk factors for nonalcoholic fatty liver disease: the Dionysos nutrition and liver study / Bedogni G., Miglioli L., Masutti F., et al. // *Hepatology.* – 2005. – N 42. – P. 44-52.
5. *Bellentani S.* Prevalence of and risk factors for hepatic steatosis in Northern Italy / Bellentani S., Saccoccio G., Masutti F., Croce L.S., Brandi G., Sasso F., Cristanini G., Tiribelli C. // *Ann. Intern. Med.* – 2000. – N 132. – P. 112-117.
6. *Browning J.D.* Prevalence of hepatic steatosis in an urban population in the United States: Impact of ethnicity / Browning J.D., Szczepaniak L.S., Dobbins R., et al. // *Hepatology.* – 2004. – N 40. – P. 1387-1395.
7. *Garcia-Monzon C.* Characterization of pathogenic and prognostic factors of nonalcoholic steatohepatitis associated with obesity. Garcia-Monzon C., Martin-Perez E., Iacono O.L., Fernandez-Bermejo M., Majano P.L., Apolinario A., Larranaga E., Moreno-Otero R. J. // *Hepatol.* – 2000. – N 33. – P. 716-724.
8. *Gupte P.* Non-alcoholic steatohepatitis in type 2 diabetes mellitus / Gupte P., Amarapurkar D., Agal S., Bajjal R., Kulshrestha P., Pramanik S., Patel N., Madan A., Amarapurkar A., Hafeezunnisa J. // *Gastroenterol. Hepatol.* – 2004. – Vol. 19. – P. 854-858.
9. *Iwasaki T.* Sitagliptin as a novel treatment agent for non-alcoholic fatty liver disease patients with type 2 diabetes mellitus / Iwasaki T., Yoneda M., Inamori M., Shirakawa J., Higurashi T., Maeda S., Terauchi Y., Nakajima A. // *Hepatogastroenterology* – 2011. – N 58 (112)
10. *Laurin J.* Ursodeoxycholic acid or clofibrate in the treatment of non-alcohol-induced steatohepatitis: a pilot study / Laurin J., Lindor K.D., Crippin J.S., et al. // *Hepatol.* – 1996. – N 23 (6). – P. 1464-1467.
11. *Matteoni C.A.* Non alcoholic fatty liver disease: a spectrum of clinical and pathological severity / Matteoni C.A., Younossi Z.M., Gramlich T., et al. // *Gastroenterology.* – 1999. – N 116. – P. 1413-19.
12. *Nomura H.* Prevalence of fatty liver in a general population of Okinawa, Japan / Nomura H., Kashiwagi S., Hayash J., Kajiyama W., Tani S., Goto M. // *Jpn. J. Med.* – 1988. – N 27. – P. 142-149.
13. *Ratziu V.* A position statement on NAFLD/NASH based on the EASL 2009 special conference / V. Ratziu, S. Bellentani, H. Cortez-Pinto, [et al.] // *J Hepatol.* – 2010. – № 53. – P. 372-384.
14. *Targher G.* Risk of cardiovascular disease in patients with nonalcoholic fatty liver disease / Targher G., Day C.P., Bonora E. // *N. Engl. J. Med.* – 2010. – Vol. 363. – P. 1341-1350.
15. *Wanless I.R.* Fatty liver hepatitis (steatohepatitis) and obesity: an autopsy study with analysis of risk factors / Wanless I.R., Lentz J.S. // *Hepatology.* – 1990. – N 12. – P. 1106-1110.
16. *Williams C.D.* Prevalence of nonalcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis among a largely middle-aged population utilizing ultrasound and liver biopsy: a prospective study / Williams C.D., Stengel J., Asike M.I., et al. // *Gastroenterology.* – 2011. – N 140. – P. 124-131.
17. *Wong V.W.* Prevalence of non-alcoholic fatty liver disease and advanced fibrosis in Hong Kong Chinese: a population study using proton-magnetic resonance spectroscopy and transient elastography / Wong V.W., Chu W.C., Wong G.L., et al. // *Gut.* – 2012. – N 61. – P. 409-415.
18. *Younossi Z.M.* Changes in the prevalence of the most common causes of chronic liver diseases in the United States from 1988 to 2008 / Younossi Z. M., Stepanova M., Afendy M., Fang Y., Younossi Y., Mir H., Srishord M. // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2011. – N 9. – P. 524-530.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.02.2018 р.

Эффективность применения комплексного лечения неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с предиабетом*В.В. Ивачевская*Ужгородский национальный университет,
г. Ужгород, Украина

Цель исследования: оценить эффективность предложенной лечебной программы, которая включала рекомендации по питанию и физической активности, а также назначение урсодезоксихолевой кислоты, розувастатина и омега-3 ПНЖК, на выраженность цитолитического и холестатического синдромов у пациентов с НАЖХП и предиабетом.

Материалы и методы: в исследование были включены 55 пациентов с предиабетом и неалкогольной жировой болезнью печени, которым проводилось комплексное клиническое обследование, включавшее сбор антропометрических данных, объективное обследование и взятие венозной крови для проведения лабораторных анализов, УЗИ органов брюшной полости.

Выводы. Предложенная программа комплексного лечения неалкогольного стеатоза и стеатогепатита, которая включает рекомендации по питанию и физической активности, а также применение урсодезоксихолевой кислоты, розувастатина и омега-3 ПНЖК, достоверно снижает уровень трансаминаз у пациентов с предиабетом.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, предиабет, АЛТ, АСТ, урсодезоксихолевая кислота, розувастатин, омега-3 ПНЖК.

Efficacy of sitagliptin and ursodeoxycholic acid in correction of metabolic disorders in patients with nonalcoholic fatty liver disease and type 2 diabetes*V.V. Ivachevska*

SHEI «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

Objective: to evaluate the efficiency of the proposed therapy, which included recommendations for nutrition and physical activity, as well as treatment with ursodeoxycholic acid, rosuvastatin and omega-3 PUFA, on the severity of cytolytic and cholestatic syndromes in patients with NAFLD and pre-diabetes.

Materials and methods: the study included 55 patients with nonalcoholic fatty liver disease and pre-diabetes who underwent a comprehensive clinical examination that included collection of anthropometric data, physical examination and taking venous blood for laboratory analysis, ultrasound of the abdomen.

Conclusions. The proposed treatment of nonalcoholic steatosis and steatohepatitis, which includes recommendations for nutrition and physical activity, as well as the use of ursodeoxycholic acid, rosuvastatin and omega-3 PUFAs, significantly reduces the level of transaminases in patients with pre-diabetes.

Key words: non-alcoholic fatty liver disease, prediabet, ALT, AST, ursodeoxycholic acid, rosuvastatin, omega-3 PUFA.

Відомості про автора

Ивачевська Віталіна Володимирівна – к.мед.н., асистент кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету, вул. Минайська, 71, м. Ужгород, 88015, Україна.

УДК 614.2.001.73:616-082.004.12

В.В. Кравченко, Н.М. Орлова

Шляхи підвищення задоволеності населення якістю амбулаторної медичної допомоги

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

Мета – провести системний порівняльний аналіз діяльності муніципальних і приватних амбулаторно-поліклінічних закладів (АПЗ), які надають вторинну медичну допомогу, виявити проблемні зони і шляхи підвищення задоволеності населення якістю медичної допомоги.

Матеріали і методи. У дослідженні застосовано методи системного підходу та аналізу, соціологічний, медико-статистичний метод, метод експертних оцінок. Соціологічне дослідження проведене у 2017 р. за спеціально розробленою програмою і охопило 437 пацієнтів, 411 лікарів комунальних і 396 пацієнтів, 106 лікарів приватних АПЗ у м. Києві. Експертна оцінка стану організації амбулаторно-поліклінічної допомоги здійснена 21 висококваліфікованим експертом.

Результати. На підставі комплексного порівняльного аналізу діяльності комунальних і приватних АПЗ встановлено, що населення не задоволене існуючою організацією роботи комунальних АПЗ. Показано, що розвиток амбулаторно-поліклінічної допомоги у значній мірі залежить від рівня фінансування, якості менеджменту, ефективного планування, організації виробництва і впровадження механізмів державно-приватного партнерства (ДПП).

Висновки. У сучасних економічних умовах пріоритетним напрямком оптимізації діяльності муніципальної амбулаторно-поліклінічної служби, з метою підвищення задоволеності населення якістю медичної допомоги, є перехід АПЗ на принципи державно-приватного партнерства.

Ключові слова: державно-приватне партнерство, задоволеність населення якістю медичної допомоги, амбулаторно-поліклінічна допомога.

Вступ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) якість медичної допомоги визначає як її властивість і передбачає одержання кожним пацієнтом такого комплексу діагностичної та лікувальної допомоги, який призвів би до оптимальних для стану здоров'я пацієнта результатів, у відповідності до рівня медичної науки, і максимальної задоволеності пацієнта процесом надання медичної допомоги [1].

В Україні нераціональна організація первинної та вторинної амбулаторної допомоги, її недостатнє фінансування призвели до втрати комплексності та наступності у наданні медичної допомоги, формального здійснення профілактичної та диспансерної роботи [2].

Аналіз матеріалів соціологічного опитування дорослих пацієнтів амбулаторних АПЗ м. Києва, засвідчив, що існуюча система надання амбулаторної допомоги не відповідає сучасним потребам населення [3].

Європейською економічною комісією ООН видане практичне керівництво з питань ефективного управління у сфері державно-приватного партнерства (ДПП), яке засвідчує, що: «ДПП реалізується з метою забезпечення фінансування, планування, створення та експлуатації об'єктів, виробництв та надання послуг державного сектора [4].

ДПП сприяє інноваційному розвитку інфраструктури проєктів в інтересах суспільства шляхом об'єднання ресурсів і досвіду приватного і державного

партнерів. ДПП – якісно новий і ефективний спосіб залучення інвестицій, оскільки партнерство такого типу може не тільки сприяти зростанню економіки, а й розвивати соціально важливу інфраструктуру [5].

У сучасних економічних умовах країни назріла необхідність створення нової моделі амбулаторного медичного закладу, який надає вторинну амбулаторну медичну допомогу на засадах економічно ефективного виробництва і на основі державно-приватного партнерства.

Мета дослідження – провести системний порівняльний аналіз діяльності муніципальних і приватних амбулаторно-поліклінічних закладів (АПЗ), які надають вторинну медичну допомогу, виявити проблемні зони і шляхи підвищення задоволеності населення якістю медичної допомоги.

Матеріали і методи

Для досягнення поставленої мети у дослідженні використані соціологічний, медико-статистичний метод, метод експертної оцінки та метод системного підходу і аналізу. Комплексне медико-організаційне дослідження проведене за спеціально розробленою програмою у м. Києві у 2017 р. Соціологічне опитування охопило наступні групи респондентів: 437 пацієнтів комунальних АПЗ; 396 пацієнтів приватних АПЗ; 411 лікарів комунальних АПЗ; 106 лікарів приватних АПЗ у м. Києві. Усі вибірки респондентів були якісно та кількісно репрезентативними. Анкети заповнювались респон-

дентами анонімно. Статистична обробка матеріалів соціологічного дослідження передбачала використання методів статистичного групування, табличного зведення, аналізу абсолютних і відносних рядів розподілу, оцінку статистичної вагомості відмінностей результатів соціологічного опитування респондентів у комунальних і приватних АПЗ (за критерієм χ^2 Пірсона).

Експертна оцінка стану організації амбулаторно-поліклінічної допомоги у комунальних і приватних консультативно-діагностичних центрах та необхідних умов для удосконалення діяльності комунальних АПЗ у м. Києві здійснена 21 висококваліфікованим експертом, у якості яких виступили керівники комунальних і приватних закладів охорони здоров'я (у т.ч. 5 кандидатів медичних наук). Усі експерти мали вищу кваліфікаційну категорію за спеціальністю «організація і управління охороною здоров'я». Статистична обробка матеріалів експертної оцінки здійснена із використанням методів варіаційного аналізу (із визначенням середньо-арифметичних значень, середньоквадратичних відхилень і середніх похибок середніх величин). Статистична сутєвість відмінностей результатів експертної оцінки стану організації діяльності комунальних і приватних АПЗ визначена за критерієм Стьюдента (t).

У дослідженні також проаналізовані матеріали офіційної фінансової та статистичної звітності АПЗ м. Києва за 2014–2017 рр.

Результати дослідження та їх обговорення

Комплексний порівняльний аналіз діяльності комунальних і приватних АПЗ здійснений за допомогою інструментів, які дозволяють визначити вплив кожної окремо взятої групи медичних показників на рівень задоволеності населення одержаною медичною допомогою та діяльністю АПЗ у цілому.

Програма цільового аналізу передбачала одержання комплексної оцінки основних аспектів діяльності АПЗ за результатами соціологічного дослідження, експертної оцінки, а також фінансових та статистичних звітів АПЗ.

До основних об'єктів аналізу ми віднесли:

- процес надання медичної допомоги,
- навчання та професійний розвиток медичних кадрів,
- фінансово-господарську діяльність.

Дослідження було проведене із урахуванням положень Требіна М.П. (2010 р), у відповідності до якого: «для соціології усі проблеми є терміновими, потребують негайного реагування, оскільки стосуються актуальних інтересів сучасного суспільства» [6].

У ході соціологічного дослідження інструментами, які дозволили визначити вплив процесу надання медичної допомоги на задоволеність пацієнтів, були обрані наступні показники (табл.): комфортність одержання медичних послуг (пункти 1–3); доброзичливість, ввічливість і компетентність персоналу АПЗ (пункт 4); задоволеність від відвідування АПЗ (пункти 5–7).

Таблиця

Порівняльна характеристика результатів соціологічного опитування пацієнтів комунальних та приватних АПЗ

Запитання	Варіант відповіді	Результати опитування пацієнтів комунальних АПЗ		Результати опитування пацієнтів приватних АПЗ	
		абс. (n=437)	P±m,%	абс. (n=396)	P±m,%
Ви задоволені графіком роботи лікарів?	1. так	215	49,2±2,4	375	94,7±1,1
	2. ні	222	50,8±2,4	21	5,3±1,1
Ви задоволені організацією роботи реєстратури?	1. так	238	54,5±2,4	388	98,0±0,7
	2. ні	199	45,5±2,4	8	2,0±0,7
Скільки часу Ви витратили в очікуванні прийому лікаря?	1. до 15 хвилин	151	34,6±2,3	40	10,1±1,1
	2. від 15 до 30 хвилин	184	42,1±2,4	–	–
	3. від 30 до 60 хвилин	73	16,7±1,8	–	–
	4. не очікував	29	6,6±1,2	356	89,9±1,1
Ви задоволені ставленням до Вас персоналу?	1. так	337	77,1±2,0	390	98,5±0,6
	2. не зовсім	88	20,1±1,9	6	1,5±0,6
	3. ні	12	2,8±0,8	–	–
Ви задоволені якістю наданої медичної допомоги?	1. так	205	46,9±2,4	371	93,7±1,2
	2. не зовсім	123	28,1±2,2	25	6,3±1,2
	3. ні	109	24,9±2,1	–	–
Чи є у АПУ лікарі усіх спеціальностей, консультація яких Вам необхідна?	1. так	392	89,7±1,5	242	61,1±2,4
	2. ні	45	10,3±1,5	154	38,9±2,4

Продовження таблиці

Чи є можливість бути обстеженим у визначеному лікарем обсязі?	1. так	281	64,3±2,3	388	98,0±0,7
	2. ні	156	35,7±2,3	8	2,0±0,7

Аналіз результатів проведеного дослідження засвідчив, що графік роботи лікарів задовольняє 49,2±2,4% пацієнтів комунальних і 94,7±1,1% приватних АПЗ ($p < 0,05$).

Задоволені організацією роботою реєстратури 54,5±2,4% пацієнтів комунальних і 98,0±0,7% приватних закладів ($p < 0,05$), а ставленням персоналу до пацієнтів 77,1±2,0% та 98,5±0,6%, відповідно ($p < 0,05$).

Дослідження показало, що витрати часу пацієнтів на очікування прийому у комунальних і приватних АПУ, істотно різняться ($p < 0,05$). У приватних закладах 89,9±1,1% пацієнтів не очікували у черзі і до кабінету лікаря потрапила одразу в призначений час прийому. У комунальних АПЗ 42,1±2,4% пацієнтів очікували на прийом лікаря від 15 хв. до 30 хв., а 16,7±1,8% – 30–60 хвилин.

Задоволені якістю наданої медичної допомоги 46,9±2,4% пацієнтів у комунальних АПЗ, у приватних – 93,7±1,2% ($p < 0,05$). Не зовсім задоволені у комунальних АПУ – 28,1±2,2% і зовсім не задоволені – 24,9±2,1%. У приватних діагностичних центрах не зовсім задоволені наданою медичною допомогою 6,3±1,2%, а не задоволених не виявлено.

У комунальних АПЗ переважна більшість пацієнтів (89,7±1,5%) змогла отримати консультацію лікарів усіх необхідних спеціальностей. У приватних діагностичних центрах частка таких пацієнтів була суттєво нижчою (61,1±2,4%, $p < 0,05$).

У той же час пройти обстеження у визначеному лікарем обсязі у комунальних закладах змогли 64,3±2,3% опитаних, у приватних – 98,0±0,7%, відповідно ($p < 0,05$).

Аналіз фінансового забезпечення та матеріально-технічного стану АПЗ засвідчив, що на протязі 2014–2017 років фінансування загального фонду бюджету комунальних АПЗ становило 52,1–71,4% від потреби. Витрати на заробітну плату склали 70,5%, а на медикаменти 3% від загальної суми кошторису, а на медичне обладнання – менше одного відсотка.

Потреба у високовартісному обладнанні у кожному муніципальному АПЗ складала на суму близько 9–13 млн грн.

До інструментів, які визначають якість управління АПЗ, віднесені: проблеми менеджменту, наявність у персоналу економічної мотивації праці, надійного фінансування АПЗ, сучасного діагностичного обладнання та матеріалів, методів діагностики і лікування, наявність господарської і юридичної самостійності АПЗ. За результатами опитування 411 лікарів муніципальних (перша група) і 106 приватних (друга група) АПЗ отримані наступні дані.

Характеризуючи організаційні проблеми АПЗ, які перешкоджають нормальній діяльності закладу, лікарі з комунальних АПУ бачать їх, у першу чергу, у проблемах менеджменту. Так, 95,4±1,0% лікарів вважає, що управління у комунальних АПЗ здійснюється формально,

в той час як 92,5±2,6% лікарів з приватних медичних закладів вбачають у ньому прагнення допомогти та навчити персонал, а 7,5±2,6% характеризують його як найвищий ступінь довіри до персоналу ($p < 0,05$).

Наступна проблема – це відсутність у персоналу з комунальних АПЗ економічної мотивації праці (на думку 76,9±2,1% опитаних лікарів). У той час як у приватних закладах 98,1±1,3% лікарів не відмічають даної проблеми ($p < 0,05$). У низькому рівні оплати праці медичних працівників вбачають проблему – 82,0±1,9% лікарів першої групи, в той час як респонденти другої групи в 98,1±1,3% не мають даної проблеми ($p < 0,05$).

Досить серйозними проблемами, які на думку лікарів комунальних АПЗ, перешкоджають забезпеченню населення якісною медичною допомогою, є: відсутність у закладі надійного фінансування (83,0±1,9%), сучасного діагностичного обладнання та матеріалів (80,5±2,0%), сучасних методів діагностики і лікування (81,5±1,9%), недостатня господарська і юридична самостійність АПЗ (77,6±2,1%). На думку переважної більшості (90,6–99,1%) опитаних лікарів, у приватних медичних закладах перераховані проблеми відсутні ($p < 0,05$).

86,4±1,7% лікарів у комунальних АПЗ вважають перспективним напрямком розвитку даних закладів формування нових організаційних моделей на принципах ДПП.

До інструментів, які визначають якість управління персоналом, віднесені: укомплектованість штатних одиниць, рівень кваліфікації персоналу, наявність умов для безперервного навчання, робоча атмосфера і ступінь задоволеності медичного персоналу своєю роботою.

Аналіз кадрових ресурсів муніципальних АПЗ, які надають вторинну медичну допомогу, засвідчив, що укомплектованість посад лікарів складає 74,9–85,7% (у приватних АПЗ – 98,8%, відповідно).

Аналіз матеріалів експертного дослідження дозволив одержати додаткову характеристику стану організації медичної допомоги у комунальних і приватних консультативно-діагностичних центрах за невідображеними в офіційній статистиці параметрами, а також розкрити ряд проблем у їх роботі.

Узагальнені експертні оцінки структурно-організаційних складових діяльності у комунальних АПЗ були наступними: концепція розвитку АПЗ одержала в середньому 3,4±0,2 бала, господарська і юридична самостійність закладу – 3,2±0,2 бала, стратегічний довгостроковий план розвитку 3,5±0,2 бала. Відзначено відсутність бізнес-плану діяльності закладу – 2,1±0,3 бала, ринкової стратегії управління – 1,1±0,1 бала.

Незадовільні оцінки отримало фінансування закладів (2,9±0,1 бала) і нормативно-законодавча база для розвитку АПЗ (2,2±0,1 бала). Групова думка експертів підтвердила той факт, що нормативно-законодавча база для розвитку АПЗ є недостатньою.

Оснащення організаційно-технічними ресурсами і сучасним діагностичним обладнанням оцінено, відповідно, на $3,2 \pm 0,2$ і $3,1 \pm 0,2$ бала.

Більш високо експерти оцінили укомплектованість медичних кадрів, їх кваліфікацію та стан підвищення кваліфікації ($4,1 \pm 0,2$; $4,3 \pm 0,2$; $4,2 \pm 0,2$ бала, відповідно).

Оцінюючи структурно-організаційні складові діяльності приватних АПЗ, експерти відзначили наявність господарської та юридичної самостійності ($5,0$ балів), нормативно-законодавчої бази для розвитку ($4,2 \pm 0,2$ бала), стратегічного (довгострокового) плану роботи ($4,3 \pm 0,2$ бала), концепції розвитку закладу ($4,2 \pm 0,2$ бала), бізнес плану роботи ($4,8 \pm 0,1$ бала), а також достатнє фінансування ($4,7 \pm 0,2$ бала) та високу укомплектованість ($5,0$ балів) і кваліфікацію ($4,9 \pm 0,1$ бала) медичних кадрів.

Високі оцінки експертів отримало оснащення приватних закладів сучасним діагностичним обладнанням ($4,9 \pm 0,1$ бала) та організаційно-технічними ресурсами ($4,5 \pm 0,2$ бала). Таким чином, за всіма порерахованими параметрами експерти більш високо оцінили структурно-організаційні аспекти роботи приватних АПУ, у порівнянні з комунальними ($p < 0,01$). Виняток склали наявність і виконання плану підвищення кваліфікації медичного персоналу, які одержали однакові оцінки у комунальних і приватних АПЗ ($4,2 \pm 0,2$ та $4,4 \pm 0,2$, відповідно, $p > 0,05$).

Результати експертної оцінки також засвідчили, що перехід комунальних АПЗ на механізми ДПП ($4,8 \pm 0,1$ бали) є шляхом удосконалення організації роботи комунальних АПЗ. Запровадження ДПП забезпечить АПЗ економічну стійкість, підвищення матеріально-технічної озброєності, впровадження економічних і клінічних стандартів у практику роботи, що у свою чергу, сприятиме підвищенню якості та зростанню задоволеності населення медичною допомогою.

Таким чином, порівняльний аналіз основних аспектів діяльності комунальних і приватних АПУ дозволяє стверджувати, що функціонування приватних АПЗ є набагато більш ефективним і забезпечує вищий ступінь задоволеності пацієнтів наданими медичними послугами. Відповідно, впливає висновок, що без ефективної діяльності комунальних АПЗ неможливим є досягнення задоволеності населення якістю наданої медичної допомоги. Переведення комунальних АПЗ на

принципи ДПП сприятиме отриманню необхідних інвестицій, економічній стійкості АПЗ, запровадженню сучасних технологій і, як наслідок, підвищенню якості медичної допомоги.

Висновки

У проведеному за спеціальною програмою медико-організаційному дослідженні одержана комплексна характеристика діяльності АПЗ у м. Києві за не відображеними в офіційній статистиці параметрами, виявлені проблемні зони функціонування АПЗ та шляхи підвищення задоволеності населення якістю медичної допомоги.

Встановлено, що якістю одержаної медичної допомоги задоволено лише $46,9 \pm 2,4\%$ опитаних пацієнтів комунальних АПЗ (у приватних – $93,7 \pm 1,1\%$ ($p < 0,05$)).

Причинами невдоволеності населення якістю одержаної медичної допомоги, на думку лікарів комунальних АПЗ, є: відсутність у закладах надійного фінансування ($83,0 \pm 1,9\%$), сучасного діагностичного обладнання та матеріалів ($80,5 \pm 2,0\%$), сучасних методів діагностики і лікування ($81,5 \pm 1,9\%$), низький рівень оплати праці медичних працівників ($82,0 \pm 1,9\%$) та відсутність економічних стимулів до надання якісної медичної допомоги ($76,9 \pm 2,1\%$), а також недостатня господарська і юридична самостійність АПЗ ($77,6 \pm 2,1\%$). Перспективним напрямком розвитку комунальних АПЗ, на думку переважної більшості опитаних лікарів ($86,4 \pm 1,7\%$), є формування їх нових організаційних моделей на принципах ДПП.

Результати експертної оцінки також засвідчили, що перехід комунальних АПЗ на механізми ДПП є шляхом удосконалення організації роботи комунальних АПЗ. Запровадження ДПП забезпечить АПЗ економічну стійкість, підвищення матеріально-технічної озброєності, впровадження економічних і клінічних стандартів у практику роботи, що у свою чергу, сприятиме підвищенню якості та зростанню задоволеності населення медичною допомогою.

Перспективи подальших досліджень полягають у обґрунтуванні та розробці оптимізованої моделі АПЗ на принципах ДПП.

Література

1. *Всесвітня* організація охорони здоров'я (ВООЗ). Режим доступу: http://stud.com.ua/38164/pravo/vsesvitnya_organizatsiya_ohoroni_zdorovya_vooz
2. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К.: Сфера, 2009. – 134 с.
3. *Толстанов О.К.* Результати соціологічного опитування пацієнтів комунальних та приватних консультативно-діагностичних центрів м. Києва // О.К. Толстанов, В.М. Михальчук, В.В. Кравченко / Зб. наук. прац. співробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика. – 2017. – випуск 27. – С. 340-352.
4. *Практическое* руководство по вопросам эффективного управления в сфере государственно-частного партнерства / Европейская экономическая комиссия; Организация Объединенных Наций. – Нью-Йорк-Женева: ООН, 2008; 114 с.

5. Варнавский В.Г. Управление государственно-частными партнерствами за рубежом. /В.Г. Варнавский // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2012. – № 2. – С. 134–147.
6. Социология. Учебник / Под ред. профессора М.П. Требина. – Харьков : Издательство «Право», 2010. – 217 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.03.2018 р.

Пути повышения удовлетворенности населения качеством амбулаторной медицинской помощи

В.В. Кравченко, Н.М. Орлова

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г.Киев, Украина

Цель – провести системный сравнительный анализ деятельности муниципальных и частных амбулаторно-поликлинических учреждений, предоставляющих вторичную медицинскую помощь, выявить проблемные зоны и пути повышения удовлетворенности населения качеством медицинской помощи.

Материалы и методы. В исследовании применены методы системного подхода и анализа, социологический, медико-статистический метод, метод экспертных оценок. Социологическое исследование проведено в 2017 г. по специально разработанной программе и охватило 437 пациентов и 411 врачей коммунальных и 396 пациентов и 106 врачей частных АПУ в г. Киеве. Экспертная оценка состояния организации амбулаторно-поликлинической помощи осуществлена 21 высококвалифицированным экспертом.

Результаты. На основании комплексного сравнительного анализа деятельности коммунальных и частных АПУ установлено, что население не удовлетворено существующей организацией работы коммунальных АПУ. Показано, что развитие амбулаторно-поликлинической помощи во многом зависит от уровня финансирования, качества менеджмента, эффективного планирования, организации производства и внедрения механизмов государственно-частного партнерства (ГЧП).

Выводы. В современных экономических условиях приоритетным направлением оптимизации деятельности муниципальной амбулаторно-поликлинической службы для повышения удовлетворенности населения качеством оказанной медицинской помощи является переход АПУ на принципы ГЧП.

Ключевые слова: государственно-частное партнерство, удовлетворенность населения качеством медицинской помощи, амбулаторно-поликлиническая помощь.

Ways to increase the population's satisfaction with the quality of outpatient medical care

V.V. Kravchenko, N.M. Orlova

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Purpose – to conduct a systemic comparative analysis of the activities of municipal and private outpatient clinics (OC) providing secondary medical care, identify problem areas and ways to increase the population's satisfaction with the quality of medical care.

Methods: methods of the system approach and analysis, sociological, medical and statistical method, method of expert estimations had been applied in this research. The sociological research was conducted in 2017 according to a specially developed program and involved 437 patients, 411 doctors in community OC and 396 patients, 106 doctors in private OC in Kiev. Expert assessment of the state of the organization of outpatient care was carried out by 21 highly qualified experts.

Results: on the results of comparative analysis of the activities of public and private OC had been determined that the population is not satisfied with the existing organization of work of public OC. The development of outpatient care depends on the level of funding, management quality, effective planning, organization of production, and the introduction of public-private partnership (PPP) mechanisms.

Conclusions: in the current economic conditions priority in optimizing the activity of the municipal OC to improve the population's satisfaction with the quality of medical care is the transition of the OC to the principles of PPP.

Key words: public-private partnership, public satisfaction with the quality of medical care, out-patient care.

Відомості про авторів

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

Орлова Наталія Михайлівна – д.мед.н., проф., професор кафедри медичної статистики НМАПО ім. П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

УДК 616.37-006.015.5

О.О. Ошивалова

Фактори ризику розвитку раку шкіри у хворих на передрак шкіри

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ, Україна
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, м. Київ, Україна

Мета дослідження полягала у вивченні рівнів факторів ризику розвитку раку шкіри серед хворих на передрак шкіри.

Матеріали та методи. Було проведено медико-соціологічне опитування хворих, які знаходились під динамічним наглядом в Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами протягом 2014–2017 років. Статистична обробка отриманого матеріалу проводилась з використанням програми STATISTICA 7.0.

Результати. Досліджувані групи склалися із 32 (24,8%) хворих на плоскоклітинний рак шкіри, 40 (31%) хворих на інтраепідермальну карциному шкіри, 57 (44,2%) хворих на актинічний кератоз. Тест Данна дозволив виявити достовірну різницю ($p < 0,05$) лише по 3 факторам ризику розвитку раку шкіри.

Висновки. При формуванні груп ризику розвитку раку шкіри бажано враховувати чоловічу стать та вік старші 70 років, I–II фототип шкіри, надлишкове сонячне опромінення, тривале застосування фотосенсибілізуючих лікарських засобів, сімейний обтяжений анамнез.

Ключові слова: фактори ризику, плоскоклітинний рак шкіри, інтраепідермальна карцинома шкіри, актинічний кератоз.

Вступ

Однією із актуальних проблем у структурі загальної захворюваності злоякісними новоутвореннями дорослого населення України є немеланомний рак шкіри (НМРШ). За уточненими даними Національного канцер-реєстру України у 2015–2016 рр. велику питому вагу в структурі захворюваності населення України мали НМРШ. Так, за рівнем захворюваності НМРШ зайняли третє рейтингове місце в десятці злоякісних новоутворень у чоловіків (питома вага 10,0%) після раку органів дихання (16,0%) і раку передміхурової залози (10,5%), та друге рейтингове місце у жінок (12,5%) після раку молочної залози (20,3%) [17]. Серед НМРШ найменш прогнозованим є плоскоклітинний рак шкіри (ПКРШ), на частку якого припадає від 5 до 15% хворих щорічно [19]. У порівнянні із іншими НМРШ, ПКРШ має меншу поширеність, але характеризується більшою здатністю до рецидивуючого перебігу та метастазування. Проблема ПКРШ є характерною і для інших країн світу. За даними «Skin Cancer Foundation» в США щороку спостерігається більше випадків раку шкіри, ніж раку молочної залози, раку простати, раку легенів і раку товстого кишечника, разом узятих [6, 12]. Крім того відомо, що у 40–50% американців старше 65 років хоча б раз в житті діагностується рак шкіри [2].

Важливим фактором виникнення ПКРШ є вік хворого. Серед дорослого населення захворюваність різко зростає після 65 років, чоловіки хворіють частіше за жінок. Істотну роль в розвитку ПКРШ, за даними різних авторів, грає сонячна радіація [24], точніше, промені ультрафіолетового спектра, на які припадає близько 5-6%

від сумарного сонячного випромінювання на поверхні Землі. На роль ультрафіолетового випромінювання в патогенезі раку шкіри вказують висока розповсюдженість раку шкіри в південних районах, переважна локалізація вогнищ на відкритих ділянках тіла, залежність між рівнем захворюваності ПКРШ і рівнем інсоляції, що обумовлена географічним розташуванням регіону [1]. Так, в США і Японії захворюваність на рак шкіри збільшується по мірі переміщення на південь [3, 10].

Має значення також і характер впливу УФО на організм (особливо небезпечні сонячні опіки). У декількох когортних дослідженнях і дослідженнях «випадок-контроль» показано, що рак шкіри пов'язаний з надлишковим впливом сонячного випромінювання [23]. Причому, сумарна доза отриманого сонячного випромінювання знаходиться у прямому зв'язку із ризиком ПКРШ [4, 18]. З існуючих 19 досліджень «випадок-контроль» в 6 виявлений позитивний зв'язок між використанням апаратури для засмаги і раком шкіри. Особливо небезпечно використання апаратури для засмаги в дитячому і підлітковому віці, коли ризик отримання опіку вище [7].

Деякі дослідження вказують на можливість зниження ризику ПКРШ при використанні сонцезахисних препаратів [19].

Підвищену чутливість шкіри до сонячної інсоляції можуть викликати лікарські препарати (тетрацикліни, сульфаніламід, фенотіазини, тіазиди, гризеофульвін) [14, 16].

Генетичні чинники відіграють важливу роль в патогенезі пухлин. У хворих на рак шкіри спадкова схильність до пухлин встановлена в 28% випадків. З них більш ніж в $\frac{3}{4}$ випадків онкологічна патологія виявлена

серед родичів 1-го ступеня споріднення і у інших (21,4%) – 2-го ступеня споріднення. Підтвердженням цього є високий ризик розвитку раку шкіри при фотосенсибілізації у хворих з рідкісними спадковими захворюваннями, такими як альбінізм, пігментна ксеродерма, синдром невоїдної базально-клітинної карциноми [5, 11].

Важлива роль у виникненні пухлин шкіри належить хімічним канцерогенам, які можуть викликати мутації ДНК, як при одноразовому впливі високої дози речовини, так і при повторних діях хімічного фактора різної концентрації [20, 21].

Серед численних факторів ризику різні автори особливо відзначають хронічні тривало існуючі дерматози, які можуть з часом трансформуватися в рак шкіри і потребують підвищеної уваги дерматологів і онкологів [9]. До облігатних передракових дерматозів відносяться: хвороба Боуена, еритроплазія Кейра, екстрамаммарна форма хвороби Педжета, хронічний променевий дерматит, пігментна ксеродерма, актинічний кератоз. Факультативні передракові дерматози – це шкірний ріг, веруциформна епідермодисплазія, кератоакантома, папіломатоз шкіри. Особливу увагу необхідно також приділяти дерматозам з патологічною регенерацією: еритематоз, туберкульозний вовчак, псоріаз, трофічна виразка, хронічна виразкова піодермія, рубці. Хронічна механічна травматизація шкіри, яка призвела до появи раку шкіри, відзначена у 19,8% хворих [13, 15].

Рациональне обґрунтування скринінгу і подальшого спостереження осіб з високим ризиком розвитку раку шкіри є однією із актуальних проблем медицини і базується на доказах, згідно з якими виявлення факторів ризику (ФР) розвитку раку шкіри призводить до зниження рівня захворюваності на рак шкіри [2], зменшення медичних витрат на лікування цього захворювання [22] і поліпшення якості життя пацієнтів [8].

Мета дослідження полягала у вивченні рівнів ФР розвитку раку шкіри серед хворих з передраковими

ураженнями шкіри – інтраепідермальною карциномою (ІЕК) та актинічним кератозом (АК).

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети нами було проведено медико-соціологічне опитування хворих ПКРШ, ІЕК та АК, які знаходились під динамічним наглядом в Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (надалі ДНУ) протягом 2014–2017 років. Клінічний діагноз в 100% випадків був підтверджений патоморфологічним висновком. Дослідження проведено з використанням спеціально розроблених карт опитування, які включали соціально-біологічні ФР розвитку раку шкіри. Серед біологічних ФР досліджували: стать, вік, фототип шкіри по Фіцпатрику, спадковість. Серед соціальних ФР – вплив надлишкового сонячного опромінення, контакт з радіоактивними речовинами і токсичними речовинами, тривале (більше 5 років) застосування лікарських засобів з фотосенсибілізуючою дією, періодичне травмування доброякісних новоутворень шкіри, використання фотозахисних засобів для шкіри. Статистичну обробку матеріалу проводили із застосуванням програмного забезпечення STATISTICA 7.0.

Результати дослідження та їх обговорення

В опитуванні прийняли участь 129 хворих, із яких 32 (24,8%) хворих ПКРШ, 40 (31%) хворих ІЕК і 57 (44,2%) хворих АК. При аналізі статеві-вікової характеристики хворих в залежності від патології шкіри з'ясувалося, що у всіх групах дослідження переважали чоловіки віком старші 70 років, а згідно літературним даним від 65 років, і достовірної різниці за статтю та віком досліджувані групи хворих не мали (таб. 1).

Таблиця 1

Статеві-вікова характеристика хворих, які прийняли участь в опитуванні

Патологія шкіри	Стать		Середній вік	
	чол.	жін.	чол.	жін.
АК (n=57)	33 (57,9%)*	24 (42,1%)*	73,6±6,4 років*	70,0±6,9 років*
ІЕК (n=40)	23 (57,5%)*	17 (42,5%)*	76,4±5,6 років*	75,2±8,0 років*
ПКРШ (n=32)	23 (66,7%)*	9 (33,3%)*	74,5±4,5 років*	73,7±11,9 років*
Всього	79 (61,2%)	50 (38,8%)	75,2±5,5 років	75,7±8,2 років

Примітка: * – $p \geq 0,05$.

I–II фототип шкіри по Фіцпатрику було виявлено переважно у 73,7±1,8% хворих АК, у 77,5±1,7% хворих ІЕК і у 85,7±1,6% хворих ПКРШ (таб. 2). Для всіх груп досліджуваних хворих було характерним низький рівень

застосування фотозахисних засобів для шкіри: у 4,9±0,51% хворих АК, у 2,7±0,33% хворих ІЕК і у 3,7±0,23% хворих ПКРШ.

Таблиця 2

Фактори ризику розвитку раку шкіри серед опитуваних хворих

Фактор ризику	Хворі АК (n=57), %	Хворі ІЕК (n=40), %	Хворі ПКРШ (n=32), %	P
I-II фототип шкіри по Фіцпатрику	73,7±1,8	77,5±1,7	85,7±1,6	*p=0,086
Використання фотозахисних засобів для шкіри	4,9±0,51	2,7±0,33	3,7±0,23	*p=0,88
Наявність опіків в дитячому та підлітковому віці	61,5±1,08	56,3±0,79	63,8±0,62	*p=0,075
Часте перебування на відкритому сонці в теперішній час	40±0,5	23±0,42	29±0,4	**p<0,05 (АК і ІЕК/ПКРШ)
Можливий контакт з радіоактивними речовинами	2,2±0,03	2,6±0,4	2,5±0,1	*p=0,328
Можливий контакт з токсичними хімічними речовинами	0,9±0,2	0,94±0,3	0,91±0,5	*p=0,827
Травмування доброякісних новоутворень шкіри	7,4±0,71	7,5±0,8	6,4±0,3	*p=0,280
Тривалий прийом лікарських засобів з фотосенсибілізуючою дією	8,2±0,38	5,5±0,48	7,5±0,5	**p<0,05 (ІЕК і ПКРШ)
Обтяжений сімейний анамнез 1-го рівня спорідненості	3,0±0,46	4,4±0,49	5,5±0,5	**p<0,05 (АК і ПКРШ)

Примітки: * – критерій Краскела-Уолліса; ** – тест Данна.

Фактор «наявності сонячних опіків у дитячому та підлітковому віці» мав також високий рівень поширеності у всіх групах досліджуваних хворих, а саме 61,5±1,08% у хворих на АК, 56,3±0,79% – ІЕК, 63,8±0,62% – ПКРШ. Фактор «частого перебування на відкритому сонці в теперішній час» мав коливання від 23±0,42% у хворих ІЕК до 40±0,5% у хворих АК. Незначні рівні мали фактори: «можливий контакт з радіоактивними речовинами» – коливання від 2,2±0,03% у хворих на АК до 2,6±0,4% у хворих ІЕК; «можливий контакт з токсичними хімічними речовинами» – коливання від 0,9±0,2% у хворих АК до 0,94±0,3% у хворих з ІЕК; «травмування доброякісних новоутворень шкіри» – коливання від 6,4±0,3% у хворих ПКРШ до 7,5±0,8% у хворих з ІЕК.

Оцінка фактора ризику по «тривалому прийому лікарських засобів із фотосенсибілізуючою дією» показала, що найбільший рівень фактор мав серед хворих АК (8,2±0,38%) та хворих з ПКРШ (7,5±0,5%). Фактор «обтяженого сімейного анамнезу 1-го рівня спорідненості» мав найбільший рівень у хворих з ПКРШ (5,5±0,5%).

При порівняльному аналізі отриманих результатів із застосуванням непараметричного критерія Краскела-Уолліса не було виявлено достовірної різниці рівнів ФР у досліджуваних групах. Додаткове використання тесту Данна дозволило виявити достовірну різницю по 3 ФР. Рівень фактора «часте перебування на відкритому сонці в теперішній час» був достовірно вищим (p<0,05) в групі хворих на АК, ніж в групі хворих ІЕК/ПКРШ. Рівень фактора «тривалий прийом лікарських засобів із фотосенсибілізуючою дією» був достовірно вищим (p<0,05) в групі хворих з ПКРШ, ніж в групі хворих з ІЕК. А рівень фактора «обтяжений сімейний анамнез

1-го рівня спорідненості» був достовірно вищим в досліджуваній групі хворих ПКРШ ніж в групі хворих АК (p<0,05).

Висновки

У ході медико-соціологічного дослідження вперше проведена кількісна оцінка рівнів соціальних та біологічних факторів ризику розвитку раку шкіри серед хворих на передрак шкіри. Було встановлено, що такі біологічні фактори ризику, як стать, вік, фототип шкіри по Фіцпатрику однаково притаманні для хворих на рак і передрак шкіри. А біологічний фактор ризику «обтяжений сімейний анамнез 1-го рівня спорідненості» більш характерний для хворих на рак шкіри. Із соціальних факторів ризику для хворих на передрак шкіри ми спостерігали більший вплив перебування на відкритому сонці в теперішній час і менший вплив від тривалого застосування фотосенсибілізуючих лікарських засобів, ніж для хворих на рак шкіри. Застосована в дослідженні методика дозволяє попередньо стверджувати, що при формуванні груп ризику розвитку раку шкіри бажано враховувати чоловічу стать та вік пацієнтів старші 70 років, I-II фототип шкіри по Фіцпатрику, надлишкове сонячне опромінення, тривале застосування фотосенсибілізуючих лікарських засобів та сімейний обтяжений анамнез.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із залученням до дослідження більшої кількості хворих з метою подальшого ранжування факторів ризику за показником сили впливу, що має важливе значення для визначення пріоритетності в проведенні заходів первинної та вторинної профілактики раку шкіри.

Література

1. *Armstrong B.K., Kricger A., English D.R.* Sun exposure and skin cancer / B.K. Armstrong, A. Kricger, D.R. English // *Aust J Dermatol.* – 1997. – Vol. 38. – P. 1–6.
2. *Brantsch K.D., Meisner C., Schonfisch B. et al.* Analysis of risk factors determining prognosis of cutaneous squamous-cell carcinoma: a prospective study / K. D. Brantsch., C. Meisner, B. Schonfisch et al. // *Lancet Oncol.* – 2008. – Vol. 9(8). – P. 713-720.
3. *Coups E.J., Manne S.L., Heckman C.J.* Multiple skin cancer risk behaviors in the U.S. population / E.J. Coups, S.L. Manne, C.J. Heckman // *Am J Prev Med.* – 2008. – Vol. 34. – P. 87-93.
4. *Elwood J.M., Jopson J.* Melanoma and sun exposure: an overview of published studies / J.M. Elwood, J. Jopson // *Int J Cancer.* – 1997. – Vol. 73(2). – P. 198–203.
5. *Eskandarpour M., Hashemi J., Kanter L.* High Gene Mutation Rate May Contribute to Hereditary Skin Cancers / M. Eskandarpour, J. Hashemi, L. Kanter // *J Natl Cancer Inst.* – 2003. – Vol. 95. – P. 790.
6. *Gallagher R.P., Hill G.B., Bajdik C.D. et al.* Sunlight exposure, pigmentation factors, and risk of nonmelanocytic skin cancer. II. Squamous cell carcinoma / R.P. Gallagher, G.B. Hill, C.D. Bajdik et al. // *Arch Dermatol.* – 1995. – Vol. 131. – P. 164–169.
7. *Gandini S., Sera F., Cattaruzza M.S. et al.* Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure / S. Gandini, F. Sera, M.S. Cattaruzza et al. // *Eur J Cancer.* – 2005. – Vol. 41. – P. 45-60.
8. *Guy G.P., Machlin S.R., Ekwueme D.U. et al.* Prevalence and costs of skin cancer treatment in the U.S., 2002–2006 and 2007–2011 / G.P. Guy, S.R. Machlin, D.U. Ekwueme et al. // *Am J Prev Med.* – 2015. – Vol. 48. – P. 183–187.
9. *Harwood C.A., Mesher D., McGregor J.M. et al.* A surveillance model for skin cancer in organ transplant recipients: a 22-year prospective study in an ethnically diverse population / C.A. Harwood, D. Mesher, J.M. McGregor et al. // *Am J Transplant.* – 2013. – Vol. 13(1). – P. 119-129.
10. *Ichihashi M., Naruse K., Harada S. et al.* Trends in nonmelanoma skin cancer in Japan / M. Ichihashi, K. Naruse, S. Harada et al. // *Recent Results Cancer Res.* – 1995. – Vol. 139. – P. 263–273.
11. *Jaju P.D., Ransohoff K.J., Tang J.Y. et al.* Familial skin cancer syndromes: Increased risk of nonmelanotic skin cancers and extracutaneous tumors / P. D. Jaju, K.J. Ransohoff, J.Y. Tang et al. // *J Am Acad Dermatol.* – 2016. – Vol. 74(3). – P. 437–451.
12. *Kaldor J., Shugg D., Young B.* Non-melanoma skin cancer: Ten years of cancer-registry-based surveillance / J. Kaldor, D. Shugg, B. Young et al. // *Int J Cancer.* – 1993. – Vol. 53. – P. 886–891.
13. *Kennedy C., Bajdik C.D., Willemze R. et al.* The influence of painful sunburns and lifetime sun exposure on the risk of actinic keratoses, seborrheic warts, melanocytic nevi, atypical nevi, and skin cancer / C. Kennedy, C.D. Bajdik, R. Willemze et al. // *J Invest Dermatol.* – 2003. – Vol. 120. – P. 1087–1093.
14. *Lee A., Thomson J.* Adverse Drug Reactions. 2nd edition. Pharmaceutical Press; 2006. pp. 143–145.
15. *Majores M., Bierhoff E.* Actinic keratosis, Bowen's disease, keratoacanthoma and squamous cell carcinoma of the skin / M. Majores, E. Bierhoff // *Pathologie.* – 2015. – Vol. 36(1). – P. 16-29.
16. *Moore D.E.* Drug-induced cutaneous photosensitivity / D.E. Moore // *Drug Saf.* – 2002. – Vol. 25. – P. 345–372.
17. *National Cancer Registry of Ukraine: short description of the database as of January, 2016; <http://www.ncru.inf.ua/publications/index.htm>.*
18. *Nelemans P.J., Rampen F.H., Ruiten D.J. et al.* An addition to the controversy on sunlight exposure and melanoma risk: a meta-analytical approach / P.J. Nelemans, F.H. Rampen, D.J. Ruiten et al. // *J Clin Epidemiol.* – 1995. – Vol. 48(11). – P. 1331–1342.
19. *Preston D.S., Stern R.S.* Nonmelanoma cancers of the skin / D.S. Preston, R.S. Stern // *N Engl J Med.* – 1992. – Vol. 327. – P. 1649–1662.
20. *Prevention of Skin Cancer.* National Cancer Institute 2004. <http://www.cancer.gov>.
21. *Stapleton J., Turrisi R., Hillhouse J. et al.* Comparison of the efficacy of an appearance-focused skin cancer intervention within indoor tanner subgroups identified by latent profile analysis / J. Stapleton, R. Turrisi, J. Hillhouse et al. // *J Behav Med.* – 2010. – Vol. 33. – P. 181–190.
22. *Shih S.T., Carter R., Sinclair C. et al.* Economic evaluation of skin cancer prevention in Australia / S.T. Shih, R. Carter, C. Sinclair. et al. // *Prev Med.* – 2009. – Vol. 49. – P. 449–453.
23. *Watson M., Holman D.M., Maguire-Eisen M.* Ultraviolet Radiation Exposure and Its Impact on Skin Cancer Risk / M. Watson, D.M. Holman, M. Maguire-Eisen // *Semin Oncol Nurs.* – 2016. – Vol. 32(3). – P. 241–254.
24. *Zhang M., Qureshi A.A., Geller A.C. et al.* Use of tanning beds and incidence of skin cancer / M. Zhang, A. A. Qureshi, A.C. Geller et al. // *J Clin Oncol.* – 2012. – Vol. 30(14). – P. 1588–1593.

Дата надходження рукопису до редакції: 07.03.2018 р.

**Факторы риска развития рака кожи
у больных с предраком кожи***Е.А. Ошивалова*

Государственное научное учреждение
«Научно-практический центр профилактической
и клинической медицины» Государственного
управления делами, г. Киев, Украина.
Национальная медицинская академия
последипломного образования имени П. Л. Шупика,
г. Киев, Украина.

Цель исследования заключалась в изучении уровней факторов риска развития рака кожи у больных предраком кожи.

Материалы и методы. Был проведен медико-социологический опрос больных, находившихся под динамическим наблюдением в Государственном научном учреждении «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами в течение 2014–2017 годов. Статистическая обработка полученного материала проводилась с использованием программы STATISTICA 7.0.

Результаты. Исследуемые группы состояли из 32 (24,8%) больных плоскоклеточным раком кожи, 40 (31%) больных интраэпидермальной карциномой кожи, 57 (44,2%) больных актинический кератоз. Тест Данна позволил выявить достоверную разницу ($p < 0,05$) только по 3 факторам риска развития рака кожи.

Выводы. При формировании групп высокого риска развития рака кожи желательно учитывать мужской пол и возраст старше 70 лет, I-II фототип кожи, избыточное солнечное облучение, длительное применение фотосенсибилизирующих лекарственных средств, семейный отягощенный анамнез.

Ключевые слова: факторы риска, плоскоклеточный рак кожи, интраэпидермальная карцинома кожи, актинический кератоз.

**Risk factors for skin cancer development
in patients precancerous skin***O.O. Oshyvalova*

State Scientific Institution “Scientific and Practical Centre
of Preventive and Clinical Medicine”
of the State Administration, Kyiv, Ukraine
Shupyk National Medical Academy
of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

The aim of the research involves studying risk factors for skin cancer development in patients precancerous skin.

Materials and methods. A medical and sociological survey of patients who were under the dynamic supervision of the State Scientific Institution “Scientific and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine” of the State Administration during 2014–2017. Statistical processing of the obtained data was performed using STATISTICA 7.0 programme.

Results. The study groups consisted of 32 (28.4%) patients with squamous cell carcinoma, 40 (31%) patients with intraepidermal carcinoma of the skin, and 57 (44.2%) patients with actinic keratosis. The Dann test allowed to reveal a significant difference ($p < 0.05$) of only 3 risk factors for the development of skin cancer.

Conclusions. When forming the risk groups of skin cancer, it is desirable to take into account the male gender and the age above 70 years, the I-II phototype of the skin, excessive solar radiation, the long-term use of photosensitization drugs and family history of aggravated.

Key words: risk factors, cutaneous squamous cell carcinoma, squamous cell carcinoma in situ, actinic keratosis.

Відомості про автора

Ошивалова О.О. – к.мед.н., доцент кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, старший науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами; 04012, вул. Верхня, 5, м. Київ, Україна.

УДК 614.88:[616-051:316.356.2](048.8)

В.Д. Парій, О.В. Короткий

Становлення та розвиток первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини в Україні: огляд літературних джерел

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Інститут післядипломної освіти, кафедра менеджменту охорони здоров'я, м. Київ, Україна

Мета. Провести огляд літературних джерел, присвячених проблематиці становлення та розвитку первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини в Україні та дослідженню існуючих вітчизняних моделей діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря.

Матеріали та методи. Використані вітчизняні та іноземні літературні джерела, дані яких вивчені та проаналізовані за допомогою бібліосемантичного методу дослідження.

Результати. У вітчизняних закладах первинної ланки починають і закінчують лікування лише до 30% пацієнтів у містах і до 50% пацієнтів у сільській місцевості. Питома вага видатків на утримання закладів (підрозділів) охорони здоров'я, які надають ПМД, становить менше 10% від загального обсягу видатків на охорону здоров'я. Запропоновані вітчизняні моделі діяльності ПМД є, насамперед, організаційними за своєю формою та перехідними за етапами впровадження первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини.

Висновки. Остаточно сформованої, науково-обґрунтованої вітчизняної функціонально-організаційної моделі діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря в системі надання первинної медичної допомоги міському населенню на даний час не існує, що є передумовою подальших досліджень в цьому напрямку.

Ключові слова: первинна медична допомога, лікар загальної практики-сімейний лікар, моделі діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря, комунікації.

Вступ

Первинна медична допомога (ПМД) є одним із інструментів у вирішенні завдання досягнення населенням такого рівня здоров'я, який дозволить йому вести продуктивний в соціальному та економічному плані спосіб життя. Вона становить невід'ємну частину як національної системи охорони здоров'я, здійснюючи її головну функцію і будучи її центральним ланкою, так і загального соціально-економічного розвитку суспільства [1].

За період часу, що минув з моменту проголошення Алма-Атинської декларації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ) у 1978 році, більшість країн Європейського регіону зміцнили свої служби первинної медичної допомоги, головним чином, за рахунок надання загальній практиці-сімейній медицині статусу головної медичної спеціальності, «представники якої відповідають за надання медичної допомоги при першому контакті з пацієнтом та подальше спостереження за хворими, а також за питання зміцнення здоров'я та профілактики захворювань» [2].

Понад чверть століття, а саме, з 1988 року триває непростий процес впровадження сімейної медицини на території України. Саме тоді, певними нормативними актами вищих органів влади колишньої УРСР передбачалось проведення у Львівській області в 1989-1990 роках широкомасштабного експерименту по опрацюванню системи організації медичної допомоги за принципом сімейного лікаря та вперше започатковане

державне управління процесом надання населенню первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини на території України [3]. Процес становлення сімейної медицини в Україні з того часу й обумовив актуальність даного дослідження.

Мета дослідження – вивчити розвиток сімейної медицини в Україні та дослідити існуючі вітчизняні моделі діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря.

Результати дослідження та їх обговорення

Еволюція сімейної медицини в Україні. Нового поштовху у своєму розвитку сімейна медицина дістала в Україні після прийняття Кабінетом Міністрів України постанови від 20 червня 2000 року № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» та Указу Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000 «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України», якими передбачалось: наукове обґрунтування принципів, розробка структури організації та управління первинною медичною допомогою (ПМД), апробування і впровадження моделі надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини у містах і сільській місцевості; доопрацювання і затвердження в установленому порядку пакету нормативних документів, що регламентують діяльність працівників, закладів (підрозділів) загальної практики-сімейної медицини; затвердження професійно-кваліфікаційних характеристик лікаря загальної практики-сімейного лікаря, молодших

спеціалістів з медичною освітою; розробку методики диференційованого розподілу коштів за рівнями надання медичної допомоги з урахуванням потреб первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини; розробку форми матеріального заохочення лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою закладів (підрозділів) загальної практики/сімейної медицини та затвердження їх з урахуванням обсягу та якості роботи; сприяння розвитку приватної лікарської практики в лікувально-профілактичних закладах загальної практики-сімейної медицини усіх форм власності; обґрунтування переліку і обсягу гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я; розвиток державно-комунальної моделі надання медичної допомоги.

Державно-комунальна модель передбачала створення двох секторів медичної допомоги: сектора загальнодоступної медичної допомоги та сектора додаткових можливостей у сфері охорони здоров'я [4, 5].

Реформування сфери охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві, започатковане у 2011 році, проводилося відповідно до Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», Законів України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві», наказів МОЗ України, спрямованих на реалізацію цих законів [6, 7].

Були визначені основні концептуальні напрями реформування охорони здоров'я:

- розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги;
- визначення на законодавчому рівні гарантованого обсягу безоплатної медичної допомоги та переліку платних послуг;
- створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД);
- створення для надання вторинної медичної допомоги міжрайонних та міжміських об'єднань – госпітальних округів;
- завершення роботи із затвердження стандартів надання медичної допомоги та клінічних протоколів;
- удосконалення системи фінансування галузі;
- запровадження обов'язкового державного соціального медичного страхування тощо.

На початок 2014 року у пілотних регіонах повністю сформовано мережу закладів охорони здоров'я, які надають ПМД. Формування мережі центрів ПМСД в Одеській області виконано на 97,3% від потреби, Полтавській – на 100% від запланованого. Усі відкриті центри ПМСД мають статус юридичних осіб, реєстраційні посвідчення та ліцензії МОЗ України на медичну практику. Разом із формуванням і розвитком

мережі закладів, які надають ПМД, введено більшість штатних посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів та їх укомплектування за рахунок навчання в інтернатурі та перепідготовки лікарів інших лікарських спеціальностей. Забезпеченість амбулаторіями загальної практики-сімейної медицини у місті Києві становить 0,90 на 10 тис. населення, у Донецькій області: для міського населення – 0,85 на 10 тис. населення, для сільського населення – 2,82 на 10 тис. населення, у Вінницькій області: відповідно 0,79 та 2,85 на 10 тис. населення, у Полтавській області: відповідно 1,00 та 4,00 на 10 тис. населення (при нормативі, затвердженому МОЗ України, для міст – 1 амбулаторія на 10 тис. населення, для сільської місцевості – 3,30 на 10 тис. населення). Досягнення нормативу відбуватиметься поступово до 2020 року. Стан матеріально-технічного оснащення закладів ПМСД має тенденцію до поліпшення виключно в пілотних регіонах (за рахунок централізованих закупок обладнання та автотранспорту) [8].

Вивчивши світовий досвід, МОЗ України пропонує основні зусилля спрямувати на розвиток ПМД на засадах ЗП-СМ, яка є одним із головних пріоритетів розбудови національних систем охорони здоров'я, особливо в умовах дефіциту фінансових ресурсів. На думку фахівців, на рівні закладів первинної ланки можливо розпочинати і закінчувати лікування до 90% пацієнтів, що потребує до 30% фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я. Економічним підґрунтям для визначення пріоритету у розвитку ПМД є вартість обслуговування одного випадку надання медичної допомоги на первинному рівні, яка у 7–8 разів менша, ніж на вторинному, та у 20 разів менша, ніж на третинному рівні. Але на сьогодні ПМД в Україні властиві системні недоліки, що зумовлюють обмеженість її ролі в наданні медичної допомоги, недостатній вплив на здоров'я громадян, а відтак низьку ефективність системи охорони здоров'я в цілому. Слід відмітити, що у вітчизняних закладах первинної ланки починають і закінчують лікування лише до 30% пацієнтів у містах і до 50% пацієнтів у сільській місцевості. Питома вага видатків на утримання закладів (підрозділів) охорони здоров'я, які надають ПМД, становить менше 10% від загального обсягу видатків на охорону здоров'я, що, зважаючи на незадовільний рівень матеріально-технічного забезпечення зазначених структур, є вкрай недостатньо [9].

Відповідно до наказу МОЗ України від 08.01.2004 р. № 1 «Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації», Державною Установою «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» з 2006 року проводиться моніторинг розвитку первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини (ЗП-СМ).

Станом на 31.12.2015 р. ПМД в Україні надавалася у 5891 амбулаторії загальної практики-сімейної медицини (АЗПМС). За аналітичними даними, кількість АЗПМС в Україні поступово збільшилася (рис. 1).

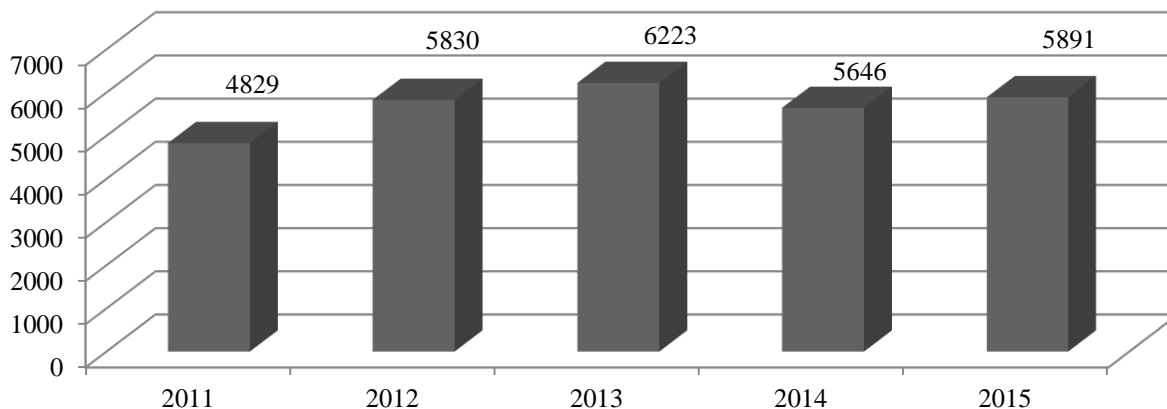


Рис. 1. Розвиток мережі закладів ПМД у 2011-2015 рр. (абс. кількість АЗПСМ)

Загалом, медичною допомогою в АЗПСМ в 2015 р. охоплено 89,9% населення в Україні, але питома вага лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЛЗПСМ), що надають ПМД пацієнтам від народження і протягом усього життя в Україні, складала лише 67,6%. І зовсім незрозумілою є тенденція, виявлена в м. Києві (пілотному регіоні, в якому протягом трьох років проводилося реформування системи охорони здоров'я), де питома вага ЛЗПСМ, що надають ПМД пацієнтам від народження і протягом усього життя, становила 6%, а питома вага населення, яке обслуговується ЛЗПСМ, дорівнювала 3%.

Якість надання ПМД значною мірою також визначається рівнем матеріально-технічного забезпечення закладів первинної ланки. Питома вага амбулаторій в ЦПМСД, оснащених медичним обладнанням, інструментами та інвентарем, відповідно до таблиці оснащення, у 2015 р. становила лише 16,8%, автоматизованими робочими місцями – 21,4%, автомобілями – 46,3% амбулаторій в Україні.

З прийняттям Верховною Радою України Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» від 05.02.2015 №157-VIII в країні розпочався процес утворення нових об'єднаних територіальних громад, які мають можливість отримувати прямі медичні субвенції з Державного бюджету України на видатки на ПМД. Разом з тим, на нашу думку, механізми взаємодії територіальних громад із системою охорони здоров'я на даний час не є опрацьованими.

Серед питань, які потребують вирішення найближчим часом – автономізація закладів охорони здоров'я, розробка та впровадження інформативних показників якості ПМД. Також важливим питанням є реформування закладів ПМД у зв'язку з адміністративно-територіальною реформою та створенням нових, об'єднаних громад [10].

Існуючі вітчизняні моделі діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Аналіз літературних джерел щодо вітчизняного досвіду реорганізації ПМД свідчить, що уявлення про організаційні форми (моделі) переходу до сімейної медицини надто різноманітні. Так, з 1994 р. в Житомирській області започатковано принцип сімейного

медичного забезпечення, побудований на засадах функціонально-адміністративного акушерсько-педіатрично-терапевтичного комплексу (АПТК), мета якого – підвищити якість лікувально-профілактичної допомоги населенню, удосконалити профілактичну роботу з жінками фертильного віку, вагітними, дітьми, підлітками і, що головне, з сім'єю. Реорганізація роботи АПТК – це перехідний етап до сімейної медицини. Головна фігура в АПТК – дільничний терапевт, котрий обов'язково запрошується на засідання декретної комісії. Йому після пологів пацієнтки передається епікриз, який з усіма рекомендаціями на подальше обстеження і спостереження за станом здоров'я жінки вклеюється до її амбулаторної карти. Досвід організації первинної медичної допомоги населенню області на засадах функціонально-адміністративного акушерсько-педіатрично-терапевтичного комплексу підтвердив доцільність та ефективність його функціонування на перехідному етапі, трансформування дільничної терапевтичної і педіатричної мережі через бригадні форми медичного забезпечення до лікарів загальної практики-сімейних лікарів [11].

Сучасною законодавчою базою визначено, що первинна медична допомога – це медична допомога, що надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта лікарем загальної практики-сімейним лікарем і передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Лікуючим лікарем з надання первинної медичної допомоги пацієнтові є лікар загальної практики – сімейний лікар центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги

або лікар загальної практики – сімейний лікар, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець та може перебувати у цивільно-правових відносинах із таким центром. Лікуючий лікар з надання первинної медичної допомоги обирається пацієнтом у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я. Прикінцевими положеннями цього Закону визначено, що до 31 грудня 2019 року первинну медичну допомогу надають лікарі загальної практики – сімейні лікарі та інші медичні працівники, які працюють під керівництвом таких лікарів,

а також лікарі-терапевти дільничні, лікарі-педіатри дільничні та інші медичні працівники, які працюють під керівництвом лікарів-терапевтів дільничних і лікарів-педіатрів дільничних [6].

Апробація початкових етапів реформи в пілотних проектах у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві показала необхідність організації перехідної моделі ПМД, а саме формування групової сімейної практики шляхом створення мережі амбулаторій, укомплектованих групами/командами лікарів, що працюють на принципах сімейної медицини (рис. 2).

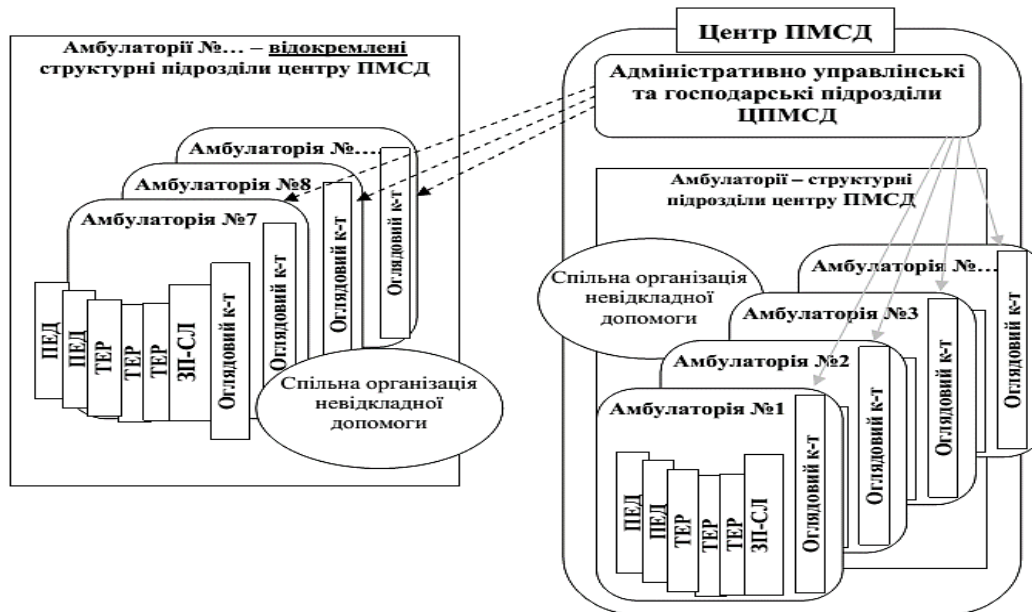


Рис. 2. Формування групової сімейної практики

Їх штатний розпис формується на основі дотримання принципу забезпечення надання ПМД дитячому і дорослому населенню у повному обсязі. Такий підхід передбачає включення до штатного розпису лікарських амбулаторій переліку всіх необхідних лікарів-спеціалістів. Наприклад, такий колектив може складатися з кількох лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-педіатрів дільничних та лікаря-акушера-гінеколога відповідно до діючих нормативів:

- 1 лікар-терапевт дільничний на 1800 дорослого населення;
- 1 лікар-педіатр дільничний на 800 дитячого населення;
- 1 лікар-акушер-гінеколог – на 8000 всього населення або на 2000 жінок репродуктивного віку.

Також до штатного розпису лікарської амбулаторії можуть бути включені посади інших лікарів-спеціалістів: хірургів, офтальмологів, отоларингологів, невропатологів, психіатрів, які надаватимуть первинну медичну допомогу при певних захворюваннях з урахуванням розмежування функцій між первинною та вторинною (спеціалізованою) медичною допомогою [12].

В національній науковій літературі останнім часом з'явилися роботи, в яких розкривається роль комунікацій

в ефективному проведенні реформи охорони здоров'я в країні, методичні підходи до використання комунікативної моделі в ході реформування системи охорони здоров'я країни та використання в комунікативній діяльності інформаційних технологій. Запропоновано основні напрями комунікацій у діяльності сімейних лікарів і груп комунікаційного впливу, а також визначено завдання та індикатори оцінки. Ці напрями є комплексними та скеровані на зміну поведінки населення в цілому і груп ризику зокрема (на користь відповідального ставлення до власного здоров'я, ведення здорового способу життя, усунення чи мінімізації впливу факторів ризику розвитку захворювань на здоров'я), а також на інформування населення про загрозливі стани і навчання тактиці дій при їх виникненні [13].

Наприкінці 2016 – початку 2017 рр. МОЗ України проводить активну інформаційну політику щодо реформування системи ПМД, що передбачає, насамперед, зміну процесу фінансування закладів ПМД за принципом «подушної оплати», запровадження контрактної форми діяльності лікарів ПМД, затвердження «гарантованого пакету ПМД», Порядку надання ПМД тощо.

Підсумовуючи вищенаведене, слід зазначити, що незважаючи на наявність значної кількості робіт, які

досліджували теоретико-методологічні та практичні аспекти первинної медичної допомоги в Україні, в літературі на даний час не представлена сформована, науково-обґрунтована вітчизняна функціонально-організаційна модель діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря в системі надання первинної медичної допомоги міському населенню.

Висновки

На сьогодні ПМД в Україні властиві системні недоліки, що зумовлюють обмеженість її ролі в наданні медичної допомоги, недостатній вплив на здоров'я громадян, а відтак низьку ефективність системи охорони здоров'я в цілому. Слід відмітити, що у вітчизняних закладах первинної ланки починають і закінчують лікування лише до 30% пацієнтів у містах і до 50% пацієнтів у сільській місцевості. Питома вага видатків на

утримання закладів (підрозділів) охорони здоров'я, які надають ПМД, становить менше 10% від загального обсягу видатків на охорону здоров'я, що, зважаючи на незадовільний рівень матеріально-технічного забезпечення зазначених структур, є вкрай недостатньо.

Запропоновані вітчизняні моделі діяльності ПМД є, насамперед, організаційними за своєю формою та перехідними за етапами впровадження первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини. Остаточо сформованої, науково-обґрунтованої вітчизняної функціонально-організаційної моделі діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря в системі надання первинної медичної допомоги міському населенню на даний час не існує, що є передумовою подальших досліджень в цьому напрямку.

Перспективи подальший досліджень пов'язані з вивченням ефективності первинної медичної допомоги.

Література

1. *Primary Health Care: report of the international conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, 1978. – Geneva: WHO, 1978.
2. *Салтман Р.Б.* Реформи системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: пер. с англ. / Р.Б. Салтман Дж. Фигейрас – М.: Геотар Медицина, 2000. – 423 с.
3. *Грицко Р. Ю.* Історія розвитку державного управління підготовкою сімейних лікарів / Р. Ю. Грицко // Університетські наукові записки. – 2012. – № 4. – С. 439-444. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap_2012_4_65.
4. *Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я* [Електронний ресурс]: Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. N 989 – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/989-2000-%D0%BF>
5. *Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України* [Електронний ресурс]: Указ Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000 – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>
6. *Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги* [Електронний ресурс]: Закон України від 7 липня 2011 року N 3611-VI Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>
7. *Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві* [Електронний ресурс]: Закон України від 7 липня 2011 р. N 3612-VI. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>
8. *Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 рік* / за ред. Г. О. Слабкого. – Київ, 2011. – 28 с.
9. *Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення* [монографія]. – К. : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. – 211 с.
10. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік* / за ред. Шафранського В.В.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452с.
11. *Толстанов О.К., Парій В.Д.* Реформування охорони здоров'я на Житомирщині: досвід, проблеми, перспективи. – Житомир. – Обласний медичний центр, 2006. – 200 с.
12. *Модель надання первинної медичної допомоги міському населенню (методичні рекомендації)*, Київ, 2012. [Електронний ресурс]: Режим доступу: http://oz.zt.gov.ua/images/stories/reform/Metodyhni_rekomendacii_PMD_u_mistah.pdf.
13. *Знаменська М.А.* Концептуальна модель комунікацій в охороні здоров'я / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // ScienceRise. Medical science. – 2015. – № 7 (4). – С. 59-62. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/texcsr_m_2015_7\(4\)_10](http://nbuv.gov.ua/UJRN/texcsr_m_2015_7(4)_10).

Дата надходження рукопису до редакції: 09.02.2018 р.

Становление и развитие первичной медицинской помощи на принципах общей практики семейной медицины в Украине: обзор литературных источников*В.Д. Парій, А.В. Короткий*

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Институт последиplomного образования, кафедра менеджмента здравоохранения, г. Киев, Украина

Цель – провести обзор литературных источников, посвященный проблематике становления и развития первичной медицинской помощи на принципах общей практики семейной медицины в Украине и исследованию существующих отечественных моделей деятельности врача общей практики – семейного врача.

Материалы и методы. Используются отечественные и иностранные литературные источники, данные которых изучены и проанализированы с помощью описательного метода исследования.

Результаты. В отечественных учреждениях первичного звена начинают и заканчивают лечение лишь до 30% пациентов в городах и до 50% пациентов в сельской местности. Удельный вес расходов на содержание учреждений (подразделений) здравоохранения, оказывающих ПМП, составляет менее 10% от общего объема расходов на здравоохранение. Предложенные отечественные модели деятельности ПМП являются, прежде всего, организационными по своей форме и переходными по этапам внедрения первичной медицинской помощи на принципах семейной медицины.

Выводы. Окончательно сложившейся, научно-обоснованной отечественной функционально-организационной модели деятельности врача общей практики семейного врача в системе оказания первичной медицинской помощи городскому населению в настоящее время не существует, что является предпосылкой к дальнейшим исследованиям в этом направлении.

Ключевые слова: первичная медицинская помощь, врач общей практики семейный врач, отечественные модели деятельности врача общей практики – семейного врача, коммуникации.

Formation and development of primary health care which based on general practice and family medicine in Ukraine: a review of literary sources*V.D. Pariy, O.V. Korotkiy*

National Medical University named after O.O. Bogomolets, Institute of Postgraduate Education, Department of Healthcare Management, Kyiv, Ukraine

In the article there is an overview of literary sources is devoted to the problems of formation and development of primary health care based on general practice and family medicine in Ukraine and research existing local Ukrainian models of family doctor's activity.

Purpose – to conduct a review of literary sources devoted to the problems of the formation and development of primary health care on the basis of general practice of family medicine in Ukraine and the study of existing domestic models of the practice of a general practitioner – a family doctor.

Materials and methods. Domestic and foreign literary sources were used, the data of which were studied and analyzed using the descriptive method of research.

Results. In domestic institutions, primary care establishments start and end treatment only up to 30% of patients in cities and up to 50% of patients in rural areas. The share of expenditures for the maintenance of health facilities (units) providing PHC is less than 10% of the total amount of health care expenditures. The proposed domestic models of PHC activities are, first of all, organizational in their own form and transitional stages of the implementation of primary health care on the basis of family medicine.

Conclusions. At present, there is no definitive, scientifically substantiated national functional and organizational model of the activity of a general practitioner – family doctor in the system of provision of primary medical care to the urban population, which is a prerequisite for further research in this direction.

Key words: primary health care, general practitioner-family doctor, local Ukrainian models of family doctor's activity, communications.

Відомості про авторів

Парій Валентин Дмитрович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; вул. Маршала Якубовського, 6, м. Київ, 03191, Україна.

Короткий Олександр Володимирович – аспірант кафедри менеджменту охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; вул. Маршала Якубовського, 6, м. Київ, 03191, Україна

УДК 616.831-005.4-036.2

О.Р. Пулик, М.В. Гирявець

Використання дзеркальної терапії у хворих з неглектом та когнітивними порушеннями після перенесеного півкульного ішемічного інсульту

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

Мета – прискорити відновлення рухового дефіциту у хворих з когнітивними порушеннями та неглектом після перенесеного ішемічного інсульту шляхом використання дзеркальної терапії та адаптаційних методик.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі відділення судинної неврології Ужгородської центральної міської клінічної лікарні протягом шести місяців 2017 року. Обстежено 82 хворих, що перенесли ішемічний інсульт. Всім хворим проведено загальноклінічні обстеження, нейровізуалізаційне обстеження, нейропсихологічне обстеження з використанням батареї тестів, функціональне обстеження із використанням Скандинавської шкали інсульту та шкали Ашворта, геріатричної шкали депресії. Статистичну обробку матеріалів проводили при допомозі стандартного статистичного пакета Microsoft Excel 2007.

Результати. У дослідженні взяли участь 82 хворих, жителів м. Ужгород, що перенесли півкульний ішемічний інсульт. По завершенні терапії покращення функціонального стану за Скандинавською шкалою інсульту спостерігалось у пацієнтів в обох групах, в основній групі середній бал був вірогідно вищим, спостерігалось також зниження м'язового тонуусу в паретичних кінцівках за шкалою Ашворта. Виявлено вірогідне покращення когнітивних функцій в основній групі за шкалами MMSE та CDT. Одночасно встановлено зменшення депресії у пацієнтів обох груп

Висновки. За результатами дослідження встановлено, що залучення в реабілітацію пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту дзеркальної терапії та адаптаційних методик вірогідно покращує рухову функцію, у хворих з неглектом, сприяє зменшенню спастичності та покращує когнітивні функції.

Ключові слова: півкульний ішемічний інсульт, реабілітація, когнітивні порушення, дзеркальна терапія, неглект.

Вступ

Однією із основних причин тривалої та глибокої інвалідизації хворих із інсультом є рухові порушення. Рухові порушення є причиною розладу ходи та втратою рівноваги, котрі в свою чергу можуть призводити до падінь і травматичних уражень кінцівок та голови. Значна кількість – до 43% пацієнтів після перенесеного інсульту потребує сторонньої допомоги. Лише 20% пацієнтів після перенесеного інсульту повертаються до праці, а повсякденний рівень активності, який був до захворювання, вдається повернути тільки 10% хворих. У 30-50% хворих, котрі перенесли мозковий інсульт, відзначаються когнітивні порушення.

Сучасна реабілітація хворих із мозковим інсультом базується як на немедикаментозних так і на медикаментозних методах впливу. Однією із важливих та остаточно невирішених проблем при проведенні реабілітації пацієнтів після перенесеного інсульту, є відновне лікування хворих, котрі страждають через ігнорування паретичних кінцівок (синдромом неглекта), який, на думку ряду дослідників є одним із важливих чинників, які стримують швидке відновлення неврологічних функцій. Як правило, даний синдром зустрічається при правопівкульних інсультах – у 33-85% хворих, при ураженні лівої півкулі значно рідше – у 24%, і проявляється у більш м'якій формі. Просторове ігнорування при однобічному неглекті асоціюється із

мінімальним відновленням рухових, чутливих, координаторних і когнітивних функцій, а також низьким рівнем побутової адаптації.

Мета роботи – прискорити відновлення рухового та когнітивного дефіциту у хворих з неглектом після перенесеного ішемічного інсульту шляхом використання дзеркальної терапії та адаптаційних методик.

Матеріали та методи

Дослідження проводилось на базі відділення судинної неврології Ужгородської центральної міської клінічної лікарні протягом шести місяців 2017 року. Обстежено 82 хворих, котрі перенесли ішемічний інсульт. Критеріями включення у дослідження були: збережена свідомість (15 балів за шкалою ком Глазго), вік від 40 до 74 років, верифікований діагноз ішемічного інсульту півкульної локалізації, відсутність на момент дослідження важких соматичних захворювань, а також збереженість функції мови та письма, наявність неглекту.

Всім хворим проведено загальноклінічні обстеження, нейровізуалізаційне обстеження (КТ, МРТ головного мозку), функціональні кардіологічні обстеження (ЕКГ, ехоКС), нейропсихологічне обстеження із використанням батареї тестів: коротка шкала психічного статусу – Mini-mental State Examination (MMSE), батареї тестів для дослідження лобової дисфункції – Frontal Assessment Battery (FAB) та тест

малювання годинника (CDT)), функціональне обстеження із використанням Скандинавської шкали інсульту та шкали Ашворта для оцінки м'язового тону, геріатричної шкали депресії – Geriatric Depression Scale (GDS) для визначення емоційного стану. Дзеркальну терапію проводили 3 рази в тиждень по 20 хв, спочатку на базі відділення далі амбулаторно протягом 3 місяців. Адаптаційна методика включала в себе стимулюючу (зорову, тактильну, рухову – з боку неглекту) та компенсуючу. Статистичну обробку матеріалів проводили при допомозі стандартного статистичного пакета Microsoft Exel 2007.

Результати дослідження та їх обговорення

У дослідженні взяли участь 82 хворих, жителів м. Ужгород, що перенесли півкульний ішемічний інсульт. Середній вік хворих склав $58,1 \pm 1,1$ року. Хворих шляхом довільної вибірки розподілено на дві групи по 41 хворий. Вік хворих в основній групі склав $57,1 \pm 0,2$ років, а в контрольній групі, $59,2 \pm 0,4$ року. В основній групі чоловічої статі виявилось 26 осіб (60,5%) та 17 жінок (39,5%), у контрольній групі відповідно 30 чоловіків (72,0%) та 13 жінок (28,0%).

В обох групах проводили дослідження лабораторних показників, які підтвердили відсутність вірогідної відмінності між досліджуваними групами (таб.).

Таблиця

Лабораторні показники досліджуваних груп

Показник	Основна група	Контрольна група	p
Гемоглобін	$142,3 \pm 3,7$	$146,7 \pm 2,3$	$>0,05$
Лейкоцитоз	$6,7 \pm 0,6$	$6,8 \pm 0,4$	$>0,05$
ШОЕ	$12,7 \pm 2,3$	$10,2 \pm 0,9$	$>0,05$
Глюкоза	$4,4 \pm 0,2$	$5,1 \pm 0,3$	$>0,05$
Холестерин	$4,4 \pm 0,2$	$4,9 \pm 0,2$	$>0,05$
Фібриноген	$4,2 \pm 0,3$	$4,9 \pm 0,3$	$>0,05$
Гематокрит	$0,51 \pm 0,01$	$0,53 \pm 0,01$	$>0,05$

Примітка: p – рівень значущості щодо різниці показників основної та контрольної груп

Середня кількість років навчання в основній групі склала 12,51 років, в контрольній – 13 років. Індекс маси тіла в основній групі $26,3 \pm 0,2$ кг/м², в контрольній $27,5 \pm 0,1$ кг/м². Показники АТ були наступними: систолічного $164,6 \pm 5,0$ мм.рт.ст, діастолічного $101,8 \pm 3,1$ мм.рт.ст – в основній, та $163,6 \pm 4,5$ мм.рт.ст, $91,6 \pm 2,4$ мм.рт.ст – в контрольній групі.

Функціональний стан пацієнтів основної групи на початку дослідження склав $48,4 \pm 0,8$ бала за Скандинавською шкалою інсульту, а у пацієнтів контрольної групи – $50,2 \pm 0,7$ бала. По завершенні терапії покращення спостерігалось у пацієнтів в обох групах, яке виражалось в наступному: в основній групі середній бал за Скандинавською шкалою інсульту склав $50,3 \pm 0,6$ бали, в контрольній – $51,7 \pm 0,7$ бали (рис.).

За шкалою Ашворта м'язовий тонус у паретичних кінцівках пацієнтів основної групи перед проведенням дослідження склав – $2,6 \pm 0,7$ бали, а у пацієнтів контрольної групи – $2,4 \pm 0,6$ бала. Після реабілітації м'язовий тонус зменшився до $1,2 \pm 0,4$ бала в основній та до $1,8 \pm 0,4$ бала в контрольній групах.

При проведенні нейропсихологічного дослідження із використанням шкали MMSE встановлено, що середній бал в основній групі перед початком дослідження склав $23,4 \pm 0,6$ бали, а в контрольній $24,3 \pm 0,4$ бали. Після проведеного курсу реабілітації середній бал в основній групі склав $27,1 \pm 0,6$, а в контрольній – $26,4 \pm 0,4$ бали.

При оцінці лобової дисфункції за допомогою тесту FАВ встановлено, що середній бал в основній групі перед початком дослідження склав $13,1 \pm 0,4$ бали, а в контрольній – $13,2 \pm 0,1$ бала. По завершенні реабілітаційної терапії середній бал як в основній групі так і в контрольній групі склав $14,9 \pm 0,1$ бала. Результати тесту малювання годинника у пацієнтів групи де використано дзеркальну терапію показав середній бал $6,61 \pm 1,1$ бала перед початком реабілітаційних заходів та $7,97 \pm 0,9$ бала по завершенні. В контрольній групі – $7,4 \pm 0,7$ бала, та $8,5 \pm 0,9$ бала відповідно. Одночасно встановлено зменшення депресії у пацієнтів обох груп. Згідно шкали GDS на початку лікування в основній групі показник склав $6,06 \pm 0,2$, а після терапії – $4,24 \pm 0,4$ бали, показники пацієнтів контрольної групи – $5,43 \pm 0,3$ бали та $4,31 \pm 0,6$ балів відповідно.

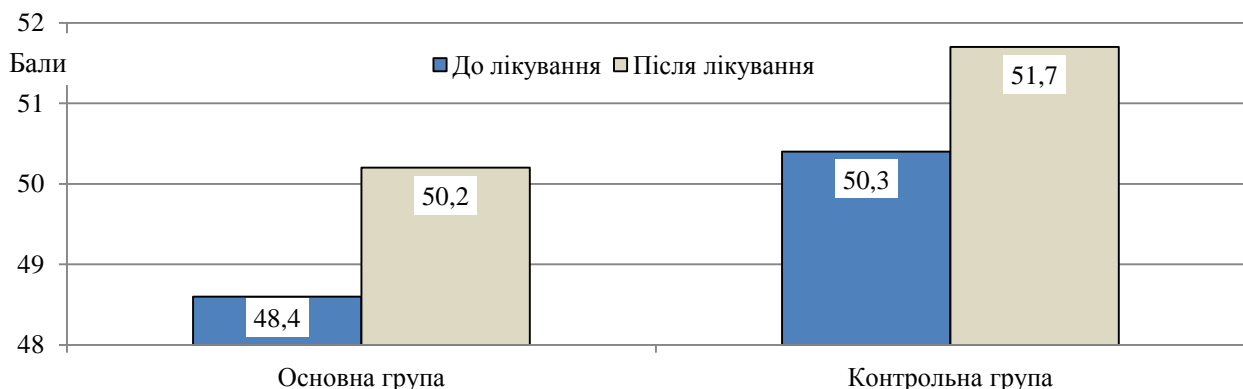


Рис. Динаміка функціонального стану пацієнтів за Скандинавською шкалою інсульту

Висновки

За результатами дослідження встановлено, що залучення в реабілітацію пацієнтів після перенесеного

мозгового інсульту дзеркальної терапії у поєднанні із адаптаційними методиками у пацієнтів із неглектом вірогідно покращує рухову функцію, сприяє зменшенню спастичності та покращує когнітивні функції.

Література

1. Виничук С.М. Поиск новых подходов к лечению острого ишемического инсульта / С.М. Виничук, М.М.Прокопів, Т.М. Черенько // Укр. неврол. журн. – 2010. – № 1. – С. 8–19.
2. Московко С.П. Оцінка когнітивної дисфункції у пацієнтів із різними формами гострої серцево-судинної патології / С.П. Московко, С.М. Стаднік // Міжнар. неврол. журнал. – 2012. – № 2 (48). – С. 142–145.
3. Чердак М.А. Постинсультные когнитивные расстройства / М.А.Чердак, Н.Н.Яхно // Журнал неврологии ім. Б.М.Матковського. – 2013. – Т.1. – № 1. – С. 31–37.
4. Bae SH, Jeong WS, Kim KY: Effect of mirror therapy on subacute stroke patients' brain waves and upper extremity functions. J Phys Ther Sci, 2012, 24: 1119–1122.
5. Cognitive impairment after cerebrovascular stroke: Relationship to vascular risk factors / M.Khedr Eman, Sh.A.Hamed, H.K.El-Shereef [et al.] // Neuropsychiatric. Disease and Treatment. – 2009. – № 5. – P. 103–116.
6. Sundar U. Post-Stroke cognitive impairment at 3 months / U.Sundar, S.Adwani // Ann. Indian. Acad. Neurol. – 2010. – № 13 (1). – P. 42–46.
7. Sütbeyaz S, Yavuzer G, Sezer N, et al. : Mirror therapy enhances lower-extremity motor recovery and motor functioning after stroke: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil, 2007, 88: 555–559.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.03.2018 р.

Использование зеркальной терапии у больных с неглектом и когнитивными нарушениями после перенесенного полушарного ишемического инсульта

А.Р. Пулык, М.В. Гирявец

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

Цель: Ускорить восстановление двигательного и когнитивного дефицита у больных с неглектом после перенесенного ишемического инсульта путем использования зеркальной терапии и адаптационных методик.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения сосудистой неврологии Ужгородской центральной городской клинической больницы в течение шести месяцев 2017 года. Обследовано 82 больных, перенесших ишемический инсульт. Всем больным проведено общеклинические обследования, нейровизуализационное обследование, нейропсихологическое обследование с использованием батареи тестов, функциональное обследование с использованием Скандинавской шкалы инсульта и шкалы Ашворта, гериатрической шкалы депрессии. Зеркальную терапию проводили 3 раза в неделю по 20 мин, сначала на базе отделения дальше амбулаторно в течение 3 месяцев. Адаптационная методика включала в себя стимулирующую (зрительную, тактильную,

двигательную – со стороны неглекта) и компенсирующую. Статистическую обработку материалов проводили при помощи стандартного статистического пакета Microsoft Excel 2007.

Результаты. В исследовании приняли участие 82 больных, жителей г. Ужгород, перенесших полушарный ишемический инсульт. По завершении терапии улучшение функционального состояния по Скандинавской шкале инсульта наблюдалось у пациентов в обеих группах, в основной группе средний балл был достоверно выше, наблюдалось также снижение мышечного тонуса в паретичных конечностях по шкале Ашворта. Выявлено достоверное улучшение когнитивных функций в основной группе по шкалам MMSE и CDT. Одновременно установлено уменьшение депрессии у пациентов обеих групп.

Выводы. По результатам исследования установлено, что использование в реабилитации пациентов после перенесенного мозгового инсульта зеркальной терапии в сочетании с адаптационными методиками достоверно улучшает двигательную функцию, способствует уменьшению спастичности и улучшает когнитивные функции.

Ключевые слова: полушарный ишемический инсульт, реабилитация, когнитивные нарушения, зеркальная терапия, неглект.

The use of mirror therapy in patients with neglect for the rehabilitation in patients after ischemic stroke

O.R. Pulyk, M.V. Gyravets

SHEI «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

Purpose: Improve the recovery of motor and cognitive deficits in patients with neglect after ischemic stroke by using mirror therapy and adaptive techniques.

Materials and methods. The study was conducted at the department of vascular neurology Uzhgorod central city hospital for six months of 2017. The study involved 82 patients after ischemic stroke. All patients underwent general clinical examination, neuroimaging examination, neuropsychological examination using a battery of tests, functional examination using Scandinavian Stroke Scale and Scale Ashworth, geriatric depression scale. Mirror therapy was performed 3 times a week for 20 minutes, initially on the basis of the department further outpatient for 3 months. Adaptation methodology included stimulating (visual, tactile,

motor – from the side of the neglect) and compensating. Statistical processing of materials carried out by means of standard statistical package Microsoft Excel 2007.

Results. The study involved 82 patients, residents of Uzhgorod, have suffered hemispheric ischemic stroke. Upon completion of treatment improved functional status by Scandinavian stroke scale was observed in patients in both groups in the study group the average score was significantly higher, as observed decrease muscle tone in the paretic limbs on a Ashworth scale. Found likely improve cognitive function in the study group on scales MMSE and CDT. At the same time found a decrease in depression patients in both groups.

Conclusions. The study found that involvement in the rehabilitation of patients after stroke in conjunction with mirror therapy significantly improved motor function, reduces spasticity and improves cognitive function.

Key words: hemispheric ischemic stroke, rehabilitation, cognitive impairment, mirror therapy, neglect.

Відомості про авторів

Пулик Олександр Романович – д.мед.н, завідувач кафедри нейрореабілітації із курсами медичної психології, пульмонології та фізіотерапії, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Гирявець Мирослава Василівна – асистент кафедри нейрореабілітації із курсами медичної психології, пульмонології та фізіотерапії, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 616.915:614.47:314(477.87)J001

Є.І. Рубцова¹, Л.О. Зарембо², С.В. Оберемко²

Вивчення динаміки захворюваності на кір та рівня охоплення щепленнями проти кору населення на території Закарпатської області

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

²Закарпатський обласний лабораторний Центр МОЗ України, м. Ужгород, Україна

Мета – дослідити динаміку та особливості захворюваності на кір та охоплення вакцинацією проти кору дітей.

Матеріали та методи. Показники статистичних звітних форм №1 та №2 по інфекційній захворюваності, №70 по профілактичним щепленням, історії хвороб пацієнтів ОКЛІ з інфекцією кору за 2012 р.

Результати. 80% хворих на кір становили діти. Висока інтенсивність епідемічного процесу кору відмічалася у віковій групі дітей до 1 року (13-17%) та серед дітей 1-4 років (44%). Загалом не мали щеплень проти кору 71% інфікованих, одне щеплення отримали 14%. Питома вага хворих сільського населення збільшилася і становила 76,3%. Показники охоплення дитячого населення вакцинацією і ревакцинацією проти кору у 2010-2017 рр. були значно нижчими від необхідного нормативного рівня. Найнижчий рівень відмічався у 2016 р. – всього 26,5% від запланованого. Зменшилося забезпечення потреб медичних закладів області вакцинами проти кору за останні роки і у 2017 р. складало 29,3% від річної потреби.

Висновки: Незадовільне забезпечення потреб медичних закладів області вакцинами проти кору, зростання кількості відмов від проведення щеплень обумовили зниження, більше ніж у 2 рази від запланованого, охоплення населення вакцинацією проти кору та формування значного прошарку імунологічно незахищених дітей та дорослих. Ці процеси сприяли виникненню останнього спалаху кору, який почався в серпні 2017 року і триває по цей час.

Ключові слова: кір, захворюваність, діти, охоплення вакцинацією.

Вступ

Кір є одним з найбільш контагіозних захворювань людини із значним ризиком серйозних ускладнень та летальних випадків. Властивість вірусу кору до тривалої персистенції, переважно в імунозкомпроментованому організмі, та його гетерогенність за генотиповою характеристикою не дають можливості повністю перервати ланцюг епідемічного процесу цієї інфекції [3–5]. Враховуючи небезпечність кору для людини ВООЗ визначила елімінацію кору пріоритетною метою в 4 регіонах світу, в тому числі і Європейському [10, 11]. Відбулося також зростання випадків кору серед щеплених до 40,0–52,0%, що пов'язують як з недоліками в системі імунопрофілактики, так і з гетерогенністю збудника кору та мінливістю реактивності організму людини [6–8]. Впровадження в 1960-х роках в багатьох країнах світу вакцинопрофілактики проти кору сприяло зниженню смертності від цієї інфекції у 445 разів [9, 11].

Нормативним показником охоплення щепленнями проти будь якої імунокерованої інфекції є 95–98%. Україна увійшла до переліку країн з охопленням менше 50%. Це створює всі передумови для поширення захворювань серед всіх не щеплених осіб. Випадки кору в Україні у 2006 р. склали 83% від усіх випадків кору в Європейському регіоні ВООЗ (53 країн) [10, 11]. За даними Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я у Європі в 2017 р. від кору померло 35 людей, із яких 31 – у Румунії.

Ретроспективний аналіз захворюваності на кір в Закарпатській області за період з 1946 року включно по теперішній час свідчить про загальну тенденцію до зниження рівнів захворюваності. Виділено три великі періоди: I (довакцинальний) – з 1946 року по 1971 рр.; II (введення вакцинації) – з 1972 по 1986 рр., III (введення ревакцинації) – з 1987 р.

Згідно архівних даних закарпатської обласної СЕС середньостатистичний річний показник захворюваності у довакцинальний період становив 442,0 на 100 тис. населення. Періоди коливань та спадів тривали в середньому 5–6 років. Після введення вакцинації у 2 періоді рівні захворюваності знизились до 95,0 на 100 тис. нас. Періоди коливань та спадів склали 3–4 роки. Передумовою для введення ревакцинації стало те, що в окремі роки захворюваність зростала в межах від 165,9 до 263,3 на 100 тис. нас. В третьому періоді, після введення ревакцинації показники захворюваності поступово знизились до 11,7 на 100 тис. нас. Тривалість циклічних періодів склали 4–5 років [1, 2].

Попередні три епідемічні підйоми захворюваності в Закарпатській області зареєстровано у 2001 р. (745 випадків, 58,0 на 100 тис. нас.), у 2006 р. (657 випадків, 52,5 на 100 тис. нас.) та у 2012 р. (1835 випадків, 134,7 на 100 тис. нас.) [1, 2].

В умовах незадовільного забезпечення вакцинами проти кору, значного зменшення охоплення населення вакцинацією, що є визнаним чинником низького рівня популяційного імунітету, захворюваність населення України на кір з початку цього століття набула ознак

«некерованої» інфекції [3, 11]. Це підтверджують дані МОЗ України щодо захворюваності на кір під час сучасного спалаху 2017–2018 рр.: за 11 тижнів 2018 р. на кір захворіло 7752 людей (5065 дітей та 2687 дорослих), з яких 5 дітей та 2 дорослих померло від ускладнень.

Вище згадані процеси спонукали нас дослідити стан даної проблеми на території нашої області.

Мета дослідження – вивчити частоту захворюваності на кір, динаміку епідеміологічної ситуації по кору, рівень охоплення щепленнями проти кору населення на території Закарпатської області.

Матеріали та методи

Вивчені та проаналізовані дані показників захворюваності на кір:

- державні річні статистичні форми №1 та №2 «Звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання»

Закарпатського обласного лабораторного центру Держсанепідслужби України за 2010–2017 роки;

- історії хвороб 610 пацієнтів Обласної клінічної інфекційної лікарні хворих на кір у 2012 р.;

- комп'ютеризована звітна форма з імунопрофілактики «УКРВАК-область».

Результати дослідження та їх обговорення

Епідеміологічна ситуація щодо керованих дитячих інфекцій у 2010–2017 рр. характеризувалася переважанням захворювань на кір (84%). У 2010 р. в області не реєструвалося жодного захворювання на кір. У 2011 р. захворіло 45 осіб. У порівнянні з попередніми роками, захворюваність у 2012 р. збільшилася в 45,7 разів (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка захворюваності на вакциновані інфекції в Закарпатській області за 2012–2017 роки (в абс. цифрах та на 100 тис. населення)

Категорії населення	Показник	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Все населення	абс.	1835	58	33	36	2	637
	інт.	134,07	4,71	2,83	2,86	0,16	50,57
Діти	абс.	1462	40	30	27	1	567
	інт.	463,50	13,93	11,41	9	0,34	194,71
Дорослі	абс.	373	18	3	0,93	1	70
	інт.	35,41	1,91	0,33	9,38	0,10	7,23
Сільське населення	абс.	1036	32	5	28	1	486
	Діти	абс.	840	24	4	21	1
Дорослі	абс.	196	8	1	7	0	38
	Міське населення	абс.	799	26	28	8	1
Діти		інт.	58,38	2,11	2,40	0,64	0,08
	Діти	абс.	622	16	26	6	0
Дорослі		інт.	197,19	5,57	9,89	2,08	0
	Дорослі	абс.	177	10	2	2	1
		інт.	16,80	1,06	0,22	0,21	0,10

Примітка: * – інтенсивний показник – на 100 тис. населення

80% хворих становили діти (1462 випадки). В наступному році цей показник зменшився у 40,78 разів. Відмічався епідемічний спад інфекції як серед дітей – з 13,93 на 100 тис. населення у 2013 р. до 0,34 – у 2016 р., так і серед дорослих – з 4,71 на 100 тис. населення у 2013 р. до 0,16 у 2016 р.

У 2017 р. почалося нове епідемічне підвищення захворюваності на кір, зареєстровано 637 випадків, 50,57 на 100 тис. нас. Хворіли кором переважно діти до 17 р. – 567 випадків (91% від усіх інфікованих, 194,7 на 100 тис. дитячого населення).

Питома вага хворих сільського населення збільшилася і становила 76,3% (486 вип.) в порівнянні з 2012 р., коли ці показники були меншими – 56,5% (1036 осіб). Інтенсивний показник захворюваності кором по Україні у 2017 р. був значно нижчим – 11,23 на 100 тис. нас. За два з половиною місяці (до середини березня) 2018 р. в області зареєстровано 1447 випадків кору.

При аналізі вікового розподілу хворих на кір за період 2010–2016 рр. встановлено, що найбільша кількість хворих реєструвалася у віковій групі 1–4 роки – 44% (704 дитини) всіх хворих на кір дітей; у дітей віком 5–9 років він становив 20% (323 дитини) (рис.).

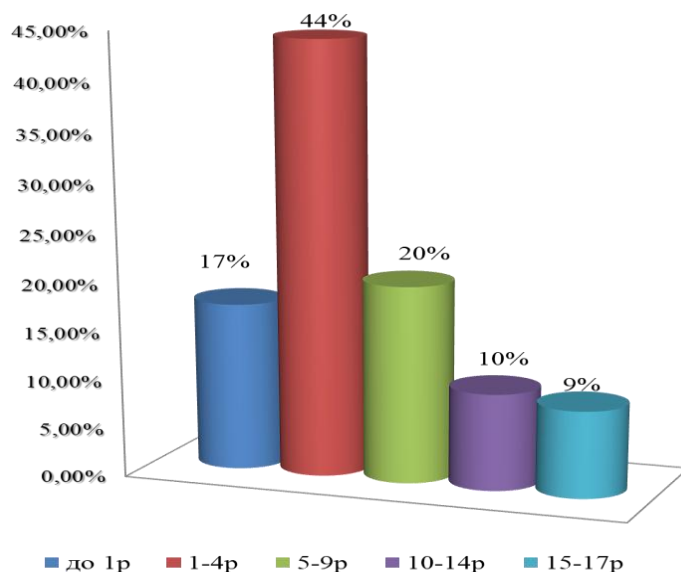


Рис. Розподіл хворих на кір дітей за віком у 2010–2016 рр.

Значною була кількість хворих дітей до 1 року – 17% (262 дитини). Частка хворих на кір дітей віком 10–14 років становила 10% (157 дітей) і 15–17 років 9% (131 дитина).

Під час епідемії кору 2012 р. 42% (610) дітей потребували стаціонарного лікування ОКІЛ. По віковим категоріям розподіл госпіталізованих дітей був наступним: 5% (33) – це діти до 6 місяців, 15% (90) – віком 6–12 місяців, 21% (126) – діти 1–2 років і 59% (361) – старші 2 років. 98% (596 дітей) від госпіталізованих хворих мали середню форму важкості

захворювання і 2% (14 дітей) знаходилися в реанімаційному відділенні ОКІЛ у важкому стані. На кінець 2017 року кір реєструвався на всіх адміністративних територіях області.

Загалом не мали щеплень проти кору 71% інфікованих, одне щеплення отримали 14%, а вакциновані згідно календаря – 6,6%. Летальних випадків від кору за досліджуваний період не зареєстровано.

При аналізі показників охоплення населення щепленнями проти кору виявлено значне їх зменшення (табл. 2).

Таблиця 2

Показники виконання плану вакцинації та ревакцинації проти кору у 2015–2017 рр.

Вікова група	Звітні періоди								
	за 2015 рік			за 2016 рік			за 2017 рік		
	план	виконано	%	план	виконано	%	план	виконано	%
Вакцинація	25 348	14 478	57,1	26 352	7764	29,5	31 485	19 592	62,2
1 рік	18 330	11 255	61,4	16 465	5531	33,6	15 653	11 138	71,2
2 роки і старші	7018	3223	45,9	9887	2233	22,6	15 832	8454	53,4
Не щеплено	10 870		42,9	18 588		70,5	11 893		37,8
Ревакцинація	39 061	21 417	54,8	33 629	5759	17,1	50 103	15 835	31,6
6 років	21 029	15 014	71,4	18 185	4635	25,5	28 206	9478	33,6
7 років і старші	18 032	6403	35,5	15 444	1124	7,3	21 897	6357	29,0
Не щеплено	17 644		45,2	27 870		82,9	34 260		68,4
Кількість відмов проти вакцинації кору	140		0,8	123		0,4	317		0,9
Показник забезпечення вакциною відповідно до річної потреби	43 100		49,3	16 800		31,5	62 760		29,3
Не щеплено	28 514			46 458			46 153		

У 2010 р. показник виконання плану вакцинацій проти кору був низьким і становив 29,4%, у 2011 – 51,6%, у 2012 р. – 49,4%, у 2013 р. – 21,0%, 2014 р. – 45%. Найнижчий рівень охоплення вакцинацією та ревакцинацією був у 2016 р. – всього 26,5%. Таким чином в області сформувалася численна сприйнятлива до кору популяція. За підсумками 2017 р. щепленнями проти кору не було охоплено більше 46153 дітей.

Забезпечення потреб області вакциною для проведення планової імунізації з метою профілактики кору впродовж останніх трьох років залишалось недостатнім: 2015 р. – 49,3%; 2016 р. – 31,5%; 2017 р. – 29,3% від річної потреби.

Відмічалось також зростання кількості відмов батьків від щеплень дітей проти кору: у 2015 р. – 140 випадків відмов, у 2016 р. – 123; у 2017 р. – 317 відмов відповідно.

Висновки

На території Закарпатської області протягом 2010–2018 рр. відмічалися епідемічні зростання захворюваності кором з піками у 2012 р. та 2017–2018 рр.

Висока інтенсивність епідемічного процесу відмічалася у віковій групі дітей до 1 року (13-17%), які є нещеплені по віку, та серед дітей 1-4 років (44%). Загалом не мали щеплень проти кору 71% інфікованих, одне щеплення отримали 14%, а вакцинованих згідно календаря було 6,6%.

Показники охоплення дитячого населення як вакцинацією так і ревакцинацією проти кору у 2010–2017 рр. залишалися значно нижчими необхідного нормативного рівня у 95%-98%. Найнижчий рівень охоплення вакцинацією та ревакцинацією був у 2016 р. – всього 26,5% від запланованого.

Незадовільне забезпечення потреб медичних закладів області вакцинами проти кору (49,3% у 2015 р., 29,3% у 2017 р. від річної потреби), зростання кількості відмов батьків від проведення щеплень обумовили зниження, більше ніж у 2 рази від запланованого, охоплення населення вакцинацією проти кору та формування значного про шарку імунологічно незахищених дітей та дорослих сприяли виникненню останнього спалаху кору, який почався в серпні 2017 р. і триває по цей час.

Література

1. Головне управління статистики у Закарпатській області. Офіційний сайт. [Інтернет ресурс]. <http://database.ukrcensus.gov.ua>.
2. Державна служба статистики України. Офіційний сайт. [Інтернет ресурс]. <http://www.ukrstat.gov.ua>.
3. *Вакцинопрофілактика та її вплив на рівень захворюваності інфекціями, що керуються засобами специфічної імунізації* / Л.М. Чудна // Профілактична медицина. – № 1–2 (20). – 2013. – С. 9.
4. *Крамарев С. О.* Кір у дітей: актуальне питання сьогодення / С. О. Крамарев, В. В. Євтушенко, О. В. Виговська // Сучасні інфекції. – 2009. – № 3–4. – С. 82–86.
5. *Мойсеева Г. В.* Концепція елімінації кору в умовах України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук : спец. 14.02.02 «Епідеміологія» / Г. В. Мойсеева. – Київ, 2011. – 36 с.
6. *Некрасова Л. С.* Епідемічна ситуація щодо інфекцій, керованих засобами імунізації, у 2012 році / Л. С. Некрасова, В. М. Світа, М. А. Ємець // Інфекційні хвороби. – 2013. – № 2 (72). – С. 5–12.
7. *Серебренникова С. В.* Влияние иммунизации на заболеваемость и течение кори у детей: материалы IV Ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням, (Москва, 26 – 28 марта 2012 г.) / С. В. Серебренникова, Л. Г. Аистова, Я. В. Панько, Н. В. Сильчук. – М., 2012. – С. 341.
8. *Чумаченко Т.А.* Проблема элиминации кори в Украине / Т.А.Чумаченко, О.Б. Колокова, Л.Г. Везуб // Детские инфекции – 2007. – № 3. – С. 35–38.
9. *Шаханина И. Л.* Смертность от инфекционных болезней в различных регионах мира / И. Л. Шаханина, Е. П. Игонина, Н. И. Брико // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2006. – № 3. – С. 59–61.
10. *Brenzel L.* Vaccine-Preventable Diseases / L. Brenzel, L. J. Wolfson, J. Fox-Rushby [et al.] : In. : Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd edition) / D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham [et al.]. – New York: Oxford University Press, 2006. – P. 389–412.
11. *Minal K. Patel, MD1; Marta Gacic-Dobo, MSc1; Peter M. Strebel, MBChB1; Alya Dabbagh, PhD1; Mick N. Mulders, PhD1; Jean-Marie Okwo-Bele, MD1; Laure Dumolard, PhD1; Paul A. Rota, PhD2; Katrina Kretsinger, MD1; James L. Goodson, MPH3.* Progress Toward Regional Measles Elimination – Worldwide, 2000–2015 Weekly / November 11, 2016 / 65(44); 1228–1233.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.03.2018 р.

Изучение динамики заболеваемости корью и охвата профилактическими прививками против кори населения Закарпатской области

Е.И. Рубцова¹, Л.О. Зарембо², С.В. Оберемко²
¹ДВНЗ «Ужгородский национальный университет»,
 г. Ужгород, Украина
²Закарпатский областной лабораторный
 Центр МЗ Украины, г. Ужгород, Украина

Цель – исследовать динамику и особенности заболеваемости корью и охват профилактическими прививками против кори детей Закарпатской области.

Материалы и методы. Показатели отчетных форм №1 и №2 по инфекционной заболеваемости, компьютеризированная отчетная форма по иммунопрофилактике «УКРВАК-область», истории болезней пациентов ОКИБ, больных корью в 2012 году.

Результаты. 80% больных корью составляли дети. Болели преимущественно дети до 1 года (13–17%) и 1–4 лет (44%). 71% заболевших не были вакцинированы против кори. 76% всех больных принадлежали к сельскому населению. Значительно снизился охват населения вакцинацией против кори, наименьший показатель имел место в 2016 году – 26,5%. Снизилось также обеспечение медицинских учреждений вакцинами против кори до 29,3% в 2017 году.

Выводы. Неудовлетворительное снабжение медицинских учреждений вакцинами против кори, увеличение количества отказов от прививок привели к более чем двукратному снижению охвата населения вакцинацией против кори и формированию значительного слоя иммунологически незащищенных детей и взрослых. Эти процессы обусловили возникновение последней эпидемической вспышки кори, которая началась в августе 2017 года и продолжается до настоящего времени.

Ключевые слова: корь, заболеваемость, дети, охват вакцинацией.

A study of the dynamics of measles incidence and children's coverage of preventive measles vaccinations in the Transcarpathian region

E.I. Rubtsova¹, L.O. Zarembo², S.V. Oberemko²
¹SHEI "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine
²Transcarpathian Regional Laboratory Center
 of the Ministry of Health of Ukraine, Uzhhorod, Ukraine

The goal was to investigate the dynamics and characteristics of measles and coverage of preventive measles vaccinations in the children in the Transcarpathian region.

Materials and methods. Indicators of Form No. 1 "Report on selected infectious and parasitic diseases", data reporting and registration form No. 2 (annual report on infectious diseases), form No. 70 "Report on preventive vaccinations" in the Transcarpathian region, patients' histories of diseases of Regional Clinical Infectious Diseases Hospital with administered childhood infections in 2012.

Results. 80% of patients with measles were children. Mostly children under 1 year old (13–17%) and 1–4 years old (44%) were ill. 71% of the patients were not vaccinated against measles. 76% of all patients belonged to the rural population. The coverage of the population with vaccination against measles has decreased significantly, the smallest indicator was in 2016 – 26.5%. The provision of measles vaccines to medical facilities was also reduced to 29.3% in 2017. The coverage of the population by vaccination against childhood infections was reduced more than 2 times of the planned.

Conclusions. Inadequate provision of measles vaccines to health facilities, an increase in the number of vaccine failures led to a more than two-fold reduction in the coverage of measles vaccination and the formation of a significant layer of immunologically unprotected children and adults against measles. These processes caused the latest measles' epidemic outbreak, which began in August 2017 and continues until now.

Key words: measles, morbidity, children, immunization coverage.

Відомості про авторів

Рубцова Єлизавета Іллівна – доцент кафедри терапії та сімейної медицини ФПОДП УжНУ; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Зарембо Лариса Олексіївна, Оберемко Світлана Володимирівна – лікарі-епідеміологи Ужгородської МРФ Закарпатського обласного лабораторного Центру МОЗ України; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 614.2.001.73;618.3(477)

Г.О. Слабкий¹, О.О. Дудіна², Ю.Ю. Габорець²

Динаміка перинатальної і неонатальної смертності в період реформування системи охорони здоров'я України

¹Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета роботи – вивчити та проаналізувати динаміку перинатальної і неонатальної смертності в Україні за період реформування системи охорони здоров'я.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності за період 2014-2017 рр. При проведенні дослідження використано статистичний метод.

Результати та їх обговорення. Рівень перинатальних втрат у закладах перинатальної допомоги становить 8,5–8,7 на 1000 народжених живими і мертвими з коливанням показника в розрізі регіонів від 4,4 у м. Києві до 14,3 у Кіровоградській області. Рівень неонатальної смертності у закладах перинатальної допомоги становить 3,1-3,4 на 1000 народжених живими з коливанням показника в розрізі регіонів від менше 2,0 у Запорізькій, Миколаївській, Черкаській і Чернігівській до 7,0 у Львівській області.

Висновки. Регіоналізація перинатальної допомоги позитивно впливає на показники перинатальної і неонатальної смертності в Україні.

Ключові слова: перинатальна та неонатальна смертність, динаміка.

Вступ

З кінця ХХ сторіччя регіоналізація перинатальної допомоги з забезпеченням наступності та етапності у наданні перинатальної допомоги на основі чіткого розподілу закладів перинатальної допомоги за рівнями надання медичної допомоги, запровадження єдиних стандартів, рекомендацій та порядку госпіталізації і транспортування пацієнтів до різних рівнів закладів перинатальної допомоги (ЗПД) допомоги стала стандартом перинатального догляду [8, 9].

Наразі регіоналізація перинатальної допомоги (РПД) є найважливішою, організаційною моделлю на шляху оптимізації медичної допомоги матерям і дітям, яка забезпечує етапність надання перинатальної допомоги за трьома рівнями з урахуванням регіональних особливостей, своєчасність, доступність, адекватність, ефективність, безпечність перинатальної допомоги при раціональних витратах ресурсів системи охорони здоров'я і сприяє зниженню рівня материнської та перинатальної смертності, захворюваності та інвалідності новонароджених [6, 7].

В Україні доцільність переорієнтації перинатальної допомоги на трирівневу систему зумовлена низьким рівнем все ще низьким рівнем народжуваності (11,4‰ у 2012 р. і 10,3 у 2016 р.), не відповідаючим міжнародним стандартам станом здоров'я матерів і дітей, високими, незважаючи на значне зниження, у 2–3 рази вищими за середні показники у країнах Євросоюзу, у 2016 р. рівнями материнської (11,6 на 100 тис. народжених живими) та перинатальної (8,66 на 1000 народжених живими і мертвими) смертності [3].

У відповідності до концепції, затвердженої наказом МОЗ України від 02.02.2011 р. № 52 «Про затвердження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів концепції» [5], РПД повинна розглядатися як складова реформи галузі охорони здоров'я в цілому, а її метою є зниження материнської, перинатальної та малюкової захворюваності, інвалідності та смертності в Україні шляхом структурної реорганізації системи надання медичної допомоги жінкам під час вагітності та пологів, а також їх новонародженим дітям, підвищення рівня доступності та якості рододопомоги, її безпечності та економічного використання ресурсів [1].

Нині створена нормативно-правова база регіоналізації перинатальної допомоги, шляхи практичної реалізації трирівневої системи перинатальної допомоги та інструменти моніторингу і оцінки (МіО) її повноти та ефективності [2]. У ході впровадження РПД за підтримки міжнародних організацій розроблена і впроваджена система алгоритму ведення жінок і новонароджених з перинатальним ризиком, стратегія підготовки медичного персоналу для роботи в перинатальних центрах з питань перинатального догляду і виходжування новонароджених з дуже малою і надзвичайно малою масою тіла при народженні [4].

Станом на 31.12.2017 р. за даними МіО РПД трирівнева система перинатальної допомоги створена в переважній більшості, за виключенням Волинської, Закарпатської і Чернігівської областей, де відсутні ЗПД III рівня, регіонів України.

Мета роботи – вивчити та проаналізувати динаміку перинатальної і неонатальної смертності в Україні за період реформування системи охорони здоров'я

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності за період 2014–2017 рр. При проведенні дослідження використано статистичний метод.

Результати дослідження та їх обговорення

Одними із основних показників, які рекомендує ВООЗ для оцінки якості надання акушерської і неонатологічної допомоги, є перинатальна і неонатальна смертність

На сьогоднішній день згідно Європейської бази даних «Здоров'я для всіх» рівень перинатальної смертності (ПС) в Україні є вищим, ніж в країнах Євроregionу (7,36 на 1000 народжених живими і мертвими, 2013 р.) та Євросоюзу (6,09).

За даними МіО РПД рівень перинатальних втрат у ЗПД утримується на рівні 8,6 на 1000 народжених живими і мертвими (2014 р.), 8,5 (2015 р.), 8,2 (2016 р.) та 8,7 (2017 р.) з коливанням цього показника у 2017 р. від 14,3 у Кіровоградській, 10,2–11,2 у Дніпропетровській, Запорізькій, Львівській і Одеській до 5,2 у Житомирській, 4,9 у Миколаївській областях та 4,4 у м. Києві. (табл.).

Таблиця

Характеристика показників перинатальної і неонатальної смертності у ЗПД, 2014–2017 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Перинатальна смертність (на 1000 народжених живими і мертвими)				Неонатальна смертність (на 1000 народжених живими)			
	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.
Вінницька	8,1	7,4	8,2	8,6	4,7	2,6	2,3	2,2
Волинська	6,3	6,4	6,9	9,2	2,5	1,9	4,0	2,2
Дніпропетровська	10,4	10,1	10,2	10,4	2,8	2,6	2,8	2,8
Житомирська	7,8	6,7	5,8	5,2	4,3	3,1	2,7	2,8
Закарпатська	9,5	8,6	9,8	9,1	2,9	2,9	2,4	3,3
Запорізька	8,3	10,4	9,5	10,2	1,4	1,2	1,7	1,3
Івано–Франківська	6,5	6,0	7,0	7,7	3,3	2,4	3,0	2,7
Київська	7,9	7,6	7,7	8,8	1,5	1,7	2,3	2,4
Кіровоградська	10,0	9,9	11,7	14,3	2,0	4,1	2,6	6,6
Львівська	10,9	11,1	9,5	11,2	6,3	6,2	4,8	7,0
Миколаївська	8,0	8,7	5,6	4,9	2,2	2,3	1,4	0,4
Одеська	9,4	9,1	9,2	10,6	4,4	2,7	2,8	5,7
Полтавська	8,1	8,1	9,0	7,7	4,4	4,4	3,4	2,2
Рівненська	7,6	8,7	9,2	8,7	3,5	2,8	2,9	3,2
Сумська	8,9	8,2	8,1	8,5	2,9	2,8	2,3	3,6
Тернопільська	8,7	8,0	6,4	8,7	2,8	3,4	2,2	4,4
Харківська	10,1	10,2	9,0	9,3	2,9	3,7	5,0	3,3
Херсонська	10,1	9,4	11,1	9,0	4,2	5,1	4,5	3,3
Хмельницька	7,7	6,6	6,5	8,3	2,6	3,2	2,6	3,5
Черкаська	7,1	7,9	7,0	7,6	3,4	3,1	3,3	1,8
Чернівецька	8,4	7,2	7,7	8,9	3,1	2,7	3,6	4,2
Чернігівська	12,1	11,5	9,1	9,1	6,2	3,5	4,9	0,9
м. Київ	5,4	6,0	5,2	4,4	2,6	3,1	2,5	2,1
Всього	8,6	8,5	8,2	8,7	3,4	3,1	3,1	3,3

Очікувано рівень перинатальної смертності повинен зростати із збільшенням рівня ЗПД. Така залежність була характерна для діяльності ЗПД у 2014–2015 рр. Проте у 2016–2017 рр. коефіцієнт перинатальної смертності був найнижчим (6,0 і 5,9) у ЗПД II рівня при 6,5 та 6,8 у ЗПД I рівня і 16,7 та 18,5 у ЗПД III рівня. Очікувана залежність коефіцієнта перинатальної смертності від рівня закладу перинатальної допомоги у 2016–2017 рр. була виявлена лише у Дніпропетровській,

Івано–Франківській, Полтавській та Рівненській областях.

Рівень неонатальної смертності за даними моніторингу становив в цілому по ЗПД 3,4 на 1000 народжених живими у 2014 р., 3,1 у 2015–2016 рр. і 3,3 у 2017 р. з розбіжністю в розрізі регіонів у 2017 р. від менше 2,0 у Запорізькій і Миколаївській, Черкаській, Чернігівській до 7,0 у Львівській, 6,6 у Кіровоградській, 5,7 в Одеській областях. В цілому показник неонатальної

смертності у 2017 р. становив 2,2 у ЗПД I рівня, 1,8 у ЗПД II рівня і 8,6 у ЗПД III рівня. Очікувана залежність коефіцієнта неонатальної смертності від рівня закладу перинатальної допомоги у 2017 р. була виявлена лише у Дніпропетровській, Одеській, Полтавській, Рівненській та Чернігівській областях.

Об'єктивним критерієм забезпечення маршрутів пацієнток з високим перинатальним ризиком є концентрація госпіталізації пацієнток з ризиком перинатальної патології у ЗПД III-го рівня, що зумовлює велику частку плодово-малюкових втрат у цих закладах. Очікується, що при ефективному методичному регулюванні організації перинатальної допомоги у регіоні, частка перинатальних і неонатальних втрат у ЗПД III-го рівня із їх загальної кількості в регіоні обслуговування повинна наблизитися до 60–70%.

У 2014–2017 рр. частка перинатальних втрат у ЗПД III рівня в цілому в Україні становить 40,8–39,4–39,0–41,9% (рис. 1).

Наразі достатньою з питань забезпечення концентрації пацієнтів з високим ризиком перинатальних втрат можна вважати лише діяльність ЗПД Івано–Франківської, Львівської, Сумської, Тернопільської і Харківської областей, де у 2014–2017 рр. частка перинатальних втрат у ЗПД III рівня перинатальної допомоги із загальної кількості загиблих в регіоні становила $\geq 60\%$. Низьким, 30,0% і менше, залишається ІК перинатальних втрат у ЗПД III рівня Вінницької, Херсонської, Київської, Черкаської областей.

Аналіз розподілу неонатальних втрат у ЗПД різних рівнів засвідчив, що ІК цих втрат у ЗПД III рівня в цілому в Україні у 2014–2017 рр. становив 49,3–50,7–49,6–50,7% (рис. 2).

Більш високий індекс концентрації (ІК) у ЗПД III рівня неонатальних втрат може бути зумовлений включенням до цього показника неонатальних втрат не лише у самостійних ЗПД III рівня, а і у відділеннях для недоношених та хворих новонароджених дитячих обласних лікарень, які відносяться до закладів охорони здоров'я третинного рівня. Позитивно можна оцінити ефективність РПД щодо виконання маршруту пацієнтів з перинатальним ризиком у 2017 р. діяльність ЗПД Житомирської, Івано–Франківської, Львівської, Сумської, Тернопільської і Харківської областей, де ІК неонатальних втрат у ЗПД III рівня $\geq 75\%$. Потребує посилення робота з забезпечення маршрутів пацієнтів з високим ризиком неонатальної смертності у Дніпропетровській, Запорізькій, Київській, Одеській, Черкаській і Херсонській, областях де ІК неонатальних втрат у ЗПД III рівня становить $\leq 40\%$.

Дані проведеної реструктуризації ЗПД за їх рівнями наближаються до орієнтовних – у 2017 р. у ЗПД III рівня частота розроджень вагітних становила 19,2% у

ЗПД II рівня – 44,2%, у ЗПД I рівня – 36,6%. Забезпечена оптимальна доступність до високоспеціалізованої високотехнологічної перинатальної допомоги під час пологів вагітних з вадами серця (ІК у ЗПД III рівня 63,2%) та з хворобами системи кровообігу (ІК 49,5%) та задовільна доступність до спеціалізованої і високоспеціалізованої перинатальної допомоги у ЗПД II–III рівнів розроджень вагітних з тяжкими формами пре еклампсії та еклампсії – ІК 79,0%, з антенатальною загибеллю плода – ІК 69,3% та розроджень у ЗПД III рівня 60,7% немовлят з масою тіла при народженні 500–999 г і з 53,8% з масою тіла 1000–1499 г, у ЗПД II–III рівнів 73,9% з масою тіла 1500,0–2499 г. При цьому низьким, що не відповідає медичним стандартам супроводу та надання допомоги вагітним з перинатальним ризиком, залишається ІК розроджень вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня – 46,7%. Потребує суттєвого доопрацювання виконання маршрутів пацієнток з передчасними пологами у терміні 22–34 тижні вагітності у Закарпатській і Київській областях, де у ЗПД I рівня народжується 42,0% і 30,2% немовлят з масою тіла при народженні 500–1499 г.

Високим (4,4%) залишається і індекс неонатальних трансферів. Ефективність регіоналізації перинатальної допомоги підтверджується достатнім рівнем виживання немовлят з дуже малою масою тіла при народженні – з 64,2% у 2014 р. з масою тіла при народженні 500–999 г до 62,9% у 2017 р. і з 90,1% до 91,0% відповідно з масою тіла 1000–1499 г., при все ще високому рівні перинатальних втрат у ЗПД – 8,6 на 1000 народжених живими і мертвими у 2014 р. та 8,7 у 2017 р.

Висновки

Рівень перинатальних втрат у закладах перинатальної допомоги становить 8,5–8,7 на 1000 народжених живими і мертвими з коливанням показника в розрізі регіонів від 4,4 у м. Києві до 14,3 у Кіровоградській області. У 2017 р. коефіцієнт перинатальної смертності був найнижчим 5,9 у ЗПД II рівня при 6,8 у ЗПД I рівня та 18,5 у ЗПД III рівня.

Рівень неонатальної смертності у закладах перинатальної допомоги становить 3,1–3,4 на 1000 народжених живими з коливанням показника в розрізі регіонів від менше 2,0 у Запорізькій, Миколаївській, Черкаській і Чернігівській до 7,0 у Львівській області. Показник неонатальної смертності у 2017 р. становив 2,2 у ЗПД I рівня, 1,8 у ЗПД II рівня і 8,6 у ЗПД III рівня.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності регіоналізації перинатальної допомоги.

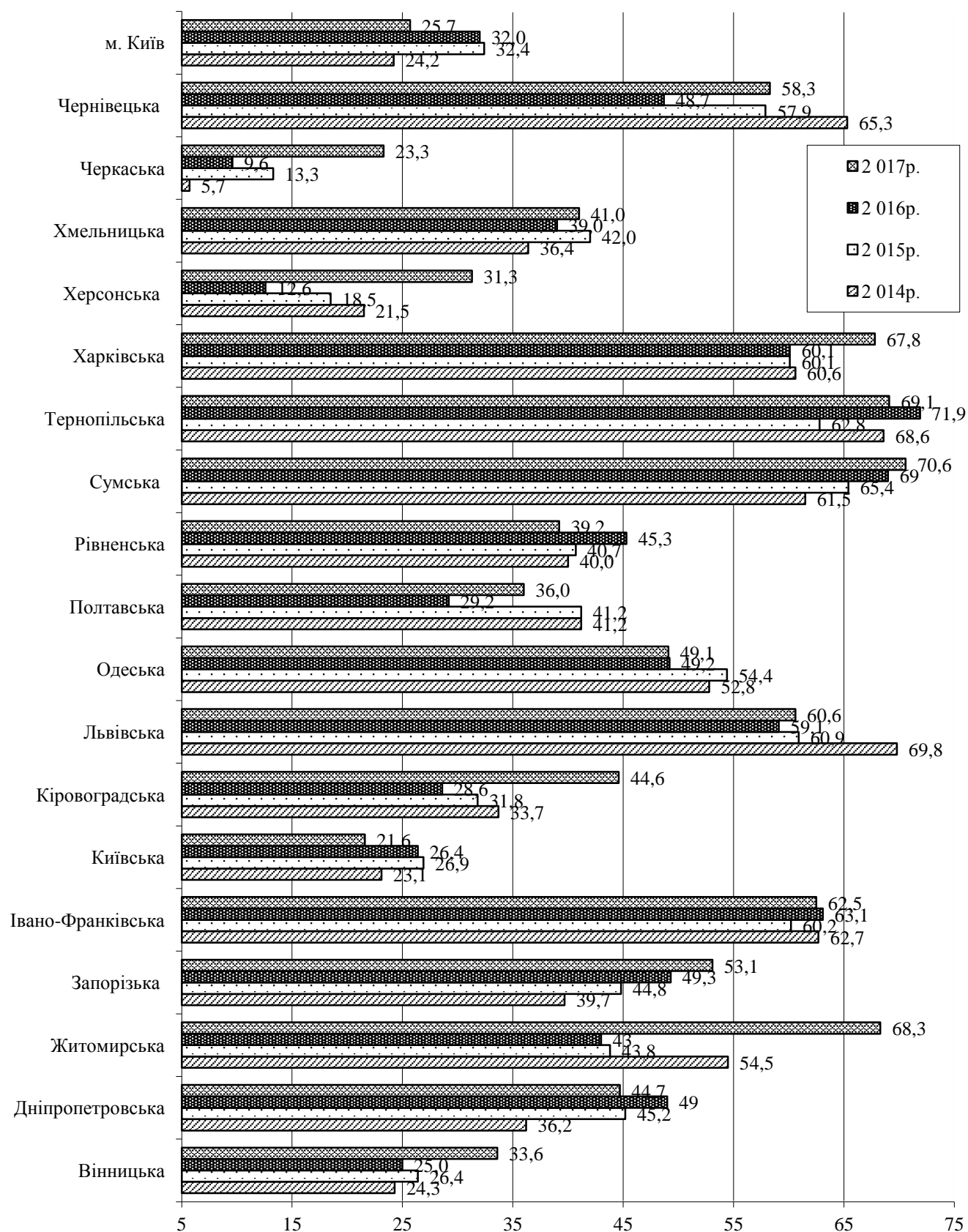


Рис. 1. Індекс концентрації перинатальних втрат у ЗПД III рівня, 2014–2017 рр., % від загальної кількості втрат у регіоні обслуговування

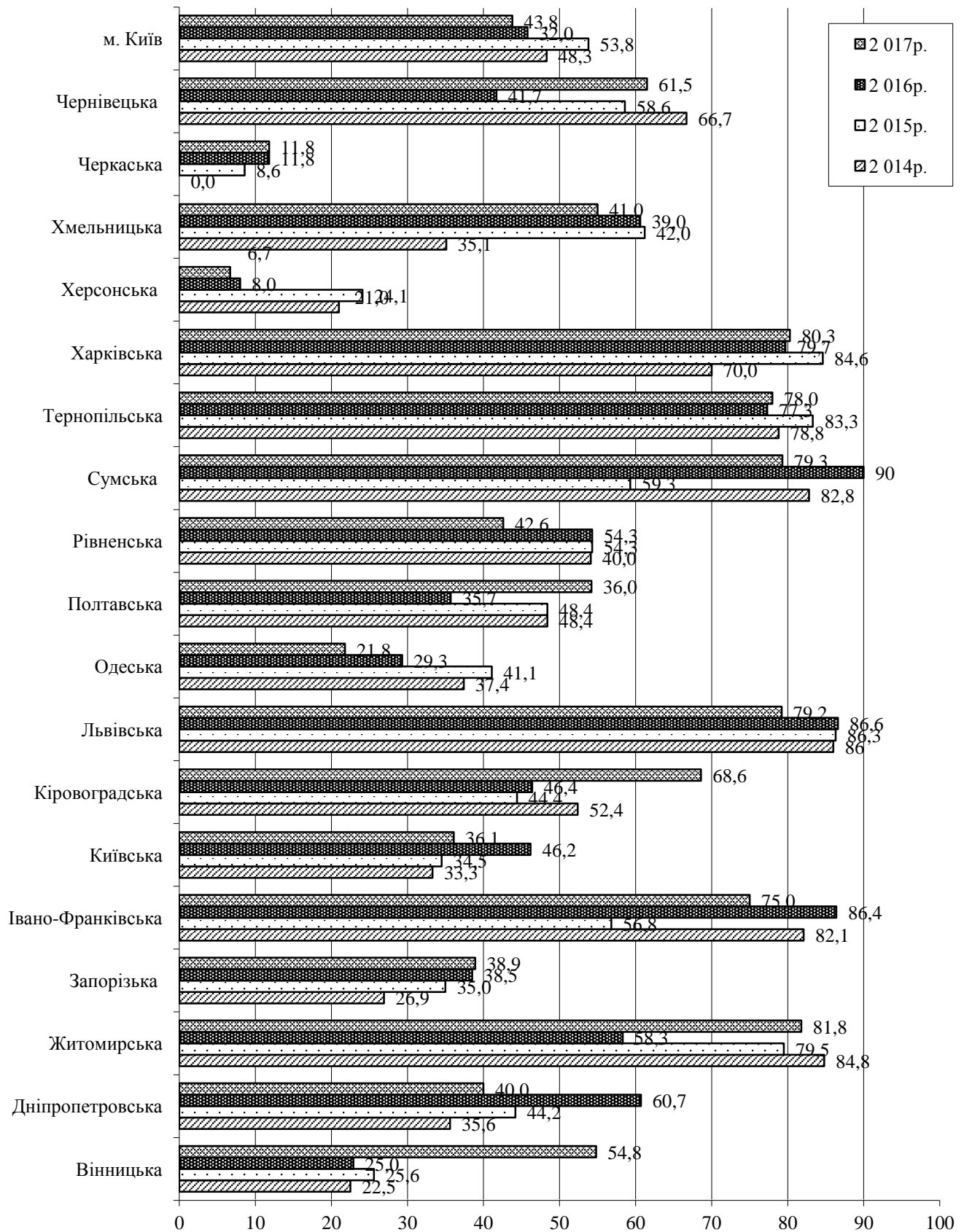


Рис. 2. Індекс концентрації неонатальних втрат у ЗПД III рівня, 2014–2017 рр.,% від загальної кількості втрат у регіоні обслуговування

Література

1. Дудіна О. О. Деякі питання доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги Україні / О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4. – С. 100–105.
2. Дудіна О. О. Нормативно-правове забезпечення регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / О. О. Дудіна, У. В. Волошина // Економіка і право охорони здоров'я. – 2015. – № 1 (1). – С. 64–69.
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. Стан регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Перинатологія і педиатрія. – 2015. – № 3. – С. 10–17.
5. Наказ МОЗ України від 02.02.2011 р. № 52 «Про затвердження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів концепції» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ12892.html– Назва з екрану.
6. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / МОЗ України; за ред. Р. О. Моїсеєнко. – К., 2012. – 135 с.
7. Перша глобальна стратегія ВООЗ в області репродуктивного здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://whqlibdoc.who.int>. – Назва з екрану.
8. AAP Committee on Fetus and Newborns: Guidelines for Perinatal Care: 7th edition / L. Riley, A. Stark eds., 2012.
9. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Levels of neonatal care // Pediatrics. – 2004. – Vol. 114 (5). – P.1341–1347.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.02.2018 р.

Динамика перинатальної і неонатальної смертності в період реформування системи здравоохоронення України

Г.А. Слабкий¹, Е.А. Дудина², Ю.Ю. Габорець²

¹Ужгородський національний університет,
г. Ужгород, Україна

²ГУ «Український інститут стратегічних досліджень МЗ України», г. Київ, Україна

Цель работы – изучить и проанализировать динамику перинатальной и неонатальной смертности в Украине за период реформування системы здравоохоронення.

Материалы и методы. Материалами исследования стали данные отраслевой статистической отчетности за период 2014–2017 гг. При проведении исследования использован статистический метод.

Результаты и обсуждение. Уровень перинатальных потерь в учреждениях здравоохоронення перинатальной помощи составляет 8,5–8,7 на 1000 рожденных живыми и мертвыми с разницей показателя в разрезе регионов от 4,4 в г. Киеве до 14,3 в Кировоградской области. Уровень неонатальной смертности в учреждениях здравоохоронення перинатальной помощи составляет 3,1–3,4 на 1000 рожденных живыми с разницей показателя в разрезе регионов от меньше 2,0 в Запорожской, Николаевской, Черкасской и Черниговской до 7,0 в Львовской области.

Выводы. Регионализация перинатальной помощи положительно влияет на показатели перинатальной и неонатальной смертности в Украине.

Ключевые слова: перинатальная и неонатальная смертность, динамика.

Dynamics of perinatal and neonatal mortality in the period of healthcare system reforming in Ukraine

G.O. Slabkiy¹, O.O. Dudina², Yu.Yu. Gaborets²

¹SHEI “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

²PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to study and analyze dynamics of perinatal and neonatal mortality in the period of healthcare system reforming in Ukraine.

Materials and methods. The data of sectoral statistical reporting for the period 2014–2017 were used as the materials of research. Statistical method was applied in the course of study.

Results and their discussion. The level of perinatal losses in perinatal care institutions reaches 8.5–8.7 per 1000 births alive and dead with differences depending on the region from 4.4 in Kyiv to 14.3 in Kirovograd region. The level of neonatal mortality in perinatal care institutions reaches 3.1–3.4 per 1000 live births, with differences depending on the region from less than 2.0 in Zaporizhzhya, Cherkasy, Mykolaiv and Chernihiv regions to 7.0 in Lviv region.

Conclusions. Regionalization of perinatal care shows positive impact upon the indices of perinatal and neonatal mortality in Ukraine.

Key words: perinatal and neonatal mortality, dynamics.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Дудіна Олена Олександрівна – к.мед.н., с.н.с., завідувач відділення охорони здоров'я матері і дитини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Габорець Юрій Юрійович – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК:616.248+616-003.826

В.С. Сухан

Коморбідний перебіг бронхіальної астми та ожиріння

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

Мета роботи – проаналізувати особливості генотипу та фенотипу у хворих з коморбідним перебігом бронхіальної астми та ожиріння.

Матеріали та методи. З метою виявлення особливостей бронхіальної астми з ожирінням проведено обстеження 108 хворих. Пацієнти були поділені на дві групи: до першої увійшли 50 хворих з нормальною масою тіла, до другої – 58 хворих з ожирінням.

Результати. Аналіз анамнезу захворювання виявив, що у 98% жінок хворих на бронхіальну астму з ожирінням початок хвороби припав на зрілий вік (50,9 років). Достовірно рідко в групі з ожирінням діагностувались алергічний риніт та еозинофілія. При аналізі показників функції зовнішнього дихання встановлено, що у хворих з ожирінням більш виражені рестриктивні порушення прохідності бронхів та більш значна обструкція дистальних бронхів, ніж у пацієнтів з нормальною масою тіла. В групі хворих з ожирінням більшість складала жінки, захворювання у них частіше ускладнювалось легеневою недостатністю II–III ступеня, емфіземою легень, та коморбідним станом – гіпертонічною хворобою. У цій групі хворих перебіг бронхіальної астми також частіше носив неконтрольований характер.

Висновки. Отримані дані дозволяють виділити фенотип хворих на бронхіальну астму з супутнім ожирінням.

Ключові слова: бронхіальна астма, ожиріння, фенотип, індекс маси тіла.

Вступ

Лікування коморбідних станів є одним із важливих та важких завдань в медичній практиці. Старіння населення, шкідливі звички, гіподинамія, нераціональне харчування, погіршення екологічної ситуації створюють умови постійного напруження адаптаційних механізмів організму сучасної людини і як результат – формування у неї одночасно декількох захворювань. Поширеність коморбідної патології серед пацієнтів складає 78,6% і частіше у жінок (82%) [2].

Одним із частих видів коморбідності є бронхіальна астма (БА) та ожиріння. Поширеність цих захворювань за останні роки значно зросла [5–7]. В GINA 2011 року БА відноситься до найбільш поширених захворювань (5–25% загальної популяції) з чіткою тенденцією до зростання. На БА хворіє близько 300 млн осіб, причому, в більшості пацієнтів вона погано або взагалі не контролюється, що вимагає пошуку нових підходів до лікування. Однією з причин поганого контролю вважається гетерогенність БА за механізмами, проявами та перебігом [1, 9]. На ожиріння страждає 30%, або 700 млн. людей у світі. Таким чином, сьогодні відмічається паралельне збільшення поширеності як БА, так і ожиріння у всьому світі [1, 3, 4].

Сучасні дослідження виявили серед хворих на БА 28–44% пацієнтів з ожирінням різного ступеня [10]. Ожиріння не тільки збільшує ризик виникнення БА, але й погіршує перебіг захворювання. У хворих з коморбідністю БА та ожиріння виявляються достатньо низькі показники астма-контролю. Поєднання БА та ожиріння може впливати на взаємне обтяження та формування «порочного» кола, до якого приєднуються інші патогенетичні механізми, що погіршують перебіг БА [3, 4].

Останнім часом привертають увагу спроби генотипування та фенотипування БА. Фенотипування набуває великого значення для визначення тактики лікування, особливо у призначенні глюкокортико-стероїдів. Багато вчених виділяють ожиріння як ознаку, за якою фенотипується БА [6, 8].

Мета роботи – проаналізувати особливості генотипу та фенотипу у хворих з коморбідним перебігом бронхіальної астми та ожиріння.

Матеріали та методи

На базі ДУ НПМЦ «Реабілітація» МОЗ України було проведено комплексне обстеження 108 хворих на БА. У всіх хворих ретельно збирався алергологічний анамнез, анамнез життя та захворювання. Проведено діагностичне та загальноклінічне обстеження. Функцію зовнішнього дихання (ФЗД) досліджували за допомогою комп'ютерного спірографа «Пульмовент-2», параметри порівнювали за віком, статтю та масою тіла. Індекс маси тіла (ІМТ) визначали за Кетле. Для визначення особливостей перебігу БА з ожирінням усі хворі були поділені на дві групи. До першої групи увійшло 50 хворих на БА з нормальною масою тіла ($ІМТ \leq 25 \text{ кг/м}^2$), до другої – 58 хворих на БА з ожирінням ($ІМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$).

Результати дослідження та обговорення

Середній вік у групі хворих з ізольованою БА склав $34,9 \pm 0,77$ років, а в групі хворих на БА з ожирінням – $53,7 \pm 0,95$ років. За гендерним складом у обох групах переважали жінки, але відсоток різнився і становив у другій групі 86,2% проти 68% – в першій.

При аналізі анамнестичних даних виявлено, що у 98% жінок з ожирінням початок хвороби припав на зрілий вік (50,9 років), давність захворювання складала $3,8 \pm 0,22$ роки. У 18 (36%) жінок з ожирінням БА проявилася на фоні клімаксу, у 12 (24%) – після проведення оперативних втручань з приводу гінекологічних захворювань. Тоді як, у 32 (64%) хворих на БА з нормальною масою тіла дебют захворювання відмічався у дитячому та юнацькому віці. У хворих на БА з ожирінням частіше спостерігалась легенева недостатність II–III ступеня (24,1%) та емфізема легень (17,2%) проти 10% та 4% відповідно у хворих з нормальною масою тіла.

Алергологічний анамнез вказав на обтяжену спадковість у 21 хворого (36,2%) та у 13 хворих (26%) частіше по материнській лінії у хворих з ожирінням та з нормальним ІМТ відповідно.

У хворих на БА з ожирінням запалення дихальних шляхів констатовувалося як неатопічне (96,6%), що підтверджувалося низьким рівнем еозинофілів у периферійній крові (2 – 3%) проти (5 – 7%) у хворих на БА з нормальною масою тіла. Прояви алергічного риніту виявлялись рідше у хворих з ожирінням (6,9%), ніж у хворих з нормальним ІМТ (40%).

Серед супутніх захворювань у хворих на БА з ожирінням часто діагностувалась гіпертонічна хвороба – 24,1% проти 4% хворих з нормальною масою тіла.

Показники ФЗД у хворих обох груп різнилися між собою. Порушення прохідності в бронхіальному дереві у осіб з ожирінням розвивались переважно за рестриктивно-обструктивним (змішаним) типом і діагностувалась у 89,7%, тоді як у хворих з нормальною масою тіла порушення носили більше обструктивний характер – 84%. Так, життєва ємність легень (ЖЄЛ) була істотно нижча у хворих на БА з ожирінням ($83,4 \pm 1,5$)%, ніж за умови нормальної маси тіла ($91,2 \pm 1,7$)%. Обструктивні зміни ФЗД також були більш виражені у

групі хворих на БА з ожирінням. Особливо різнились показники дистальної обструкції і істотно нижча МОШ75 була за умов ожиріння ($49,6 \pm 1,45$)% проти ($60,5 \pm 1,6$)% у осіб з нормальною масою тіла.

У хворих з ожирінням перебіг БА носив постійно персистуючий характер. Серед скарг у даній групі хворих переважали напади ядухи – у 86,2%; затруднене дихання – у 84,5%; головний біль – у 17,2% пацієнтів. Аускультативно у 77,6% хворих з ожирінням вислуховувались сухі хрипи. У групі хворих на БА за умови нормального ІМТ на напади ядухи скаржились 60% пацієнтів, на затруднене дихання – 78%, на вологий кашель – 54%. При аускультатії у 60% даних хворих діагностувались сухі хрипи. На підтримуючій глюкокортикостероїдній терапії у групі хворих з ожирінням знаходилось 34 (58,6%) пацієнта, тоді як, у групі хворих з нормальною масою тіла таких було 11 (22%) осіб. Такий самий відсоток склав неконтрольований перебіг БА.

Висновки

Отримані дані дозволяють однозначно генотипувати та фенотипувати хворих на БА з коморбідним ожирінням. У клініці доцільно виділяти кластер БА з ожирінням, що характеризується нееозинофільним генотипом запалення, частіше зустрічається у жінок з дебютом у зрілому віці, гіршими параметрами ФЗД з порушеннями прохідності бронхів за змішаним типом та потребує трьох або більше медикаментів для астма-контролю, один з яких є – інгаляційний глюкокортикостероїд.

Перспективи подальших досліджень – визначення тактики лікування та вивчення її ефективності у хворих фенотипу БА з коморбідним ожирінням.

Література

1. Венгер Я.И. Клинические и функциональные особенности бронхиальной астмы у детей с избыточной массой тела / Я.И. Венгер // Семейная медицина. – 2014. – № 5. – С. 90–93.
2. Верткин А.Л. Коморбидность – новая патология. Технология ее профилактики и лечения / А.Л. Верткин, Н.О. Ховасова // Архив внутренней медицины. – 2013. – № 4. – С. 68–72.
3. Минеев В.Н. Бронхиальная астма и ожирение: общие механизмы / В.Н. Минеев, В.И. Трофимов, Т.М. Лапаева // Клиническая медицина. – 2012. – № 4. – С. 4–10.
4. Перцева Т.А. Астма и ожирение: какова взаимосвязь? / Т.А. Перцева, Н.П. Нудьга // Український пульмонологічний журнал. – 2011. – № 1. – С. 61–64.
5. Победенная Г.П. К вопросу о коморбидной патологии: бронхиальная астма и ожирение / Г.П. Победенная, С.В. Ярцева // Астма та алергія. – 2014. – № 2. – С. 54–60.
6. Яшина Л.А. Бронхиальная астма у больных с ожирением – особый фенотип заболевания / Л.А. Яшина, С.Г. Ишук // Астма та алергія, – 2011. – № 4. – С. 46–49.
7. Association between obesity and asthma / Y. Okabe, Y. Adachi, T. Itazawa et al. // *Pediatr. Allergy Immunol.* – 2012. – Vol. 23, 6. – P. 550–555.
8. Bronchial asthma in obesity – a distinct phenotype of asthma? / D. Ziora, P. Sitek, E. Machura, K. Ziora // *Preumonol. Allergol. Pol.* – 2012. – Vol. 80, 5. – P. 454–462.
9. GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Update 2011 [Електронний ресурс] / Режим доступу : <http://www.ginasthma.org>.

10. Vortmann M. BMI and health status among adults with asthma / M. Vortmann // Obesity (Silver Spring). – 2008. – Vol. 16 (1). – P. 146–152.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.03.2018 р.

Коморбитность бронхиальной астмы и ожирения

В.С. Сухан

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

Цель – проанализировать особенности генотипа и фенотипа у пациентов с сочетанной болезнью бронхиальной астмы и ожирения.

Материалы и методы. С целью выявления особенностей бронхиальной астмы с ожирением проведено обследование 108 больных. Пациенты были разделены на две группы: в первую вошли 50 больных с нормальной массой тела, ко второй – 58 больных с ожирением.

Результаты. Анализ анамнеза заболевания показал, что у 98% женщин с ожирением, бронхиальная астма развилась в зрелом возрасте (50,9 лет). Достоверно редко в группе с ожирением диагностировались аллергический ринит и эозинофилия. При анализе показателей функции внешнего дыхания установлено, что у больных с ожирением более выражены рестриктивные нарушения проходимости бронхов и более значительная обструкция дистальных бронхов, чем у пациентов с нормальной массой тела. В группе больных с ожирением большинство составляли женщины, заболевания у них чаще осложнялось легочной недостаточностью II–III степени, эмфиземой легких, и гипертонической болезнью. В этой группе больных течение бронхиальной астмы также чаще носил неконтролируемый характер.

Выводы. Полученные данные позволяют выделить фенотип больных бронхиальной астмой с сопутствующим ожирением.

Ключевые слова: бронхиальная астма, ожирение, фенотип, индекс массы тела.

Comorbidity of bronchial asthma and obesity

V.S. Sukhan

SHEI “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to analyze the features of the genotype and phenotype in patients with a comorbidity of bronchial asthma and obesity.

Materials and methods. In order to identify the features of bronchial asthma with obesity, 108 patients were examined. Patients were divided into two groups: the first included 50 patients with normal body weight, the second – 58 patients with obesity.

Results. Anamnesis analysis revealed that in 98% of women with bronchial asthma with obesity, the onset of the disease fell to a mature age (50.9 years). Relatively rarely in the obesity group, allergic rhinitis and eosinophilia were diagnosed. In analyzing the indicators of the function of external respiration, it has been established that in obese patients, restrictive bronchoconstriction disturbances and more significant distal bronchial obstruction are more pronounced than in patients with normal body mass. In the group of obese patients, the majority were women, the disease was more often complicated by pulmonary insufficiency II–III degree, emphysema of lungs, and comorbid condition – hypertension. In this group of patients, the course of bronchial asthma was also more often uncontrollable in nature.

Conclusions. The obtained data allow to distinguish the phenotype of patients with bronchial asthma with adjunctive obesity.

Key words: bronchial asthma, obesity, phenotype, body mass index.

Відомості про автора

Сухан Вікторія Семенівна – к.мед.н, доц., доцент кафедри нейрореабілітації із курсами медичної психології, пульмонології та фтизіатрії, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 614.2:303.4(477)

*П.М. Клименко, С.М. Ханенко, Т.В. Бутківська, Г.В. Гусева, І.Д. Шкробанець,
О.С. Коваленко, Т.І. Чабан, В.М. Дольник, І.В. Найда, А.П. Гук, І.С. Демченко,
С.В. Клименко, С.А. Малишевський, Е.О. Данилюк, Д.П. Кекух, А.Ю. Кнерцер, А.В. Деняк*

Засади національної стратегії охорони здоров'я України

**Громадська організація «Українська асоціація сприяння охороні здоров'я населення» (Київське відділення),
м. Київ, Україна**

Прогресивний розвиток системи охорони здоров'я, як складової державної політики й національної безпеки, сприяє гармонізації нації, її духовному піднесенню, розвитку людського капіталу, а також зміцненню політичної і соціальної стабільності в державі.

За оцінкою Європейського регіонального бюро ВООЗ, сучасний стан здоров'я української нації характеризується низьким рівнем тривалості життя, вкрай високими показниками захворюваності та смертності, відсутністю можливості отримувати громадянами України належну медичну допомогу.

Організаційні, правові, фінансові, управлінські, економічні, структурні, кадрові, інформаційні та інші фундаментальні помилки заважають Україні отримувати вигоду від власного людського капіталу та заважають проведенню комплексу економічних і соціальних заходів, які прямо або побічно сприяють досягненню найвищого рівня здоров'я українців і збільшенню тривалості їх якісного життя.

Єдиний шлях розв'язання системних проблем у сфері охорони здоров'я – це стратегічно орієнтована державна політика, основним завданням якої є визначення здоров'я громадянина (людини) одним з основних пріоритетів держави, створення, розвиток та забезпечення функціонування новітньої національної системи охорони здоров'я, а стрижневою ідеєю такої Стратегії має стати забезпечення цивілізаційного прогресу на засадах людиноцентричності, національної безпеки та духовності.

Необхідно сформувати в суспільстві пріоритет індивідуального і колективного здоров'я, як вирішального фактора національної безпеки й запоруки успішного розвитку країни, та закріпити це в законодавстві як прямий обов'язок і відповідальність кожного дієздатного громадянина й роботодавця.

Засади Національної стратегії охорони здоров'я України розроблено на основі документів: Цілі сталого розвитку ООН 2016–2030 рр.; Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами; Посібники ВООЗ: «Аналіз (моніторинг, оцінка та огляд) національних стратегій в галузі охорони здоров'я» та «Моніторинг складових елементів системи охорони здоров'я: збірник показників і

методик їх вимірювання»; «Міжнародні профілі системи охорони здоров'я» Фонду Співдружності.

Вони формують основу для оцінки та перегляду наявних програм, регуляторних механізмів та розроблення нових законопроектів, підзаконних актів і системно-комплексних планів для модернізації й перебудови системи охорони здоров'я.

Новітня національна система охорони здоров'я має базуватися на засадничих принципах, котрі є фундаментальними і такими, що мають застосовуватися в усіх секторах охорони здоров'я та мають бути відображеними на кожному наступному етапі побудови та розвитку системи охорони здоров'я, а саме: системний комплексний розвиток та інтегрованість, децентралізація, безпека, доступність, публічність, якість, превентивність.

Формування й реалізація Національної стратегії охорони здоров'я України на даних принципах має здійснюватися по шести компонентах, визначених ВООЗ: медична допомога та медичні послуги, трудові ресурси охорони здоров'я, інформаційні системи охорони здоров'я, фінансування, доступ до основних лікарських засобів і медичних виробів, лідерство/управління.

Медична допомога та медичні послуги

Медична допомога – це діяльність направлена на охорону здоров'я, профілактику захворювань (регулярні профілактичні й стоматологічні огляди, огляди дитини, основні щеплення, огляди для лікування хронічних захворювань, скринінг раку), екстренну медичну допомогу, стаціонарне та амбулаторне лікування, послуги спеціалістів, охорону психічного здоров'я, догляд за зубами, фізіотерапію, реабілітацію, хоспіси, паліативну допомогу, фармацевтичну допомогу, експертизу неприцездатності.

Медична допомога – загальнолюдська категорія без вартісної оцінки та не є економічною категорією.

Медична допомога складається з набору медичних послуг.

Медична послуга це комплекс дій Надавача медичних послуг при наданні медичної допомоги (діагностичних, лікувальних, пов'язаних із забезпеченням медикаментами та засобами медичного призначення, спрямованих на відновлення працездатності, одужання, тривале покращення стану здоров'я, тощо), що має

вартісну оцінку кожної такої дії (праця, медикаменти, інші затрати на надання медичної допомоги) та підлягає оплаті.

Основна мета медичних послуг, як ключового компоненту системи охорони здоров'я, полягає в ресурсному забезпеченні медичної допомоги для універсальності покриття та справедливості доступу до медичної допомоги.

Медина послуги в системі охорони здоров'я мають відповідати базовим принципам: повнота, доступність, покриття, безперервність, якість, координація, підзвітність надання медичних послуг, відповідальність при наданні медичних послуг, концентрація на особі пацієнта.

При цьому необхідно досягнути загального охоплення послугами охорони здоров'я.

Медична допомога надається відповідно до галузевих стандартів (протоколів) надання медичної допомоги.

Ресурсне забезпечення медичної допомоги (медичні послуги та їх оплата) відбувається на основі обліку медичних послуг при наданні медичної допомоги за медико-економічними стандартами складеними та розрахованими на підставі галузевих стандартів (протоколів) надання медичної допомоги.

Первинна медико-санітарна допомога надається лікарями загальної практики та фахівцями з амбулаторної допомоги, які в переважній більшості ефективних систем охорони здоров'я мають статус приватнопрактикуючих, об'єднаних відповідно до закону в асоціації, що є підрядниками від імені своїх членів у взаємовідносинах з страховими організаціями.

Пацієнти мають право вільного вибору лікаря загальної практики, спеціаліста та у випадку стаціонарної допомоги – лікарні. Комунікації пацієнтів між лікарями первинної медико-санітарної допомоги та іншими фахівцями і лікарнями організуються лікарями з урахуванням необхідності оптимальних результатів.

Спеціалізована амбулаторна, стаціонарна медична допомога здійснюється у державних та приватних лікарнях медичних округів, а також в Національних медичних центрах. До лікарень округів пацієнти направляються від лікарів первинної медико-санітарної допомоги або за потреби надання екстреної, або невідкладної допомоги хворому за самозверненням. До Національних медичних центрів пацієнти направляються від лікарів медичних округів (первинної або вторинної ланки) або за потреби надання екстреної або невідкладної допомоги хворому за самозверненням.

Якість медичних послуг має забезпечуватися за допомогою наступних механізмів: обов'язкове ліцензування, сертифікація, стандартизація і безпосередньо контроль якості, який передбачає внутрішній та зовнішній аудит; акредитація може бути як обов'язковою, так і добровільною.

Контроль якості та оцінку медичних технологій має здійснювати Національна агенція, яка не підпорядкована МОЗ і укомплектована фаховими експертами із відповідним досвідом роботи.

Побудова сучасної системи громадського здоров'я можлива за умови прийняття відповідного спеціального

закону, який буде регулювати сферу громадського здоров'я, а також стратегій за певними напрямками громадського здоров'я, а саме: біологічної безпеки, розвитку національної системи крові, контролю за неінфекційними хворобами, а також стримування стійкості до протимікробних засобів. Дієвим механізмом дотримання прав пацієнтів є запровадження інституту омбудсмена з прав пацієнтів.

Відповідно до Угоди про асоціацію з ЄС, Україна має чіткі зобов'язання у сфері громадського здоров'я. В рамках євроінтеграції необхідно довести українські стандарти профілактики захворювань та надання медичної допомоги до європейських. Тоді буде змога працювати в рамках єдиної системи, бачити тенденції, успішно долати епідемії та припиняти наростання негативної статистики вже в зародку. Передусім «громадське здоров'я» як категорія в рамках реформи охорони здоров'я пліч-о-пліч йде з категорією «профілактика і запобігання». І сама суть реформи громадського здоров'я полягає у запровадженні принципу «Здоров'я у всіх стратегіях».

Трудові ресурси охорони здоров'я

Медичні кадри є однією з найважливіших складових ресурсів охорони здоров'я будь-якої країни, які забезпечують ефективність діяльності медичної сфери в цілому, що робить трудовий потенціал пріоритетом у функціонуванні охорони здоров'я як системи, де кадрова політика будується з урахуванням національних потреб, оптимальних заходів управління персоналом та позитивного світового досвіду.

Міжнародний досвід свідчить про те, що серед організаційних змін, метою яких є підвищення ефективності системи охорони здоров'я, найбільшого успіху досягають дії, що проводяться в галузі управління трудовими ресурсами.

Ми маємо домогтися відновлення в Україні престижу професії лікаря через формування й реалізацію нових вимог до його професійності й відносин з замовниками медичних послуг та роботодавцями.

Мета кадрової політики – підготувати працівників потрібної кваліфікації, поставити їх в потрібне місце і дати потрібне завдання. І при цьому зберегти гнучкість з метою реагування на кризові ситуації, вирішувати існуючі проблеми і передбачати майбутні події.

Ми маємо зростити працівника, який:

- має здібності до професії, а також мотивацію до цієї роботи;
- успішно вирішує завдання, згідно зі своїми службовими обов'язками;
- задоволений працею та соціальним статусом;
- досягає бажаних для суспільства результатів шляхом якісного виконання своїх функціональних обов'язків;
- використовує сучасні технології,
- засвоює норми, еталони професії (нормативні критерії) та використовує їх у щоденній професійній діяльності;
- виконуючи професійні обов'язки, розвиває індивідуальність;

- досягає необхідного рівня особистісних якостей, професійних знань і вмінь;
- відкритий для фахового навчання, здобуття досвіду та здатний адаптуватися до змін;
- відданий професії;
- соціально активний;
- готовий до якісної та кількісної оцінки власної праці.

Для досягнення мети кадрової політики пропонується використання ціннісно-цільового та компетентнісного підходів, як складових процесу постійного вдосконалення, що забезпечує якісне функціонування усієї системи трудових ресурсів та ефективну діяльність установ охорони здоров'я сьогодні і на перспективу.

Такі підходи дозволяють визначити принципи і цінності політики трудових ресурсів, чітко визначити цілі, які стоять перед кадровим забезпеченням галузі, створити професійну модель сучасного фахівця та його професійний образ.

Керівники усіх рівнів мають бути зорієнтовані на:

- реальне управління людьми через оптимізацію їх трудової діяльності;
- готовність працювати на результат у рамках цілісної системи виховання;
- впровадження інноваційних методичних прийомів і відповідної матеріальної бази для забезпечення професійного, духовного, інтелектуального, фізичного й соціального розвитку працівників, створення здорового творчого середовища в колективах.

В цілому стратегічне планування та розроблення політики у сфері трудових ресурсів охорони здоров'я має ґрунтуватися на таких складових:

- Оцінка існуючого стану медичних кадрів і потенціалу.
- Планування кадрових ресурсів.
- Комплексна інформаційна система охорони здоров'я.
- Управління людським капіталом охорони здоров'я.
- Визначення пріоритетних потреб і дій на основі існуючого стану кадрових ресурсів охорони здоров'я.
- Впровадження професійного медичного самоврядування.
- Здійснення системного державного протекціонізму в масштабному розвитку приватної лікарської практики під гаслом: «Від тотальної залежності до ефективної самореалізації».
- Формування регіональних програм створення нових робочих місць для лікарів первинної медичної допомоги відповідно до прогнозних потреб.

Розвиток трудового капіталу охорони здоров'я має здійснюватись на основі розроблення і прийняття Концепції кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні, стратегічних планів з визначеними короткостроковими і довгостроковими цілями моніторингу і бути адаптованим до головних змін в секторі охорони здоров'я та узгодженим з більш широкими стратегіями соціально-економічного розвитку.

Основні показники функціонування кадрового забезпечення галузі:

Рекомендований ключовий показник

1: Кількість працівників охорони здоров'я на 10 тис. населення

Рекомендований ключовий показник

2: Розподіл працівників охорони здоров'я за професією/спеціалізацією, регіоном, місцем роботи і статтю;

Рекомендований ключовий показник

3: Щорічна кількість випускників медичних освітніх установ на 100 тис. населення, з градацією за рівнем освіти і спеціалізацією.

Важливими показниками для оцінки стану справ з кадровим забезпеченням системи охорони здоров'я є також показники, які віддзеркалюють систему управління кадровими ресурсами.

Серед інших показників, які характеризують наявний стан та прогноз на покращання ситуації, варто виділити ще такий значущий для суспільства показник, як частка видатків на оплату праці медичного персоналу (у порівнянні із розміром прожиткового мінімуму та розміром середньої заробітної плати в економіці).

Інформаційні системи охорони здоров'я

Стратегія електронного здоров'я не є стратегією інформаційних технологій, а напрямком для клінічних змін і перетворень, підтримуваних технологією. Стратегія базується на існуючих стратегіях, що реалізуються в Україні, включаючи електронне урядування, стратегії цифрової економіки, світових досягнень доказової медицини тощо.

Ключовим елементом створення є національне бачення електронної охорони здоров'я. Це пояснює, чому існує національне бачення необхідності мати електронне здоров'я, який план національного електронного здоров'я повинен бути, і як це буде зроблено та створення прозорі «дорожньої карти» по його реалізації.

Метою створення електронної охорони здоров'я України є отримання обґрунтованої і достовірної інформації, що повинна бути основою для прийняття рішень по всіх блоках системи охорони здоров'я.

Електронна охорона здоров'я – комплекс програмно-технічних засобів і технологій пов'язаних між собою засобами передачі даних, об'єднаних спільною ідеологією, підходами класифікаторами та іншими засобами, що забезпечують цілісну структуру управління охороною здоров'я на основі єдиних процедур збору, обробки, агрегації та аналізу даних і інформації.

Основними пріоритетами в розвитку електронної охорони здоров'я в Україні повинні бути:

1. Створення державного та регіональних дата-центрів, де держава візьме на себе відповідальність за збереження і поширення інформації про пацієнта, захист інформації про нього, створення прозорих «правил гри» на ринку електронних медичних послуг,

2. Створення стандартів зберігання, передачі інформації в електронній системі охорони здоров'я.

Проведення постійної роботи щодо гармонізації міжнародних стандартів з медичної інформатики, що дасть можливість здійснення взаємозв'язків між усіма державними та приватними закладами та установами охорони здоров'я в Україні та за кордоном.

3. Інформація про здоров'я, яка доступна кожному пацієнтові, де б він не знаходився, інформацією, можна обмінюватися належним чином.

Кожен українець має право мати електронний запис про своє здоров'я. Пацієнти та споживачі матимуть доступ до своєї інформації про здоров'я в будь-який час в Інтернеті та через мобільні додатки.

4. Отримання високоякісних статистичних даних про стан здоров'я населення України та діяльність системи охорони здоров'я, які можна використовувати з упевненістю для здійснення прогнозування та планування роботи галузі.

5. Краща доступність до рецептів та інформації про ліки. Пацієнти та постачальники медичних послуг в Україні повинні мати безпечне та зручне цифрове управління ліками. Всі пацієнти та медичні працівники повинні мати доступ до комплексної інформації про їх призначені та наявність ліків через систему електронних рецептів.

6. Методи спостережень за цифровими параметрами стану здоров'я пацієнтів, які підвищують доступність, якість, безпеку та ефективність. Стратегія пропонує ряд новаторських ініціатив та інновацій, для тестування цифрових даних на основні пріоритетів в галузі охорони здоров'я. До них відносяться:

- підтримка роботи медичних закладів у напрямку управління хронічними захворюваннями;
- розробка нових цифрових послуг для підтримки здоров'я немовлят та дітей;
- вдосконалення цифрових послуг для планування профілактичної допомоги;
- покращення обміну інформацією у екстреній та невідкладній медичній допомозі;
- розширення доступу до телемедичних послуг, особливо в сільській місцевості;
- створення сприятливих умов для розробників ІТ в охороні здоров'я та медицини.

7. Підготовка працівників, які впевнено використовують цифрові медичні технології для забезпечення здоров'я та догляду.

Фінансування

Стратегія ВООЗ визначає основним показником функціонування системи охорони здоров'я – фінансування та стабільність джерел надходження коштів.

За функціями фінансування системи охорони здоров'я здійснює мобілізацію, накопичення і розподіл коштів, (збір, об'єднання і закупівля послуг), які спрямовуються на задоволення індивідуальних і колективних потреб громадян в якісних медичних послугах необхідного обсягу.

Належне фінансування системи охорони здоров'я – це насамперед забезпечення прав на ефективне і доступне для всіх громадян медичне обслуговування.

Основою ефективного функціонування системи охорони здоров'я є дотримання наступних принципів: загальне охоплення послугами охорони здоров'я населення; забезпечення фінансової стійкості системи; рівність доступу до медичної допомоги та медичних послуг кожного громадянина; солідарна участь у фінансуванні охорони здоров'я з легальним спів фінансуванням громадянами отриманої медичної допомоги; контроль за наданням медичної допомоги; якість та достатній обсяг медичного обслуговування.

Мета фінансування охорони здоров'я – отримати та надати у розпорядження системи фінансові ресурси, встановити відповідні фінансові принципи для надавачів та постачальників послуг, що можуть забезпечити гарантії щодо рівного доступу всіх громадян до медичних послуг.

В системі фінансування охорони здоров'я необхідно визначити її основні показники і використовувати їх для здійснення моніторингу і оцінки стану її функціонування.

За рекомендаціями ВООЗ основними показниками стану фінансування системи охорони здоров'я є:

- Загальні витрати на охорону здоров'я. Цей показник відображає загальну інформацію про наявність певної суми коштів на охорону здоров'я.

- Загальні державні витрати на охорону здоров'я як частка загальних державних витрат (в т.ч. публічні (позабюджетні) кошти). Цей показник свідчить про фінансування охорони здоров'я і прихильність державної виконавчої влади (уряду) до фінансування охорони здоров'я.

Співвідношення витрат домогосподарств (витрат із власної кишені) на охорону здоров'я до загальних витрат на охорону здоров'я. Це показник відображення фінансового ризику квінтілії (частки) витрат громадян власних коштів до загальних витрат на охорону здоров'я. Саме цей показник є основним індикатором ефективності функціонування системи і повинен бути об'єктом моніторингу, аналізу і оцінки показників для визначення моделі і структури фінансування охорони здоров'я.

Використання фінансових показників дозволяє здійснити реальну оцінку стану системи охорони здоров'я в державі, визначити ефективність моделі її фінансування, своєчасно визначити необхідність змін в її структурі. Це є суттєвим чинником реалізації політики в галузі охорони здоров'я щодо прийняття рішень про те, як залучити кошти, як об'єднати їх і як використати їх справедливо і ефективно. Здійснення моніторингу і оцінки показників є виразним поштовхом до прийняття рішення урядом щодо трансформації фінансування охорони здоров'я в тому числі в частині джерел фінансування і фінансуючих організацій.

Згідно з Національними рахунками охорони здоров'я (НРОЗ) у 2016 році (www.ukrstat.gov.ua):

1. Загальні витрати на охорону здоров'я в Україні склали 181 594,9 млн грн (7 107,1 млн US\$). Валовий внутрішній продукт (ВВП) у фактичних цінах становив 2 383,182 млн грн (93 270,5 млн US\$). При цьому загальні витрати на охорону здоров'я склали 7,62% від ВВП.

2. Державні витрати на охорону здоров'я склали 44,8% та склали 81 354, 5 млн грн.

3. Співвідношення витрат домогосподарств (витрат із власної кишені) на охорону здоров'я до загальних витрат на охорону здоров'я становило 52,8%, що фактично склало 95 882,1 млн грн.

Аналіз вищевказаних показників свідчить про те, що загальні витрати на охорону здоров'я за період 2009–2016 рр. в гривневому еквіваленті збільшувались, а

відповідно в доларовому зменшувались. Враховуючи специфіку галузі і її залежність від поставок іноземних обладнання, сировини, реактивів, препаратів тощо, очевидно, що збільшення загальних витрат на охорону здоров'я не відбулось.

В розподілі загальних витрат за джерелами фінансування державні витрати зменшувались, а витрати домогосподарств (у вигляді нелегалізованого обігу грошей) помітно збільшувались.

Загальні витрати на охорону здоров'я, млн (грн/US\$)

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
71 410,8/ 9 167,0	84 741,8/ 10 673,1	95 713,7/ 12 009,2	108 947,1/ 13 635,4	115 757,0/ 14 487,71	117 754,6/ 9 903,7	155 219,5/ 7 107,1	181 594,9/ 7 107,1

Розподіл загальних витрат за джерелами фінансування, %

Види витрат	22009	22010	22011	22012	22013	22014	22015	22016
Державні витрати	54,7	56,3	55,3	57,2	56,2	51,7	48,7	44,8
Домогосподарства	42,4	40,8	41,9	40,2	41,1	46,0	49,3	52,8

www.ukrstat.gov.ua

В країнах з низьким рівнем доходів (до яких відноситься Україна) за рекомендаціями ВООЗ сукупні витрати на охорону здоров'я повинні збільшуватись як в абсолютному значенні, так і у відсотках в той час як частка домогосподарств, що переживає катастрофічні виплати з власної кишені повинна знижуватись. Зростання відсотка витрат домогосподарств – це підвищення відсотка збіднілих людей в державі. За висновками ВООЗ рівень витрат громадян на охорону здоров'я з власної кишені, який перевищує 40% рівня доходів домогосподарств за вирахуванням потреб на існування є катастрофічним. Потреби на існування визначаються як середні витрати сім'ї на харчування по країні. Світовий банк визначає катастрофічні витрати на охорону здоров'я в розмірі 10% від загального доходу домогосподарства.

Таким чином, існуюча в Україні система фінансування охорони здоров'я, яка в основному залежить від сплачених податків функціонує майже незалежно від приватних витрат громадян, що порушує одну із основних конституційних норм та принципів фінансування системи охорони здоров'я – доступність отримання громадянами медичних послуг. Наведені зростаючі темпи витрат домогосподарств в структурі джерел фінансування вимагають негайного реагування та створення умов для ефективного залучення додаткових публічних джерел фінансування з посиленою (не катастрофічною для домогосподарств) співучастю громадян у фінансуванні охорони здоров'я.

Зрозуміло, що збільшення державних витрат на фінансування охорони здоров'я та залучення додаткових публічних джерел фінансування без зміни інфраструктури і принципів фінансування самої інфраструктури не приведе до зміни наявної ситуації.

Тому сьогоднішня система фінансування охорони здоров'я в Україні потребує ефективного використання

наявних ресурсів, залучення публічних системних фінансових ресурсів (обов'язкове медичне страхування) та перерозподіл в частині джерел фінансування і фінансуючих організацій.

Необхідність збільшення витрат на охорону здоров'я у сполученні з обмеженими можливостями держави щодо збільшення обсягу коштів та наявні зростаючі обсяги особистих витрат громадян спонукає до необхідності трансформації та реформування існуючої структури фінансування системи охорони здоров'я та створенні її нової моделі.

Безоплатне медичне обслуговування суперечить життєвим реаліям – людській природі як споживачів так і надавачів медичних послуг.

Витрати та посилене спів фінансування необхідно віднести на конкретну людину (персоналізувати) і таким чином запобігти зловживанням.

Гарної якості медичних послуг без надмірних витрат на них можна досягти тільки поділивши витрати між державою, публічними фінансами та громадянином.

Альтернативою катастрофічним обсягам витрат «домогосподарств» (нелегальному обігу грошей) в секторі охорони здоров'я України має стати гармонійний розвиток добровільного і обов'язкового медичного страхування.

Разом з цим гарантованим безпечним механізмом легального співфінансування витрат на медичні послуги має стати накопичувальна система особистих рахунків дієздатних громадян, які формуються з першого робочого дня і регулюються законом.

Пришвидшити терміни виконання цього завдання можливо за рахунок збалансованої співпраці всіх зацікавлених учасників через формування механізмів законодавчої координації взаємодії між джерелами фінансування.

Зважаючи на міжнародний досвід розвитку систем охорони здоров'я, рекомендації ВООЗ, оцінку і результат

існуючої системи охорони здоров'я в Україні, а також враховуючи, історико-культурні та соціально-політичні особливості і фінансово-економічний стан розвитку держави доцільним та ефективним є перехід до багатоканальної системи фінансування охорони здоров'я, яка ґрунтується на принципах соціального страхування та державно-приватного партнерства. Така модель фінансування охорони здоров'я ефективно функціонує в Німеччині, Нідерландах, Франції, Сінгапурі, Ізраїлі, Польщі, Молдові, та інших країнах.

Для досягнення вищезазначеної мети та цілей необхідно визначити та реалізувати:

1. Оптиміальне співвідношення кожного із джерел фінансування охорони здоров'я України, а саме:

1. Частка коштів державного бюджету – до 30% (перерозподіл загальних непрямих податків – НДС, різноманітні акцизи, митні та інші збори тощо; прямі податки – податок на доходи, прибуток та виведений капітал, роялті, тощо).

2. Частка коштів місцевих бюджетів – до 12%.

3. Кошти фондів соціального страхування (частка податку на доходи громадян) – до 1%.

4. Позабюджетні (публічні) кошти обов'язкового медичного страхування (здоров'я) – 35–45%.

5. Приватні кошти громадян, в тому числі за рахунок добровільного медичного страхування – 10–15%.

6. Кошти благодійних фондів – 0,5%.

7. Міжнародні кошти – 0,5%.

2. Розподілити функції споживачів, покупців та постачальників медичних послуг.

3. Створити основний управлінський центр (багаторівневе агентство з управління та контролю за фінансуванням охорони здоров'я для управлінського об'єднання публічних коштів та створення єдиної захищеної державою інформаційної (прецесінгової) системи ресурсів та медичного простору, управлінський центр не є власником коштів).

4. Здійснити перехід від постатейного фінансування до системи оплати за надані послуги.

5. Запровадити загальнообов'язкове медичне страхування з обов'язковим залученням коштів роботодавців з майбутнім поступовим залученням участі громадян, в тому числі за механізмом накопичувальної системи особистих рахунків, що врегульовані законом (звільнення внесків від будь-якого оподаткування).

6. Створити законодавчу базу для функціонування нової системи фінансування охорони здоров'я, яка базується на принципах соціальної справедливості та відповідальності, доцільності, прозорості і соціально-економічної обґрунтованості.

Доступ до основних лікарських засобів і медичних виробів

Враховуючи, що ефективно функціонуюча система охорони здоров'я має забезпечувати справедливий доступ до основних лікарських засобів (в тому числі вакцин), медичних виробів та технологій гарантованої ефективності, безпеки, якості, зваженої вартості та їх

науково обґрунтоване і економічно ефективне використання., основною метою Національної стратегії охорони здоров'я України в контексті медикаментозного забезпечення є підвищення доступності якісних, ефективних і безпечних лікарських засобів та медичних виробів для задоволення потреб населення і системи охорони здоров'я на основі формування раціональної і збалансованої з наявними ресурсами системи.

Основними завданнями системи охорони здоров'я щодо обігу лікарських засобів та інших видів медичної продукції в умовах трансформації є:

- забезпечення фізичної та економічної доступності лікарських засобів та медичних виробів;

- контроль за ефективністю, безпекою і якістю лікарських засобів та медичних виробів відповідно до європейських вимог та стандартів на всіх етапах обігу;

- забезпечення раціонального використання лікарських засобів та медичних виробів для медичного застосування відповідно до клінічних протоколів і медичних стандартів надання медичної допомоги на засадах доказової медицини;

- розвиток формулярної системи забезпечення лікарськими засобами та використання Державного формуляру для проведення державних закупівель лікарських засобів та медичних виробів за для підвищення прозорості та відкритості здійснення таких закупівель;

- вдосконалення державного регулювання цін на лікарські засоби та механізмів компенсації вартості споживання лікарських засобів для окремих груп населення.

При цьому першочергові заходи реалізації вищезазначених завдань мають бути направлені на розробку нових нормативно-правових актів (Законів України «Про лікарські засоби», «Про медичні вироби» тощо) та вдосконалення існуючої нормативної бази у сфері обігу лікарських засобів та медичних виробів, реалізацію пілотних проектів по вдосконаленню лікарського забезпечення для запровадження сучасних моделей регулювання та затвердження державних програм за основними напрямками забезпечення населення лікарськими засобами, розвитку фармацевтичної і медичної промисловості (державні програми щодо імпортозаміщення та державного замовлення), боротьби з обігом фальсифікованих лікарських засобів.

Для вирішення проблемних питань забезпечення прав громадян щодо забезпечення лікарськими засобами та медичними виробами необхідно застосовувати сучасні інструменти на національному рівні серед яких:

- створення єдиного державного органу в сфері обігу лікарських засобів у вигляді Національного медичного агентства – постійно діючого колегіального органу з питань реалізації державної політики у сфері забезпечення лікарськими засобами та медичними виробами;

- проведення систематичного моніторингу забезпечення населення України лікарськими засобами та медичними виробами (оцінка фізичної та економічної доступності основних лікарських засобів на основі порівняння показників потреби у них за основними

нозологіями захворювань з фактичним споживанням лікарських засобів та їх раціональним застосуванням), в тому числі постійне спостереження за асортиментом та цінами лікарських засобів і медичних виробів;

- постійне оновлення Національного переліку основних лікарських засобів відповідно до Державного формуляру лікарських засобів та медичних виробів з метою покриття 100% потреби у лікарських засобах та медичних виробів державних програм;

- створення та забезпечення функціонування єдиної інформаційно-довідкової системи клінічних протоколів/медичних стандартів надання медичної допомоги на засадах доказової медицини і раціонального використання лікарських засобів та медичних виробів для медичних, фармацевтичних працівників та пацієнтів;

- удосконалення системи підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників з питань раціональної фармакотерапії, заснованої на принципах доказової медицини, а також організації вакцинопрофілактики інфекційних хвороб;

- стимулювання наукових розробок нових лікарських засобів та медичних виробів вітчизняними науковими установами;

- підтримка вітчизняних розробок та виробництва нових лікарських засобів та медичних виробів за повним циклом на засадах імпортозаміщення;

- забезпечення впровадження належної виробничої (GMP), клінічної (GCP), лабораторної (GLP), дистрибуторської (GDP), аптечної (GPP) практик, належної практики з фармаконагляду (GPhVP) та інших належних практик та положень документів ВООЗ та ЄС щодо практики регулювання у сфері обігу лікарських засобів;

- поступова адаптація національного законодавства України у сфері обігу лікарських засобів та медичних виробів до законодавства ЄС;

- запровадження механізму державного замовлення при закупівлях лікарських засобів за державні кошти;

- впровадження національної системи закупівлі лікарських засобів та медичних виробів за кошти державного бюджету, що передбачає відмову від послуг міжнародних закупівельних організацій;

- розробка та впровадження комплексу ефективних заходів боротьби з обігом фальсифікованих, неякісних та незареєстрованих лікарських засобів;

- розвиток надання фармацевтичної допомоги населенню як основи відповідального самолікування;

- посилення контролю за відпуском лікарських засобів з аптек та їх структурних підрозділів;

- удосконалення процедури закупівлі лікарських засобів за кошти державного та місцевих бюджетів з метою забезпечення конкуренції та уникнення корупційних ризиків;

- впровадження системи реімбурсації вартості лікарських засобів та медичних виробів як складову національної системи соціального медичного страхування;

- продаж медикаментів рецептурної групи тільки за рецептами;

- заборона реклами медикаментів у засобах масової інформації.

Для вирішення проблемних питань застосовуються сучасні засоби моніторингу і оцінки ефективності державного управління в зазначеній сфері, зокрема, моніторинг доступу до основних лікарських засобів, які задовольняють пріоритетні потреби з охорони здоров'я населення відповідно до рекомендацій ВООЗ.

Індикаторами ефективності системи забезпечення лікарськими засобами та медичними виробами відповідно до рекомендацій ВООЗ необхідно нормативно визначити Національну політику щодо забезпечення лікарськими засобами та медичними виробами, плани дій щодо основних лікарських засобів, туберкульозу, малярії, ВІЛ/СНІД, здоров'я матері і дитини та імунізації населення, показники доступності та компонентів цін лікарських засобів (середня наявність та ціновий показник для 14 індикаторних лікарських засобів з числа основних лікарських засобів (у приватних та державних закладах; аналогічні показники для 16 регіонально-специфічних ліків; аналогічні показники для 20 лікарських засобів, які мають загальнодержавне значення), методику оцінки раціонального використання лікарських засобів (показники призначень, догляду за хворими та установ).

Результатами впровадження секторальних змін відповідно до Національної стратегії охорони здоров'я України на шляху до євроінтеграції мають стати:

- підвищення якості медичної допомоги за рахунок формування і ефективного функціонування системи раціонального використання лікарських засобів для медичного застосування;

- зростання задоволеності населення доступністю лікарського забезпечення;

- забезпечення ефективності, безпеки і якості лікарських засобів та медичних виробів на всіх етапах їх обігу;

- забезпечення пріоритетних потреб охорони здоров'я основними лікарськими засобами з метою профілактики і лікування захворювань, що переважають в структурі захворюваності;

- загальне зниження показників захворюваності і смертності.

Лідерство / управління

В принципово нових умовах розвитку суспільства в Україні управління системою охорони здоров'я має відповідати не тільки новій парадигмі охорони здоров'я в рамках застосування сучасних управлінських технологій, а й новим принципам організації охорони здоров'я населення: міжгалузевого та міжсекторального підходу до охорони здоров'я, відповідальності держави за демографічну безпеку нації, відповідальності і зацікавленості громадян в зміцненні власного здоров'я, пріоритетам профілактичних заходів і первинної медико-санітарної допомоги.

Необхідно чітко визначитись в розподілі обов'язків в управлінні системою охорони здоров'я між центральним урядом, органами місцевого самоврядування, корпоративними рівнями, а також

самокерованими асоціаціями страхових організацій і надавачів (провайдерів) медичних послуг.

В новій системі управління охороною здоров'я має з'явитися новий координуючий орган на зразок Федерального Об'єднаного Комітету в ФРН, до складу якого входять представники асоціації страхових організацій, асоціації лікарів, асоціації лікарень, асоціації стоматологів та об'єднання пацієнтів.

Це шлях до нівелювання адміністративно-командного стилю управління охороною здоров'я і запровадження сучасних асоціативних форм взаємодії її учасників – партнерів.

Управління охороною здоров'я має включати моніторинг ресурсів охорони здоров'я та результатів діяльності системи охорони здоров'я, регулювання в рамках систем «централізація – децентралізація», «державне регулювання та самоврядування», «державні та ринкові механізми регулювання».

Зміна управління системою охорони здоров'я країни повинна відбутися шляхом:

- функціональної реструктуризації центрального та регіональних органів управління охороною здоров'я зі зміцненням організаційного потенціалу на напрямках: громадська охорона здоров'я, первинна медична допомога, сестринство, вторинна та третинна медична допомога;

- створення умов для ефективного управління регіональними системами охорони здоров'я через нормативно врегульоване зміцнення кадрового, матеріально-технічного потенціалу відповідних (регіональних) органів управління охороною здоров'я;

- створення системи професійного самоврядування;

- розбудови системи громадського нагляду за діяльністю закладів охорони здоров'я через громадські, опікунські і спостережні ради;

- науковообґрунтованої та нормативно врегульованої організації добору й підготовки керівних кадрів;

- модернізації системи моніторингу діяльності системи охорони здоров'я та процесу побудови нової національної моделі за визначеними Всесвітньою організацією охорони здоров'я індикаторами та застосуванням сучасних інформаційних технологій;

- створення системи оцінки медичних технологій та стандартизації, як механізму медико-економічно ефективного управління охороною здоров'я;

- вдосконалення формулярної системи, яка має стати інформаційно-методичною доктриною медицини, призначеної для розвитку соціально орієнтованої охорони здоров'я в умовах ринкової економіки та основним сучасним інструментом, що дозволяє приводити у відповідність державні зобов'язання і якість лікування хворих з реальними фінансовими можливостями галузі. Дефіцит фінансових коштів диктує необхідність розробки механізму управління процесом медикаментозного забезпечення, заснованого на методах фармакоекономічного аналізу.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розглядає керівництво/управління в системі охорони

здоров'я, як один з шести основних компонентів або «будівельних блоків» системи та здійснює оцінку системи управління сферою охорони здоров'я на державному рівні за наступними показниками та індикаторами:

1. ВООЗ визначає наявність в країні офіційної національної політики та стратегії в галузі охорони здоров'я, що відповідає державним потребам та пріоритетам, як ключовий показник в оцінці державної системи управління охороною здоров'я.

2. Другим ключовим показником стану системи управління в галузі охорони здоров'я є наявність в країні актуальної офіційної національної політики щодо ліків.

3. Наявність політики в галузі, щодо закупівлі лікарських засобів на засадах економічної обґрунтованості і доказової ефективності та якості лікарських засобів в необхідних кількостях; відкритої, конкурентоспроможної процедури торгів постачальників.

4. Наявність та стан реалізації національного стратегічного плану щодо боротьби та протидії туберкульозу.

5. Наявність та стан реалізації національної стратегії боротьби проти малярії.

6. Наявність та стан реалізації державної політики щодо ВІЛ/СНІД.

7. Здоров'я матері.

8. Здоров'я дітей.

9. Наявність ключових документів в галузі охорони здоров'я, які регулярно поширюються (наприклад, бюджетних документів, щорічних оглядів та звітів ефективності та показники здоров'я).

10. Наявність та системне застосування механізмів моніторингу, аналізу та узагальнення інформації споживачів медичної допомоги/послуги, громадськості щодо якості, доступності, своєчасності та ефективності діяльності медичної галузі в цілому та медичних установ та медиків, зокрема.

Практичний аналіз системи охорони здоров'я повинен зосереджуватися на наслідках діяльності цієї системи для здоров'я громадян. Масштаб аналізу повинен бути достатньо широким, щоб включати всі сили і фактори, на які можуть впливати органи державного управління і місцевого самоврядування з метою поліпшення стану громадського здоров'я, включаючи якість життя, запровадження механізмів фінансового захисту громадян на випадок захворювання, підвищення ефективності діяльності галузі та задоволення потреб громадян.

Нормативно-правове забезпечення

Потягом 26 років в Україні неодноразово були спроби здійснити реформи у сфері охорони здоров'я. Однак, загалом, вони характеризувались: відсутністю комплексності, чітко поставленої мети та цілей, узгодженої політики у сфері охорони здоров'я, непослідовності дій. Аналогічно й щодо законодавства України у сфері охорони здоров'я: зміни вносились лише у певні положення, що викликало суперечності та правові колізії. Наявність застарілих норм, декларативний характер ряду норм, їх неузгодженість ускладнює

нормативно-правове регулювання сфери охорони здоров'я.

Без належного законодавчого супроводу реформувати національну систему охорони здоров'я неможливо. Завдання полягає у забезпеченні розроблення та супроводі законопроектів, спрямованих на реформування охорони здоров'я та побудову орієнтованої на пацієнта системи охорони здоров'я, спроможної забезпечити медичне обслуговування всіх громадян України з урахуванням принципів, що вироблені і прийняті ВООЗ.

Закони України складатимуть основу нормативно-правового забезпечення системи охорони здоров'я. Подальша реалізація даних основ здійснюватиметься через прийняття, у межах своєї компетенції та повноважень, відповідних нормативно-правових актів іншими органами державної влади та місцевого самоврядування – Кабінетом Міністрів України, Міністерством охорони здоров'я України тощо.

Актуальними для України є стратегічні завдання нормативно-правового забезпечення Національної стратегії охорони здоров'я України, а саме:

- запровадження міжсекторального підходу з використанням принципу «Здоров'я у всіх політиках держави», реальне забезпечення реалізації положень Конституції України щодо прав людини на охорону здоров'я та медичну допомогу, використання правових позицій Рішень Конституційного Суду України;

- розробка нового кодифікованого законодавчого акту, що відображатиме Національну стратегію охорони здоров'я України по всіх її компонентах: медична допомога та медичні послуги, трудові ресурси, інформаційні системи охорони здоров'я, фінансування, лікарські засоби та медичні вироби, управління;

- прийняття Закону України «Про медичне страхування», у якому визначити порядок здійснення загальнообов'язкового державного медичного страхування та особливості добровільного медичного страхування.

Моніторинг, оцінка і огляд

Формування нової національної стратегії охорони здоров'я повинно базуватися на основі заключного огляду результатів і ефективності попередньої стратегії. У контексті Національної стратегії охорони здоров'я України головним питанням є вибір основного набору показників, який може об'єктивно і ефективно відслідковувати прогрес у досягненні важливих цілей.

Вибір показників повинен враховувати наукову обґрунтованість, актуальність, корисність для прийняття рішень, реагування на зміни і доступність даних.

Підвищена увага до стратегії охорони здоров'я вітається, однак цей процес не буде стабільним у відсутності стратегії обґрунтованого моніторингу, що дозволяє особам, які приймають рішення, чітко відстежувати розвиток охорони здоров'я та її ефективність, оцінювати вплив і забезпечувати підзвітність на рівні країни та глобально. Це передбачає необхідність стабільних вимірювань основних показників щоб отримати відповідні дані достатньої якості для

забезпечення регулярного відстеження прогресу в зміцненні стратегії охорони здоров'я.

Погані або ненадійні дані створюють довгострокові кошториси та непередбачувані наслідки, які є набагато вищими в порівнянні з витратами, що базуються на якісних даних.

Існує потреба в сильному координуючому органі, який об'єднає різні зацікавлені сторони і допоможе забезпечити розробку всеосяжного і комплексного плану медичного інформування та розвиток статистичної системи.

Для проведення ситуаційного аналізу даних моніторингу поточної ситуації використовується контрольний список і інструменти оцінки підзвітності, а також огляд відповідних документів:

- недавня оцінка потреб або аналіз ситуації з точки зору практик інформаційних національних систем охорони здоров'я, моніторингу, оцінки та аналізу;

- документи з планування та стратегії сектору охорони здоров'я;

- план моніторингу для національної стратегії в галузі охорони здоров'я, а також оперативні плани для інформаційних систем;

- плани моніторингу національних стратегій по боротьбі з ВІЛ, туберкульозом, малярією, репродуктивних програм, а також охорони здоров'я матерів, новонароджених, дітей, підлітків і т.д.;

- звіти про діяльність сектору охорони здоров'я, об'єднані річні звіти з оглядів, середньострокові огляди, консультативні звіти з прогресу.

Щорічна доповідь про хід робіт і стан в секторі охорони здоров'я є ключовим внеском до Національної стратегії охорони здоров'я. Вона об'єднує всі дані з різних джерел, включаючи дані систем звітності установ, огляди обстеження домогосподарств, адміністративні дані і наукові дослідження щоб відповісти на головні питання про розвиток і стан сектору охорони здоров'я, використовуючи основні національні показники і цілі. Реалізація Національної стратегії охорони здоров'я передбачає розробку «дорожньої карти», організованої навколо основних елементів платформи моніторингу: зміцнення політичного середовища та інституційного потенціалу, посилення моніторингу результатів і відстеження ресурсів, зміцнення прогресу та ефективності щорічних оглядів сектору охорони здоров'я, механізм зміцнення лікувальних заходів. Ключові ознаки оцінки Національної стратегії охорони здоров'я: ситуаційний аналіз та узгодження стратегій і планів з цим аналізом, алгоритм, за яким національні плани і стратегії були розроблені, фінансові, аудиторські, виконавчі та організаційні упорядкування, механізми моніторингу, оцінки та огляду. Національна стратегія охорони здоров'я повинна бути розроблена на основі прозорих і систематичних консультацій з усіма основними зацікавленими сторонами, в тому числі з різними рівнями влади, організаціями громадянського суспільства, міжнародними партнерами та науковцями.

Участь керівників і політичних лідерів в аналізі ситуації є критично важливою, якщо оцінка повинна

привести до значного поліпшення звітності і прийняття й реалізації обґрунтованих рішень, що суттєво вплинуть на поліпшення результатів діяльності системи охорони здоров'я.

Міжнародне співробітництво має передбачати організацію якісного виконання зобов'язань по відповідних угодах та формування взаємовигідних партнерських відносин з урахуванням системного аналізу, планування і прогнозування ефективного для реалізації Національної стратегії охорони здоров'я України використання залучених ресурсів.

Особливу роль в формуванні й реалізації Національної стратегії охорони здоров'я України має відігравати реформована Національна академія медичних наук, як державна наукова інституція з спеціальним

статусом на зразок аналогічних закордонних національних інститутів.

Основою реалізації Національної стратегії охорони здоров'я України мають стати регіональні програми.

Висновки

Маючи за основу системний підхід щодо розвитку охорони здоров'я України, членами Української асоціації сприяння охороні здоров'я населення (Київське відділення) було розроблено Засади Національної стратегії охорони здоров'я України, які базуються на рекомендаціях ВООЗ та результатах наукових досліджень закордонних та вітчизняних вчених. Цей документ може лягти в основу Стратегії розвитку медичної галузі та сприяти розбудові її державницьких засад.

Література

1. *Безруков В.В.,* Войтенко В.П., Ахаладзе Н.Г., Писарук А.В., Кошель Н.М. Реформирование медицины. Украина в мировом и европейском контексте. – 127 с.
2. *О международном опыте реформирования системы здравоохранения* – <http://bit.ly/2qDMKmL>.
3. *Системи охорони здоров'я: час змін* – <http://bit.ly/2qJdw1n>.
4. *National Health Service* – <http://www.nhs.uk/pages/home.aspx>.
5. *Strategic Health Authorities* – <http://bit.ly/2cj10MW>.
6. *A vision for using digital health technologies to empower consumers and transform the US health care system.* – Sarah Klein, Martha Hostetter, and Douglas McCarthy. – 2014. – The Commonwealth fund. – 14 p.
7. *International Profiles of Health Care Systems, 2014* // Elias Mossialos Martin, Robin Osborn, Chloe Anderson. – 2015. – Commonwealth Fund pub. no. 1802. – 163 p.
8. *Клименко П.М.,* Грабовський В.А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. – Вісник НАДУ. – 2014. – №3. – С.136–141.
9. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies.* – WHO, 2010. – 93 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.03.2018 р.

Відомості про авторів

Клименко П.М., Ханенко С.М., Бутківська Т.В., Гусева Г.В., Шкробанець І.Д., Коваленко О.С., Чабан Т.І., Дольник В.М., Найда І.В., Гук А.П., Демченко І.С., Клименко С.В., Малишевський С.А., Данилюк Е.О., Кекух Д.П., Кнерцер А.Ю., Деняк А.В. – члени Київського відділення громадської організації «Українська асоціація сприяння охороні здоров'я населення»; вул. Максима Берлинського, буд. 23/8А, м. Київ, 04060, Україна.

Н.М. Андон'єва, О.А. Гуц, М.Я. Дубовик, Т.Л. Валковська, Г.В. Лісова, С.О. Олянич

Ожиріння як фактор прогресування ішемічної хвороби серця у пацієнтів на перитонеальному діалізі

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Харківський обласний клінічний центр урології і нефрології імені В.І. Шаповала, м. Харків, Україна

Кардіальна патологія у хворих із хронічною хворобою нирок на перитонеальному діалізі (ПД) носить багатфакторний характер, а клінічно проявляється уремічною кардіоміопатією, порушеннями серцевого ритму та ІХС, яка схильна до прогресування навіть на тлі адекватної замісної ниркової терапії (ЗНТ). При хронічній нирковій недостатності, у тому числі, у пацієнтів на ЗНТ, в результаті взаємодії традиційних (артеріальна гіпертонія, ожиріння) та несприятливих гемодинамічних, метаболічних, запальних, ендокринних і нейрорегуляторних факторів уражаються як міокард так і коронарні артерії, серцеві клапани, внаслідок їх атеросклеротичного ураження і дисфункції вегетативної нервової системи серця. Розвивається системне уремічне ураження ендотелію (атеросклероз, кальциноз), неокклюзивна кальцифікація і фіброз середнього шару стінки артерій. Все це призводить до того, що вже через один рік від початку лікування перитонеальним діалізом (ПД) клінічні прояви ішемічної хвороби серця (ІХС) виявляються приблизно в 8,8% випадків, а через чотири роки лікування ПД ІХС діагностується вже у 40–50% хворих.

Метою дослідження було виявити можливий вплив ожиріння на виникнення того чи іншого клінічного варіанта ІХС у пацієнтів на ПД.

Дослідження проведені у 114 пацієнтів у віці від 19 до 76 років, які отримували замісну ниркову терапію методом перитонеального діалізу на базі відділення нефрології та перитонеального діалізу ОКЦУН ім. В.І. Шаповала. Максимальний вік хворих склав 76 років, але переважали особи вікової групи 46–55 років; середній вік склав $47,9 \pm 1,3$ року. У віковій групі старше 45 років переважали жінки, а в молодому віці – чоловіки. Прогресування ІХС визначали у тих випадках, коли з'являлися вперше або частішали напади стенокардії; при виявленій за допомогою ЕКГ-навантажувальної велоергометричної проби безболівової ішемії міокарда, а

також по зменшеному систолічному потовщенню міокарда лівого шлуночка при ехокардіографічному дослідженні в динаміці та наростаючим явищем ішемічної дилатаційної кардіоміопатії (ІДКМП) (діастолічна дисфункція, кальцифікація і атероматоз аорти і клапанів серця); при перенесенні гострих коронарних подій (інфаркт міокарда). В остаточному варіанті клінічні групи виглядали таким чином: 1 – пацієнти, які страждають стабільною стенокардією; 2 – пацієнти, які перенесли гострий інфаркт міокарда протягом дослідження; 3 – пацієнти, які страждають безболівовою ішемією міокарда; 4 – пацієнти, у яких ознак ІХС виявлено не було (група порівняння); 5 – пацієнти з ІДКМП. ІХС була діагностована у 77,8% із загального числа обстежених хворих. З них у 6,5% – у формі стабільної стенокардії; у 49% як безболівова ішемія міокарда; у 17,6% – у вигляді ішемічної дилатаційної кардіоміопатії (ІДКМП); у 22,2% – ознак ІХС виявлено не було; 4,6% пацієнтів перенесли гострий інфаркт міокарда протягом дослідження, як гостру коронарну подію, що виникла раптово.

У пацієнтів з хронічною хворобою нирок на перитонеальному діалізі найбільш поширений клінічний варіант прогресування ішемічної хвороби серця – безболівова ішемія міокарда (49,1%), яка з часом трансформується або в гострий інфаркт міокарда, або в ішемічну дилатаційну кардіоміопатію з хронічною серцевою недостатністю. Розглядаючи традиційні фактори прогресування ІХС, насамперед, масу тіла в динаміці: найвищий індекс маси тіла (ІМТ) було виявлено в групі пацієнтів, які страждають на ІДКМП (позитивні ранги 47%; $p < 0,05$); найнижчий – у групі хворих, що перенесли інфаркт міокарда (негативні ранги 60%, $p < 0,05$) (рис.).

Таким чином, ожиріння достовірно впливає на виникнення насамперед ІДКМП та прогресування серцевої недостатності у пацієнтів на перитонеальному діалізі.

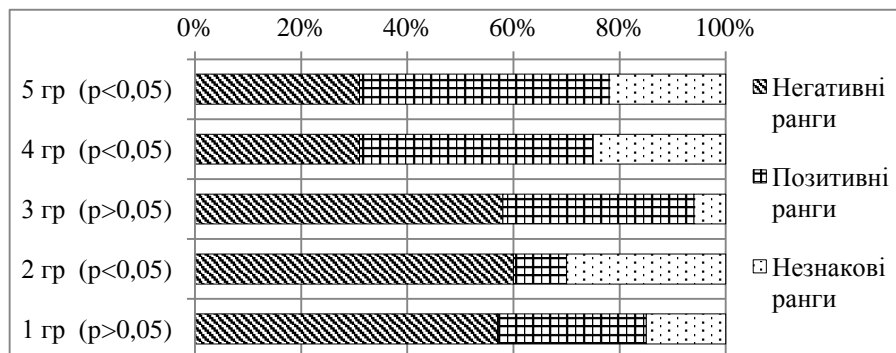


Рис. Динаміка ІМТ в різних клінічних групах

- 1 гр. – стабільна стенокардія;
- 2 гр. – інфаркт міокарда;
- 3 гр. – безболівова ішемія міокарда;
- 4 гр. – немає ІХС (група порівняння);
- 5 гр. – ішемічна дилатаційна КМП.

Н.М. Андон'єва, М.Я.Дубовик, О.А. Гуц, Т.Л. Валковська, Г.В. Лісова, С.О. Олянич

Інтегрований підхід до лікування анемії у діалізних хворих та визначення причин резистентності до еритропоез-стимулюючих препаратів

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна
Обласний клінічний центр урології та нефрології ім. В. І. Шаповала, м. Харків, Україна

Анемія є найбільш раннім і найчастішим ускладненням у хворих з хронічною хворобою нирок (ХХН). Етіологія її багатофакторна, обумовлена різними причинами, однак, провідну роль в її розвитку відіграє як недолік, так і неефективність еритропоетину (ЕПО). Впровадження в клінічну практику препаратів рекомбінантного людського еритропоетину, з ціллю подолання відносного дефіциту ЕПО, корінним чином змінило стратегію лікування та наслідки анемії у пацієнтів з ХХН (Priyadarshi A., Shapiro J., 2006). Однак, згідно з літературними даними, у 80–90% пацієнтів призначення еритропоез-стимулюючих препаратів (ЕСП) викликає адекватну еритропоетинову відповідь, тоді як у решти 10-20% спостерігається сповільнена або відсутня реакція, не дивлячись на використання високих доз еритропоетинів (Kilpatrick R.D., Critchlow S.W., 2008).

Метою нашого дослідження було вивчення причин резистентності до ЕСП у пацієнтів з анемією, які отримували перитонеальний діаліз (ПД).

Матеріали та методи. Дослідження проводилось у відділенні нефрології та перитонеального діалізу Харківського обласного клінічного центру урології та нефрології ім. В.І. Шаповала. Приймали участь 27 пацієнтів (16 чоловіків та 11 жінок) у віці від 23 до 55 років (в середньому $38,3 \pm 3,7$ років) з ХХН V стадії, які знаходились на ПД в середньому $44 \pm 5,8$ місяці. Хворим проводилась корекція анемії ЕПО на тлі базової терапії препаратами заліза, вітамінами групи В. Доза ЕПО титрувалася в залежності від приросту гемоглобіну. Обстеження хворих включало визначення рівня гемоглобіну крові, гематокриту, концентрацію сироваткового заліза, феритину, насичення трансферину залізом. Також визначалися рівень паратгормону сироватки крові, альбуміну, показники адекватності діалізу, наявність скритих інфекцій та кровотеч.

Результати та обговорення. Рівень гемоглобіну у хворих на початку дослідження коливався від 67 до 98 г/л (середній $84,1 \pm 4,67$ г/л). У фазі корекції цільовий рівень

гемоглобіну (110–120 г/л) був досягнутий за 15 тижнів у 23 (85%) хворих. Середній його приріст складав $12,2 \pm 3,8$ г/л. У 4-х (15%) пацієнтів з початковим рівнем гемоглобіну 67–74 г/л застосування еритропоетину не дало очікуваного клінічного результату. В нашому спостереженні у двох хворих мало місце абсолютний дефіцит заліза (феритин сироватки < 100 мг/л), що потребувало парентерального призначення препаратів заліза в більших дозах до нормалізації показників. У 1 пацієнта резистентність до ЕПО була обумовлена високим рівнем паратгормону та розвитком вторинного гіперпаратіреозу. Паратіреоїдектомія дозволила у даного хворого подолати резистентність анемії до ЕСП. Ще у одного пацієнта виявлена множинна мієлома, що потребувало паралельного лікування у гематолога. У фазі підтримуючої терапії, на 33-му тижні дослідження була проведена конверсія на еритропоетин пролонгованої дії. 14 пацієнтів (52%) отримували препарат в дозі 100 мкг 1 раз в міс, 13 (48%) – в дозі 75 мкг 1 раз в міс. Причому у 5 хворих на 24-му тижні дослідження рівень гемоглобіну досягнув в середньому $134,2 \pm 2,6$ г/л, в зв'язку з чим терапія еритропоетинами була припинена з ціллю уникнення кардіоваскулярних ускладнень.

Середня доза бета-еритропоетину в фазі корекції складала 7040 ± 1846 МЕ в тиждень, у фазі підтримуючої терапії середня доза стимулятора еритропоезу пролонгованої дії – 96 ± 34 мкг в місяць, що відповідало результатам аналогічних досліджень.

Висновки. Так як анемія і стійкість її до ЕСП сприяє підвищенню захворюваності та летальності хворих з ХХН, важливо зрозуміти етіологічні фактори та методи їх подолання з метою покращення клінічних результатів. В нашому дослідженні у 15% хворих спостерігалась резистентність до еритропоетинів, що було обумовлено дефіцитом заліза, високим рівнем паратгормону та приєднанням множинної мієломи. Успішну корекцію анемії слід розглядати як важливу частину лікування діалізних пацієнтів.

В.І. Величко, Д.О. Лагода

Немедикаментозні підходи до покращення астма-контролю

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

На даний момент в медичній галузі зроблено багато відкриттів та нововведень, проте залишаються невирішені питання, одним з них є

бронхіальна астма (БА). Недостатній комплаєнс та не коректне лікування приводить до низького рівня астма-контролю у пацієнтів в Україні та в світі загалом.

Проведення навчання пацієнтів в умовах астма-школи на нашу думку може мати позитивний ефект на стан пацієнта та рівень астма-контролю.

Мета: покращення астма-контролю шляхом навчання пацієнтів у Астма-школі.

Матеріали та методи. Заняття проводяться на базі кафедри сімейної медицини та загальної практики Одеського національного медичного університету. Курс навчання складається з 6 теоретичних та 9 практичних занять. Теоретичні заняття мають на меті поглибити теоретичні знання пацієнта про бронхіальну астму, методи лікування та профілактики. Практичні заняття несуть в собі індивідуальну програму, що включає навчання пацієнта, а саме дієтотерапія, дихальна гімнастика та лікувальна фізкультура.

На даний момент навчання тривають. 20 пацієнтів з різною ступеню тяжкості БА пройшли 3 теоретичні та 5 практичних занять. З 20 пацієнтів 14 (70%) мають надмірну масу тіла (НадМТ) або ожиріння та мали більш тяжкий перебіг БА. На початку лікування астма-контроль за даними теста АСТ складав у середньому $15 \pm 1,5$, що

говорить про недостатній астма контроль. На початку навчання комплаєнс пацієнтів складав 45%, а фізичні вправи виконувало лише 2 пацієнти з 20.

Пацієнти отримали рекомендації щодо збільшення кратності харчування з переважанням легкої їжі, що легко засовується та має імуностимулювальні властивості. Також пацієнти проводили дихальну гімнастику за розробленою нами схемою та займались дозованими, контрольованими фізичними вправами.

Результати. Натепер навчання триває, проте пацієнти визначають позитивні зрушення у самопочутті, тест АСТ не досяг контрольованої позначки проте має позитивну динаміку і у середньому склав $18 \pm 0,5$. Комплаєнс зріс до 85%.

Висновки. Бронхіальна астма поширена патологія, що має обтяжливий фактор ожиріння або НадМТ. Пацієнти мають недостатній комплаєнс з лікуючим лікарем. Окрім фармакологічної корекції пацієнти можуть проходити навчання у астма-школі. Наші результати є проміжними та потребують більш детальних спостережень та подальшого дослідження.

*О.Л. Зюков¹, О.О. Ошивалова^{1, 2}, І.М. Пономаренко³,
Н.В. Краснопольська³, С.І. Ганноченко³, А.А. Камка³*

Поширеність факторів ризику розвитку раку шкіри серед населення Чернігівської області

¹Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ, Україна

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, м. Київ, Україна

³Чернігівський обласний шкірно-венерологічний диспансер, м. Чернігів, Україна

Фактори ризику (ФР) – це потенційно небезпечні для здоров'я явища поведінкового, біологічного, генетичного, екологічного, соціального характеру, навколишнього та виробничого середовища, що підвищують ймовірність розвитку захворювань, їх прогресування та несприятливого результату. Незважаючи на те, що ФР часто не є визначальними у виникненні захворювань, інтерес до їх вивчення пов'язаний із розуміння того, як найбільш оптимальним способом виявити осіб з ФР, що допоможе оптимізувати стратегію профілактики і тактику лікування.

Мета. Вивчити поширеність соціально-біологічних ФР розвитку раку шкіри серед неорганізованого дорослого населення Чернігівської області.

Матеріали і методи. Проведено медико-соціологічне опитування неорганізованого дорослого населення Чернігівської області. При опитуванні враховували соціально-біологічні ФР: фототип шкіри по Фіцпатрику, вплив надлишкового сонячного опромінення, контакт з радіоактивними речовинами і токсичними речовинами, тривале (більше 5 років) застосування лікарських засобів з фотосенсибілізуючою дією, періодичне травмування доброякісних новоутворень шкіри, обтяжену спадковість.

Статистичну обробку матеріалу проводили із застосуванням програмного забезпечення Excel.

В опитуванні прийняли участь 323 особи без онкологічної патології шкіри, із них 167 (51,7%) чоловіків та 156 (48,3%) жінок. За віком опитувані були представлені: 60–64 років – 29,4% осіб (чол. – 30,5%, жін. – 28,2%), 65–69 років – 25,7% осіб (чол. – 22,7%, жін. – 28,8%), 70–74 років – 26% осіб (чол. – 27,5%, жін. – 24,4%), 75 років і старші – 18,9% осіб (чол. – 19,1%, жін. – 18,6%). Серед опитуваних переважали ФР раку шкіри: II фототип шкіри – 55% (чол. – 52,5%, жін. – 57,5%), вплив надлишкового сонячного опромінення мали 43,5% осіб (чол. – 40%, жін. – 46,8%), контакт з радіоактивними речовинами мали 1,5% осіб (чол. – 1,9%, жін. – 1,1%) і токсичними речовинами – 1,8% осіб (чол. – 2,2%, жін. – 1,3%), тривале застосування лікарських засобів з фотосенсибілізуючою дією відмітили 19,4% осіб (чол. – 19,9%, жін. – 18,8%), періодичне травмування доброякісних новоутворень шкіри вказали 23% осіб (чол. – 22%, жін. – 24%), обтяжену спадковість по базальноклітинного раку мали 4% осіб (чол. – 5%, жін. – 3%), по плоскоклітинного раку – 3,5% осіб (чол. – 5%, жін. – 2%).

При цьому, на застосування фотозахисних засобів для шкіри при перебуванні на сонці вказали лише 29% опитаних, із них 22,3% чоловіків та 35,8% жінок.

Висновки. Дані про поширеність соціально-біологічних ФР розвитку раку шкіри можуть бути використані для розробки рекомендацій з первинної профілактики цього захворювання.

Н.В. Іваньо, М.М. Росул, Т.В. Іваньо, М.О. Корабельщикова

Стан здоров'я хворих після перенесеного інфаркту міокарда

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

Показники ураження дорослого населення України інфарктом міокарда залишаються на високому рівні. Протягом 2016 року в Україні зареєстровано більше 42 тис. випадків інфаркту міокарда (ІМ). Разом з тим, завдяки впровадженню сучасних технологій лікування даної патології смертність має тенденцію до зниження як в абсолютних цифрах (у 2014 р. померло 11801 хворих, в 2016 р. – 9977 хворих), так і в показнику на 100 тис. дорослого населення (27,5 на 100 тис. дорослого населення та 25,7 на 100 тис. дорослого населення відповідно). Велике значення після перенесеного ІМ має якість життя хворих, яка відображає загальне благополуччя та ступінь задоволеності тими ланками життя, на які впливає стан здоров'я.

Метою нашого дослідження було вивчення загального стану здоров'я хворих після перенесеного ІМ з використанням анкети стану здоров'я, яка відображає якість життя хворих.

Матеріали і методи. Обстежено 68 хворих, які протягом року перенесли ІМ з зубцем Q або без зубця Q. Всі хворі були поділені на дві групи. До 1-ої групи увійшли 29 хворих (середній вік склав $59 \pm 6,5$ років), яким в гострий період захворювання були проведені коронарографія, балонна ангіопластика інфаркт-залежної коронарної артерії та стентування. До 2-ї групи увійшли 39 хворих (середній вік – $63 \pm 7,8$ років), яким не проводилось в гострий період відновлення коронарного кровопостачання. Стан здоров'я хворі суб'єктивно

оцінювали за допомогою анкети по 10-ти бальній системі (від 1 балу – найгірший до 10-ти балів – найкращий стан здоров'я). Оцінювали: можливість виконувати повсякденну діяльність, самообслуговування, ступінь рухливості, відчуття нездужання, наявність тривоги або депресії. Проводилось анкетування стану здоров'я хворих через 1 місяць, півроку та через рік після ІМ.

Результати. Було виявлено, що в першій групі хворих через місяць після перенесеного ІМ середній бал після оцінки хворим стану свого здоров'я склав 5,82, через півроку – 6,20, через рік – 7,68. В другій групі хворі суб'єктивно оцінювали свій стан здоров'я як значно гірший. Через місяць після перенесеного ІМ середній бал дорівнював 4,55, через півроку – 5,68, через рік – 6,85. Найбільш часто в обох групах хворі відмічали наявність тривоги та депресії, як фактору, який значно погіршує їх стан здоров'я.

Висновки: Перенесений ІМ погіршує стан здоров'я хворих (суб'єктивно), особливо через 1 місяць після гострої судинної катастрофи. По мірі віддалення від початку захворювання стан здоров'я хворих поступово покращується. У хворих, при лікуванні яких були використані сучасні технології з своєчасним відкриттям інфаркт-залежної коронарної артерії стан здоров'я був значно кращим, як через 1 місяць – півроку, так через 1 рік після початку захворювання, що робить необхідним подальше активне впровадження перкутанних коронарних втручань у хворих з ІМ.

В.М. Корнацький¹, В.М. Михальчук², Л.О. Дяченко²

Ведення соматичного пацієнта з урахуванням наявності тривоги та депресії

¹ДУ «Національний науковий центр “Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска” НАМН України», м. Київ, Україна

²Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає здоров'я людини як інтеграл добробуту й розвитку суспільства. В нашій державі – головним макроекономічним фактором та критичним компонентом стабільного соціально-економічного розвитку. Враховуючи нестабільну суспільно-політичну та соціально-економічну ситуації в державі, та самій

системі охорони здоров'я, що негативно впливають на стан психічного здоров'я в цілому, до 2025 року прогнозується не тільки зменшення чисельності населення на 20% але й його постаріння, а близько 55–60% громадян України страждатимуть психоневрологічними розладами. Аналізуючи дані різних джерел від 24% до 64% пацієнтів з соматичними

захворюваннями мають певні супутні психічні порушення. Тому виявлення неспсихотичних психічних розладів (депресія, тривога, коморбідна патологія) серед власне, соматичних пацієнтів на сьогоднішній день є питанням відкритим та актуальним.

Мета: вже сьогодні сприяти виявленню та наданню якісної медичної допомоги хворому.

Матеріали та методи: «Соматизація» є характерною для пацієнтів з неспсихотичними психічними порушеннями, а будь-яке хронічне захворювання обов'язково змінює психіку хворого. На сьогодні найпоширенішим неспсихотичним психічним розладом є депресія. Тривожними розладами, згідно статистичних даних, страждають близько 3,8% населення. Проведення значної кількості заходів в Київській області з метою зниження тривожних та депресивних розладів у пацієнтів не дали результатів і поширеність та захворюваність розладів психіки та поведінки не зменшується. За даними ВООЗ існує той факт, що депресія призводить до інфаркту міокарда і діабету, а обидва ці стани збільшують ймовірність депресії. Багато факторів ризику, такі як низький рівень фізичної активності та соціально-економічний статус, паління, споживання алкоголю та стрес, діють як у випадку хронічних захворювань, так і в разі психічних розладів. Проблеми, які виникають серед дорослого населення внаслідок розладів психіки та поведінки нерідко залишаються непоміченими або невірно діагностуються. Медичні працівники та самі дорослі особи не приділяють належної уваги наявним проблемам психічного здоров'я, а стигма, пов'язана з психічними хворобами, спонукає небажання людей звертатися за допомогою. Виконуючи завдання здійснено дослідження 532 пацієнтів (136 чоловіків, 396 жінок). Вікові межі досліджуваної групи склали 18–84 роки. Середній вік чоловіків склав $43,7 \pm 15,8$ років, жінок – $40,1 \pm 16,8$. Дослідження виконувались в межах розробленої програми стосовно вивчення впливу факторів ризику на розвиток та перебіг розладів психосоматичного здоров'я населення м. Буча Київської області на рівні ПМД в умовах стресової ситуації.

В роботі використовували клініко-психопатологічний метод дослідження (структуроване інтерв'ю), Шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С., Хаустова О.О.), Госпітальна шкала тривоги та депресії – HADS.

Результати: В ході проведення нашого дослідження було встановлено, що за відсутності соматичних захворювань частота виявлення депресії є найнижчою та складає 14 (29,2%) випадків, а їх наявність підвищують ризик формування стресового статусу пацієнтів і розвитку депресії. Наявність 2 та більше діагнозів (поєднаної патології) характерно для більшості хворих – 423 (79,5) і саме при поєднаній патології частота депресії реєструється у 218 (51,5%) випадків – ризик виявлення депресії зростає у 2,58 рази – $OR = 2,58 (1,35-4,95)$, $p = 0,003$. Тривога виявляється дещо рідше, ніж депресія – у 176 (33,1%) хворих. Тривога та депресія є значними проявами стресу, які діагностуються за допомогою модифікованих на базі відомих вірогідно обґрунтованих анкет і характеризують сам рівень психічного здоров'я, а також його вплив на клініку соматичних проявів. За відсутності соматичних захворювань частота виявлення тривоги складає 8 (16,7%) випадків. Наявність соматичних захворювань підвищують ризик формування тривожного статусу пацієнтів, як індикатора стресового стану. Приріст частоти тривоги характерний для всіх соматичних захворювань. Наявність 2 та більше діагнозів супроводжується приростом частоти розвитку тривоги у 2,79 рази – $OR = 2,79 (1,27-6,09)$, $p = 0,008$.

Швидке зростання частки хронічних неінфекційних захворювань, (в тому числі неспсихотичних психічних розладів), та коморбідної патології потребує зміни підходів до ведення (нагляду та лікування) – тому вузькі спеціалісти та лікарі загальної практики мають командно співпрацювати та володіти широким спектром знань.

Саме тому усі впровадження нових лікувальних та реабілітаційних комплексних програм розробляються і повинні розроблятися з акцентом на первинну медичну допомогу, де найдовше та найчастіше дані пацієнти отримують медичні послуги.

В.В. Кравченко

Необхідність підготовки фахівців для впровадження механізмів державно-приватного партнерства в систему ПМСД

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

В умовах гострого дефіциту ресурсів важливим напрямом розвитку системи ПМСД є активізація та запровадження механізмів державно-приватного партнерства (ДПП).

В Україні впродовж останніх років зроблені конкретні кроки для підготовки до втілення проектів ДПП в охороні здоров'я. 17 грудня 2015 року МОЗ України провело нараду з міжнародною участю щодо питання впровадження державно-приватного партнерства

у сфері охорони здоров'я загалом та системі ПМСД зокрема. Лейтмотивом даної наради, який відмітили усі доповідачі, була теза, що ефективну систему охорони здоров'я можливо сформувавши лише на базі державно-приватного партнерства.

В Україні схвалені закони, які сприяють розвитку державно-приватного партнерства:

- Закон України від 01.07.2010 року № 2404-VI «Про державно-приватне партнерство».

- Закон України від 24.11.2015 року № 817-VIII «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні».

Таким чином, інституційне підґрунтя для реформування системи ПМСД на принципах державно-приватного партнерства закладене, а ось наскільки воно буде успішним, значною мірою залежить від здатності керівників ПМСД ефективно використовувати нові можливості та здійснювати необхідні перетворення.

Тому підготовка фахівців з ДПП є особливо актуальною для України, де механізми ДПП тільки починають впроваджуватись у практику та не викликають довіри серед керівників та представників органів регіональної влади.

Мета: Обґрунтувати необхідність підготовки менеджерів для реалізації державно-приватного партнерства у системі ПМСД.

Для досягнення поставленої мети у роботі використані загальнонаукові методи аналізу, а також системний і структурно-функціональний підходи. Інформаційною базою для виконання дослідження стали наукові праці вітчизняних та зарубіжних фахівців із організації та управління охороною здоров'я.

Результати та їх обговорення. Механізм державно-приватного партнерства передбачає, що держава є замовником послуг. Саме вона визначає умови такого співробітництва, створює умови для прийняття управлінських рішень приватним сектором, а також здійснює постійний моніторинг, при цьому об'єкт інвестування залишається у власності держави.

Для реалізації проектів ДПП потрібні підготовлені керівники, які повинні оволодіти знаннями щодо кращого світового досвіду використання ДПП, варіантів адаптації ДПП для імплементації в умовах України, механізмів державно-приватного партнерства як ефективного інструменту залучення інвестицій, інновацій та підвищення якості послуг, які надаються населенню.

В умовах державно-приватного партнерства роль організатора, яка була типовою в умовах централізованого управління, змінюється на роль менеджера, управлінця для умов ринкової економіки, за яких складність управлінських завдань різко

підвищується. Отримання подібної кваліфікації вимагає, як мінімум, спеціальної підготовки.

Існуюча система післядипломної підготовки лікарів передбачає навчання керівників ЗОЗ на циклах спеціалізації за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я». Але короткотривалість такого навчання (2 місяці) не забезпечує фундаментальності підготовки, особливо щодо використання принципів ДПП в системі ПМСД.

Необхідною є сучасна програма підготовки менеджерів ПМСД та перепідготовки управлінського кадрового потенціалу. Така програма повинна навчити менеджерів охорони здоров'я вирішувати завдання організації медичного закладу на базі ДПП, вміло розпоряджатися фінансовими ресурсами, забезпечувати залучення приватних інвестицій для інновацій, формувати ефективний кадровий потенціал.

Вирішення завдання підготовки сучасних менеджерів вимагає компетентного професорського – викладацького складу, сформованого з представників вищої школи менеджменту, які мають досвід роботи з програмами для керівників, а також медичну та бізнес-освіту. Такий склад викладачів буде здатний підготувати менеджерів, як з питань класичної теорії управління, так і з менеджменту, маркетингу, економіки, права, інформаційних технологій; менеджерів, які у своїй діяльності використовують науково-обґрунтовані методи управління, а не тільки інтуїцію та практичний досвід.

Керівник закладу ПМСД повинен направлятися на навчання вже маючи проект розвитку керованого ним закладу та у процесі вивчення навчальних дисциплін його розробляти та захищати у ході підсумкової атестації.

Функціонування системи підготовки менеджерів і використання цих кадрів на практиці дозволить адаптувати заклади ПМСД до роботи на принципах державно-приватного партнерства.

Підготовка для системи ПМСД сучасних менеджерів, які мають алгоритм мислення підприємців і зможуть забезпечити запровадження механізмів ДПП вимагає розробки спеціальних навчальних програм та організації спеціальних циклів для підготовки менеджерів.

Результати дослідження будуть враховані при обґрунтуванні та розробці сучасної моделі медичного закладу на принципах державно-приватного партнерства та механізмів управління нею.

В.Н. Лесовой, Т.Л. Валковская

Остеопонтин и минеральная плотность костной ткани у пациентов на перитонеальном диализе

**Харьковский национальный медицинский университет, м. Харків, Україна
Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шановала, м. Харків, Україна**

В течении последних десятилетий благодаря непрерывно развивающимся новым медицинским технологиям существенно улучшается

качество диализной помощи. Однако увеличение продолжительности жизни этих пациентов сопряжено с формированием новых медицинских проблем, одной из

которых является изменение минеральной плотности костной ткани (МПКТ), в следствии нарушений фосфорно-кальциевого обмена (ФКО). Постоянно возрастающее количество больных, страдающих терминальной почечной недостаточностью, распространённость и тяжесть почечных остеодистрофий, осложняющих её течение, обуславливают актуальность всестороннего изучения проблем, ассоциированных с костной патологией при хронической почечной недостаточности (ХПН).

Центральное место в диагностике костных нарушений у диализных больных занимает гистоморфология биоптата гребня подвздошной кости. Однако этот метод не нашёл широкого применения ввиду своей инвазивности. В клинической практике наиболее часто о варианте ренальной остеодистрофии предполагают, основываясь на значении паратиреоидного гормона (ПТГ), щелочной фосфатазы (ЩФ). Несмотря на уже известные механизмы возникновения ренальной остеодистрофии поиск её новых детерминант продолжается. Значительный интерес представляет остеопонтин (ОП) – плейотропный цитокин, который экспрессируется в минерализованных тканях и является главным неколлагеновым матриксным белком кости. Таким образом, этот биологический маркер считаем перспективным для количественного изучения и определения его роли в развитии минерально – костных нарушений у пациентов на ЗПТ.

Материалы и методы. В анализ включено 46 пациентов находившихся в отделении нефрологии и перитонеального диализа Харьковского областного центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала. Среди них было 32 мужчины и 14 женщины. Средний возраст больных составил $45,3 \pm 5,2$ лет. В подавляющем большинстве случаев ТПН была исходом хронического гломерулонефрита (у 24-х больных), у 10-ти человек – поликистоз почек, у 4-х диабетический гломерулосклероз и гипертонический нефроангиосклероз у 3-х пациентов.

Диагностику нарушений фосфорно-кальциевого обмена осуществляли методом биохимического исследования уровня общего Са, Р, щелочной фосфатазы в сыворотке крови. Определяли уровни ПТГ и ОП по стандартной методике.

Всем пациентам была выполнена ультразвуковая денситометрия пяточной кости с использованием ультразвукового костного денситометра «Achilles Express Lunar» с оценкой абсолютного значения МПК (в $г/м^2$) и расчётом Т и Z критериев.

Результаты исследования. При оценке состояния фосфорно-кальциевого метаболизма было выявлено, что у 50% больных уровень Са был менее 2,2 ммоль/л (23 чел.), у 14-ти пациентов отмечалась гиперкальциемия (уровень Са более 2,5 ммоль/л) и только у 9-ти пациентов содержание Са находилось в целевом диапазоне 2,2 ммоль/л. Гиперфосфатемия (Р – $2,4 \pm 0,6$) выявлена у 14 пациентов (33%) и напрямую зависела от значений ПТГ ($p < 0,05$). Уровень ПТГ большинства пациентов (65%) укладывался в диапазон 150–600 пг/мл и составлял в среднем 445 ± 24 пг/мл, у 12 пациентов (25%) превышал 600 пг/мл и составлял 1175 ± 368 пг/мл.

Средний уровень ОП у пациентов на перитонеальном диализе в 6–9 раз превышал референсные значения и составлял $248,31 \pm 45,3$. По нашим данным, только у 5–7% пациентов, находящихся на диализе, уровень ОП находился в границах нормы для здоровой популяции.

Анализ результатов костной денситометрии показал, что распространённость сниженной МПК в дистальном отделе лучевой кости до уровня остеопении отмечалась у 32% пациентов, до уровня остеопороза у 30% и нормальная МПК отмечалась у 38% исследуемых.

При сравнительном анализе в подгруппах с нормальной и сниженной МПК установлено, что пациенты со сниженной МПК имели достоверно более высокое содержание ПТГ и ОП.

Выявленные статистически значимые взаимосвязи уровня ОП и показателей остеоденситометрии свидетельствуют, что данный маркер может быть использован для определения степени резорбции костной ткани.

Показатель	Нормальный уровень МПК; n=17	Сниженный уровень МПК; n=31
ПТГ, пг/мл	$238 \pm 28,7$	$745 \pm 64,45$
ОП, пг/мл	$104,5 \pm 78$	$246 \pm 50,31$

В.М. Михальчук, В.М. Пащенко, Я.І. Августиневич

Оренда як організаційно-правова форма трансформації ПМСД

Кафедра управління охороною здоров'я НМАПО імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Сучасний напрямок реформування ПМСД полягає в перетворенні комунальних медичних установ в комунальні неприбуткові підприємства.

Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VII «Про внесення змін до деяких законів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» передбачає перетворення державних та комунальних закладів охорони здоров'я в некомерційні

медичні підприємства. Одночасно Господарський кодекс України та Закон про місцеве самоврядування не обмежують права територіальних громад щодо створення тих чи інших видів комунальних підприємств. Рішення про запровадження таких організаційно-правових змін не потребує погодження Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України чи інших органів державної влади України.

В той же час Методичними рекомендаціями, що схвалені Робочою групою МОЗ України 14.02.2018 р. рекомендовано перетворювати бюджетні медичні установи виключно у комунальні некомерційні підприємства. Про таку організаційно-правову форму підприємства, як орендне підприємство не згадується, а робота лікарів підприємств системі ПМСД, які одержали ліцензію на приватну медичну практику не розглядається. В той же час, на нашу думку, така організаційно-правова форма діяльності як орендне підприємство, робота лікарів-підприємців в системі ПМСД за угодою дає з одного боку більше можливостей для розвитку, в порівнянні з некомерційним комунальним підприємством, а з іншого боку, громада як власник майна не втрачає можливостей контролю за діяльністю закладу.

Розглянемо особливості створення та діяльності згаданих організаційно-правових форм

Орендним визнається підприємство, створене орендарем на основі оренди цілісного майнового комплексу існуючого медичного закладу чи організації або їх структурного підрозділу з метою здійснення господарської діяльності.

В галузі охорони здоров'я орендарем є юридична особа, створена членами трудового колективу медичного закладу, майновий комплекс якого є об'єктом оренди. Орендодавцем щодо майнових комплексів, які належать до комунальної власності, є територіальні громади.

Створення орендного підприємства регулюється чинним законодавством:

1. Господарським кодексом України (ст. 115);
2. законом України „Про оренду державного та комунального майна” (ст. 8);
3. „Основами законодавства України про охорону здоров'я” (ст. 16);
4. Законом України „Про господарські товариства”
5. декрет КМ України № 26-92 від 31.12.92 р. „Про перелік майнових комплексів державних підприємств, організацій, передача в оренду яких не допускається (в списку відсутні організації, установи охорони здоров'я);
6. законом України «Про державну реєстрацію юридичних та фізичних осіб-підприємців» від 15.05.2003 р. № 755 -IV.

Порядок створення орендного підприємства:

1. Рішення трудового колективу медичної установи про оренду цілісного майнового комплексу

вважається прийнятим, якщо за нього проголосують більше половини членів трудового колективу медичної установи.

2. Після прийняття рішення про оренду цілісного майнового комплексу члени трудового колективу медичної установи засновують відповідно до чинного законодавства господарське товариство.

3. До реєстрації у встановленому порядку статуту господарського товариства кожен член трудового колективу медичної установи, цілісний майновий комплекс якої передається в оренду, має право вступити у зазначене господарське товариство на підставі особистої заяви.

4. Створене членами трудового колективу господарське товариство має переважне перед іншими фізичними та юридичними особами право на укладання договору оренди.

5. Господарське товариство, створене членами трудового колективу, звертається у відповідний орган управління охороною здоров'я, у віданні якого знаходиться дана медична установа, з проханням підтримати ініціативу трудового колективу про передачу в оренду цілісного майнового комплексу медичної установи.

6. Після погодження з місцевим органом управління охороною здоров'я оренди цілісного майнового комплексу господарське товариство звертається за дозволом місцевої ради (для медичних установ комунальної власності). Питання оренди вирішується рішенням сесії місцевої ради.

7. На підставі рішення відповідної ради між орендодавцем та орендарем підписується договір оренди на певний строк. Орендне підприємство стає правонаступником прав та зобов'язань медичної установи.

Наведена методика створення орендного підприємства може була використана при оренді цілісного майнового комплексу лікарської амбулаторії лікарем-підприємцем, що уклав угоду з місцевою громадою на обслуговування населення.

Орендне підприємство дозволяє отримати більшу економічну свободу ніж некомерційне підприємство з приводу використання матеріальних та фінансових ресурсів з одного боку, а з іншого боку зберегти контроль за цільовим використанням матеріальних ресурсів медичного закладу.

Ю. О. Пичугіна

Особливості поліморфізму гену VDR у дітей з бронхіальною астмою на тлі надмірної маси тіла та ожиріння

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Бронхіальна астма (БА) як і ожиріння є складними, комплексними патологіями, на реалізацію яких впливають екологічні і генетичні

чинники. Природжені і адаптивні механізми відіграють важливу роль в патогенезі цих захворювань. Багато генів, що беруть участь в процесах запалення і імунорегуляції,

пов'язані з БА і ожирінням. Роль вітаміну D в генезі алергічних реакцій широко досліджена за останні роки. Для вивчення механізмів, що лежать в основі комплексу вітаміну гармон-рецептор в патогенезі ожиріння, були виконані генетичні і імунологічні аналізи у людей з надмірною масою тіла і з гармонійним фізичним розвитком, без інших супутніх хронічних захворювань. Результати показали, що поліморфізми VDR корелюють з розвитком ожиріння. Крім того, можна виділити гаплотипи VDR GTA, які пов'язані із статистичним збільшенням ризику IMT і з більш високим рівнем IMT, – rs731236 (G), rs1544410 (T), rs7975232 (A). Ці ж гаплотипи пов'язані з БА і рівнем астма-контролю.

Мета роботи: Вивчити особливості поліморфізму гену VDR у дітей з БА на тлі надмірної маси тіла (НадМТ) або ожиріння.

Нами був вивчена поліморфізм гену VDR rs1544410 у 42 дітей з БА на тлі НадМТ або ожиріння, які склали основну групу, та 20 дітей з БА та гармонійному фізичному розвитку (ГарФР), які склали групу порівняння. Групи були однорідні за полом, віком, зростом та важкістю перебігу основного захворювання. Усім хворим було проведено єдиний комплекс діагностичних досліджень.

Було виявлено, що більшість дітей, 54,8% з основної групи мали мутацію гену VDR rs1544410, 38,1% мали поліморфізм дослідженого гену, та 7,1% мали нормальний розподіл гену. Діти, які склали групу порівняння, у 40% випадків мали мутацію, у 35% поліморфізм та у 25% нормальний розподіл генів. Проте діти з ГарФР та без соматичної патології, які склали групу контролю у більшості мали нормальний розподіл генів 90%, та лише 10% мали поліморфізм гену VDR, мутації виявлено не було. У діти, які мали мутацію або поліморфізм гену VDR, було виявлено нижчий рівень астма-контролю ніж у дітей з нормальним розподілом генів (15,52±0,56; 16,92±0,28 і 18,13±0,33 відповідно). Критерій Пірсона показує, що зв'язок між факторним та результативним признаками статистично значущий, $p=0,01$.

Висновки: Таким чином, встановлено, що хворі на астму діти мають статистично значуще більший процент поламок у дослідженому гені, що підтверджено z -критерієм Фішера. Різниця між основною групою і групою порівняння була статистично не значима, тобто у більшості дітей з БА було виявлено мутацію або поліморфізм гену VDR rs1544410, незважаючи на наявність НадМТ або ожиріння. Також було виявлено зв'язок між наявністю генетичних поламок та рівнем астма-контролю у дітей з БА.

М.М. Росул

Клінічна ефективність застосування блокаторів рецепторів ангіотензину II: фокус на олмесартан

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

Артеріальна гіпертензія (АГ) на сьогодні залишається найпоширенішим неінфекційним захворюванням дорослого населення у всьому світі, а також розглядається як один із основних факторів ризику (ФР) виникнення серцево-судинних ускладнень, що, в свою чергу, призводять до інвалідизації та зростання смертності. Разом з тим, з усіх існуючих ФР контроль артеріального тиску (АТ) є найдоступнішим способом профілактики серцево-судинних захворювань і смертності. В багатьох дослідженнях було продемонстровано позитивний вплив зниження АТ у пацієнтів, які страждають на АГ, на зменшення розвитку фатальних і нефатальних серцево-судинних подій.

Розробка тактики лікування АГ є однією з найбільш важливих проблем сучасної кардіології. Мета лікування пацієнта з АГ – досягнення максимального зниження сумарного ризику розвитку серцево-судинних ускладнень за рахунок, перш за все, досягнення та підтримання цільового рівня АТ. При цьому практикуючий лікар повинен обирати препарат з хорошою антигіпертензивною ефективністю, переносимістю та можливістю органопротекції. Вибір антигіпертензивного препарату також залежить від наявності у пацієнта супутніх патологічних станів та

захворювань, що обумовлює індивідуалізацію лікування та підбір терапії, яка б включала найменшу кількість необхідних лікарських засобів, що діють патогенетично і одночасно зачіпають найбільшу кількість патологічних процесів, з найкращим профілем переносимості.

Метою нашого дослідження є короткий огляд одного з класу антигіпертензивних препаратів – блокаторів рецепторів АТ II (БРА) та одного з його представників останнього покоління – олмесартану.

Ренін-ангіотензин-альдостеронова система (РААС) є однією з основних нейрогормональних систем, яка відіграє центральну роль в формуванні і прогресуванні АГ, а також визначає ураження органів-мішеней. Ангіотензинперетворюючий фермент (АПФ) – ключовий фермент РААС, який сприяє перетворенню ангіотензину I в ангіотензин II (АТ II). Останній володіє широким спектром біологічної активності і реалізує свої впливи за допомогою стимуляції специфічних рецепторів – рецепторів АТ II кількох типів. Саме через стимуляцію АТ I-рецепторів АТ II реалізує такі несприятливі ефекти, як вазоконстрикція, стимуляція вивільнення альдостерону та затримка натрію і води, обумовлює розвиток патологічних змін в органах-мішенях, в тому числі гіперплазію і гіпертрофію гладеньких м'язів судин та

міокарда, сприяє розвитку та посилення фібропластичних процесів, активує медіатори запалення, агрегацію тромбоцитів, сприяє атеросклеротичному ураженню судин тощо. Тому сьогодні абсолютно неможливо увести терапевтичну практику без застосування блокаторів РААС – інгібіторів АПФ (іАПФ) чи препаратів БРА або сартанів. Кожна група препаратів має свої плюси та мінуси. Унікальність іАПФ полягає в тому, що вони дають «подвійний» терапевтичний ефект: послаблюють «агресію» АТ II (пресорна ланка) та посилюють захисну дію брадикініну (депресорна ланка). Проте, саме брадикініновий механізм дії іАПФ, лежить в основі виникнення кашлю у пацієнтів та змушує припиняти лікування. Також, іАПФ знижують рівень АТ II, усуваючи відразу всі його ефекти – і негативні, і корисні, що реалізуються шляхом стимуляції АТ2-рецепторів. Крім того, при прийомі іАПФ у частини хворих відзначається так званий «ефект вислизання», тобто послаблення антигіпертензивної активності препаратів.

БРА діють більш селективно і блокують лише АТ1-рецептори, які відповідальні практично за всі негативні ефекти АТ II, при збереженні та підсиленні здатності циркулюючого АТ II взаємодіяти із АТ2-рецепторами, що супроводжується вазодилатацією, антипроліферацією, натрійурезом та сприяє додатковим органопротективним ефектам щодо нирок, серця, судин, а це, в свою чергу, гальмує прогресування хвороби. У цілій низці досліджень було продемонстровано додаткові АТ-незалежні органопротективні ефекти: кардіопротекція (LIFE, LIFE-HEART), нефропротекція (IRMA II, IDNT, MARVAL, RENAAL, DETAIL), нейропротекція (MOSES, ACCESS) та покращання глікемічного контролю (VALUE, LIFE, ALPINE, NAVIGATOR). Особливістю застосування сартанів є їх відмінна переносимість, низька частота побічних ефектів і скасування препарату, яку можна порівняти з плацебо. Низька прихильність пацієнтів до лікування досить значима в реальному житті і є причиною недостатнього контролю АТ і високого ризику серцево-судинних ускладнень. Блокуючи тільки АТ1-рецептори, БРА не викликають підвищення рівня брадикініну і пов'язаних з останніми побічних ефектів у вигляді ангіоневротичного набряку і появи сухого кашлю у пацієнтів. Відсутність кашлю та дуже мала кількість алергічних реакцій є безумовними перевагами сартанів над іАПФ. Крім цього, представники БРА чинять більш виражену антигіпертензивну дію, так як АТ II може утворюватися під дією не тільки АПФ. Крім того, БРА здатні проникати через гематоенцефалічний бар'єр та гальмувати активність пресинаптичних АТ1-рецепторів симпатичних нейронів, послаблюючи пресорну дію АТ II, тобто не можна виключити наявність також центральних механізмів антигіпертензивної дії БРА. Все вищевикладене диктує необхідність більш широкого застосування БРА на Україні.

Наступним кроком є вибір найбільш оптимального і ефективного представника з даного класу препаратів. Ми пропонуємо розглянути один з нових препаратів, а саме олмесартану медоксоміл, представлений на ринку України препаратом Кардосал (фірма Berlin-Chemie, Германия). На сьогодні наявні результати величезної кількості різноспрямованих досліджень, які засвідчують значну перспективність препарату.

Олмесартан володіє унікальним механізмом зв'язування з АТ1-рецепторами: за допомогою домену подвійного ланцюга він взаємодіє з двома сайтами специфічного рецептора, що містить ОН- і α -COOH-групи, в той час як всі інші сартани зв'язуються виключно з доменом рецептора, що містить тільки ОН-групу. Цей механізм блокади рецептора АТ II дозволяє олмесартану триваліше блокувати пресорні ефекти АТ II і надавати більш виражений за силою і тривалістю антигіпертензивний ефект, що відрізняє препарат від інших представників цього класу. Зниження АТ при прийомі олмесартану настає достовірно раніше в порівнянні з іншими сартанами (вже через 2 тижні лікування). Значимість раннього зниження АТ для зменшення частоти серцево-судинних подій та інсульту продемонстрована в багатьох клінічних дослідженнях. Важливими особливостями олмесартану є істотний антиатерогенний ефект (дослідження OLIVUS, MORE) і найбільш виражена серед інших сартанів вазопротекторна і протизапальна дія (дослідження EUTOPIA). Олмесартан виявляє також виражені нефропротекторні властивості у пацієнтів з АГ і коморбідною патологією, в тому числі у пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу і хронічною хворобою нирок.

Згідно з існуючими рекомендаціями хворим з АГ та високим кардіоваскулярним ризиком терапію слід починати з комбінації двох препаратів і, якщо цього недостатньо, додавати третій препарат. Гарно зарекомендувала себе комбінація олмесартану з гідрохлортіазидом (Кардосал плюс 20/12,5 і 20/25 мг) чи амлодипіном (Аттендо 20/5, 40/5, 40/10 мг), фірма Berlin-Chemie, Германия. Призначення цих класів препаратів у фіксованих комбінації має більш швидкий, виражений і тривалий антигіпертензивний ефект, дозволяє досягти цільового рівня АТ у більшого відсотка пацієнтів та зменшити число побічних ефектів препаратів. При цьому, у випадку використання фіксованих комбінацій значно покращується прихильність хворих до лікування.

Висновок. Потужний антигіпертензивний ефект, чудова переносимість, плейотропні властивості дозволяють розглядати олмесартан як сучасний інноваційний препарат для стартового лікування АГ, як в монотерапії, так і в комбінації з гідрохлортіазидом чи амлодипіном.

М.М. Росул, К.М. Грецишин, Н.В. Іваньо, М.О. Корабельщикова

Застосування антитромботичної терапії у хворих з фібриляцією передсердь: сучасний стан проблеми

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна
Інститут сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Фібриляція передсердь (ФП) – одне з найбільш поширених хронічних порушень ритму серця, яке зустрічається в популяції з частотою 1–2 на 100 осіб. Як самостійна форма ФП не є загрозливою для життя пацієнта, але її розвиток асоціюється з високим ризиком тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ), прогресуванням серцевої недостатності та зростанням ризику серцево-судинної смертності. За даними епідеміологічних досліджень ФП, незалежно від інших факторів, удвічі збільшує ризик виникнення інсульту. В останні роки досить активно вивчається питання можливості профілактики ішемічних інсультів у хворих із ФП.

Метою нашого дослідження було визначити найбільш вагомні сприяючі фактори розвитку кардіоемболічного інсульту у хворих з ФП та провести ретроспективний аналіз частоти застосування антитромботичної терапії (АТТ) у хворих з ФП в умовах амбулаторної клінічної практики і проаналізувати їх відповідність до існуючих рекомендацій щодо профілактики ТЕУ.

Обстежено 60 хворих із неклапанною формою ФП, віком від 40 до 89 років (середній вік $69,3 \pm 10,38$ років), які проходили стаціонарне лікування в кардіологічному відділенні для хворих на інфаркт міокарда, кардіологічному відділенні та відділенні судинної неврології ЦМКЛ м. Ужгорода у 2016–2017 роках. Всі хворі були розділені на дві групи: 22 хворих з перенесеним епізодом ТЕУ – кардіоемболічний інсульт (основна група) та 38 осіб без перенесеного ТЕУ (група порівняння).

У ході проведення обстеження не було знайдено достовірної різниці між тривалістю ФП серед хворих без ТЕУ ($3,49 \pm 2,35$ років) та з перенесеним ТЕУ ($3,90 \pm 1,3$ років). Проте, в основній групі хворих достовірно переважали пацієнти, які мали постійну форму ФП (95,45%), тоді як в групі порівняння спостерігалась рівна частка постійної та рецидивуючих форм ФП (пароксизмальної та персистуючої) – 52,63% та 47,37% відповідно. Таким чином, найбільш небезпечною для виникнення ТЕУ виявилась постійна форма ФП.

Серед хворих із ФП і ТЕУ осіб жіночої статі було достовірно більше – 15 (68,18%) проти 7 чоловіків (31,81%), $p < 0,05$, тоді ж як серед хворих з ФП без ТЕУ частка осіб чоловічої та жіночої статі була приблизно однаковою – 20 (52,63%) та 18 (47,35%), відповідно, $p > 0,05$. Отже, жіноча стать асоційована з вищим ризиком розвитку інсульту.

Аналіз вікових категорій хворих із ФП та перенесеним ТЕУ показав достовірну залежність частоти ФП від віку: найменша кількість хворих відмічалась у віковій категорії 40–49 р. – 4,55% випадків, тоді як

найбільша частка хворих – 13 (59,1%) припадала на вікову категорію старше 70 р.

Важливе значення у виборі стратегії профілактики ТЕУ у пацієнтів із ФП є оцінка ризику за шкалою CHA₂DS₂-VASC. Ретроспективний аналіз даних оцінки ризику за шкалою CHA₂DS₂-VASC показав, що всі 22 (100%) пацієнти основної групи мали високий ризик ТЕУ до поступлення у стаціонар і розвитку у них інсульту, а саме: 3–4 бали – 2 (9,09%) осіб, 5–8 балів – 20 (90,91%) осіб. Серед пацієнтів із ФП без ТЕУ низький ризик (0 балів) мав 1 (2,63%) пацієнт, 1–2 бали – 11 (28,95%) хворих, 3–4 бали – 18 (47,37%) пацієнтів, 5–8 балів – 8 (21,05%) осіб. Отже, всі пацієнти основної групи та більша частка пацієнтів групи порівняння повинні були приймати АТТ на амбулаторному етапі лікування, зокрема препарати антагоністів вітаміну К чи нові оральні антикоагулянти (НОАК).

Усіх пацієнтів опитано щодо медикаментозної терапії, яку вони приймали до поступлення на стаціонарне лікування та виникнення ТЕУ. При цьому враховували лише препарати, які, зі слів хворих, вони приймали регулярно. Аналіз амбулаторного профілактичного медикаментозного лікування показав, що для запобігання тромбоемболічним ускладненням серед хворих основної групи АТТ приймали тільки 13 осіб (59,09%), а в групі порівняння 16 осіб (42,11%). Таким чином, значна частка пацієнтів з ФП взагалі не брали ніяких препаратів, що попереджають тромбоемболічні ускладнення (40,91% з основної групи та 57,89% групи порівняння), не дивлячись на надані їм рекомендації.

Із антитромботичних засобів в основній групі до розвитку ТЕУ варфарин приймали тільки 8 осіб (36,36%), антиагреганти (препарати аспірину та/або клопідогрель) приймали 5 осіб (22,73%), НОАК не приймав жоден з обстежених пацієнтів. У групі порівняння 7 осіб (18,42%) приймали варфарин і 9 осіб (23,68%) приймали антиагреганти. Отже, багатьом пацієнтам з ФП і ризиком інсульту все ще призначаються антиагреганти, а не пероральні антикоагулянти. В оновлених рекомендаціях з ведення та лікування пацієнтів з ФП чітко зазначається, що ефективність АСК у профілактиці інсульту незначна. При цьому ризик внутрішньочерепної кровотечі на фоні прийому АСК суттєво не відрізняється від використання пероральних антикоагулянтів, особливо у осіб похилого віку. Антиагреганти повинні призначатись лише при категоричній відмові хворим приймати будь-які пероральні антикоагулянти для профілактики інсульту при ФП або за неможливості проводити терапію антагоністом вітаміну К (наприклад, неспроможність проводити або продовжувати моніторинг показників з'ясування крові – контроль міжнародного нормалізованого відношення (МНВ) чи протромбінового індексу (ПТИ)).

Відомо, що ризик тромбоемболічних і геморагічних подій у хворих, які приймають варфарин, тісно пов'язаний з її контролем. Результати нашого дослідження продемонстрували, що серед всіх пацієнтів із ФП обох досліджуваних груп, які приймали постійно варфарин (15 пацієнтів) регулярно проводили контроль МНВ 2 осіб (13,33%), 6 осіб (40,0%) регулярно визначали ППТ, а 7 (46,67%) осіб взагалі не проводили контроль, не зважаючи на надані їм рекомендації щодо контролю варфаринотерапії.

Висновки. Підводячи підсумки, слід зазначити, що частота ТЕУ достовірно зростає із збільшенням віку хворих із ФП та достовірно частіше спостерігається в осіб жіночої статі. Найбільш загрозливою для виникнення ТЕУ не залежно від статі є постійна форма ФП, яка мала місце у 95% випадків. Слід відзначити, що однією з вагомих причин високої частки тромбоемболічних ішемічних інсультів є неналежна амбулаторна АТТ: обмежене призначення пероральних антикоагулянтів та

відсутність належного контролю їх ефективності. Багатьом пацієнтам з ФП все ще вимушено призначаються антиагреганти, а не пероральні антикоагулянти, а велика кількість пацієнтів взагалі не вживають ніяких препаратів, що попереджають тромбоемболічні ускладнення.

На наш погляд, одним з основоположних чинників, які можуть вплинути на зміну ситуації, є навчання і постійна мотивація хворих, демонстрація переваг прийому АТТ, у порівнянні з ігноруванням проблеми, доступність контролю МНВ у випадку застосування варфарину, а також активне застосування НОАК згідно з сучасними рекомендаціями з ведення пацієнтів з ФП і в цьому провідна роль належить сімейним лікарям. Пацієнти, які добре поінформовані щодо конкретних терапевтичних методів, мають вищу прихильність до лікування, нижчий рівень тривоги та кращі наслідки порівняно з погано інформованими пацієнтами.

Г.О. Слабкий¹, С.В. Дудник², Л.О. Качала¹

Сучасні міжнародні підходи щодо охорони дитячого здоров'я на рівні первинної медико-санітарної допомоги

¹Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета – дослідити сучасні міжнародні підходи та тенденції розвитку первинної медико-санітарної допомоги щодо охорони дитячого здоров'я та попередження репродуктивних втрат на первинному рівні.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження слугували сучасні міжнародні документи щодо забезпечення дитячого населення медичною допомогою на первинному рівні її надання. Використано аналітичний метод дослідження та метод системного підходу.

Результати. Первинна медико-санітарна допомога є основою системи охорони здоров'я, в тому числі вона має грати одну із провідних ролей у покращенні стану здоров'я дітей у будь-якому віці, у боротьбі як з інфекційними так і неінфекційними захворюваннями, у запровадженні заходів щодо попередження дитячої інвалідності і смертності. Слід зазначити, що за даними ВООЗ, у більшості систем охорони здоров'я світу первинна медико-санітарна допомога є слабкою ланкою. Підвищення ефективності функціонування даного рівня медичної допомоги є пріоритетною задачею, що має прискорити досягнення Цілей Сталого Розвитку і тому потребує моніторингу та відстеження ключових показників первинної медико-санітарної допомоги. Досягнення вищезазначених цілей можливо при забезпеченні загального охоплення населення, зокрема дітей, основними та доступними медико-санітарними послугами, що має забезпечити охоплення найбільш вразливих і найуразливіших прошарків необхідною їм медичною допомогою найбільш справедливим чином і може бути можливим лише за умови наявності в країні стійкої потужної системи

первинної медико-санітарної допомоги, здатної надавати вищезазначені послуги. Сучасні світові концепції наголошують, на наданні гарантованих умов дітям, особливо у ранньому віці, для виживання та процвітання, що впливає з їх прав людини. Первинна медико-санітарна допомога дитячому населенню потребує постійного спостереження, проведення оцінки ефективності процесу впровадження та якості її надання на предмет загального охоплення медико-санітарними послугами дітей, особливо, і тих, що мешкають у важкодоступних районах країни, для чого треба запровадити відповідні показники рівнів і справедливості охоплення послугами дітей для постійного комплексного моніторингу.

Виходячи із сучасних рекомендацій, доцільним буде впровадження та застосування для моніторингу та оцінки охорони дитячого здоров'я на рівні первинної медико-санітарної допомоги показників планування родини, показників якості допологового спостереження, захворюваності та поширеності хвороб серед дітей, смертності дітей, показників імунізації, показників інвалідізації дитячого населення, показників звернень за медичною допомогою, також обов'язковим є спостереження за показниками потенціалу медичних служб та доступу до них, таких як показники базового доступу до лікарень, укомплектованості медичними кадрами, доступності до основних лікарських засобів або забезпеченості дітей ліками, безпечності охорони дитячого здоров'я, дотримання медико-санітарних правил та стандартів.

Г.О. Слабкий¹, С.В. Дудник²

Смертність дітей сільської місцевості поза стаціонаром в контексті первинної медико-санітарної допомоги

¹Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета – дослідити доступність первинної медико-санітарної допомоги в контексті вивчення тенденцій смертності дітей поза стаціонаром (у віці до 1-го року, у віці від 1-го до 2-х років) в сільській місцевості за регіонами України.

Матеріали і методи. Дослідження та необхідні розрахунки проведено за оперативними даними моніторингу (за період 2016-2017 рр.), методи: аналітичний, статистичний, системного підходу.

Результати та обговорення. Первинна медико-санітарна допомога є основою системи охорони здоров'я, в тому числі вона має грати одну із провідних ролей у покращенні стану здоров'я дітей у будь-якому віці, у боротьбі як з інфекційними так і неінфекційними захворюваннями, у запровадженні заходів щодо попередження дитячої інвалідності і смертності. Слід зазначити, що за даними ВООЗ, у більшості систем охорони здоров'я світу первинна медико-санітарна допомога є слабкою ланкою. Підвищення ефективності функціонування даного рівня медичної допомоги є пріоритетною задачею, що має прискорити досягнення Цілей Сталого Розвитку і тому потребує моніторингу та відстеження ключових показників первинної медико-санітарної допомоги. Досягнення вищезазначених цілей можливо при забезпеченні загального охоплення населення, зокрема дітей, основними та доступними медико-санітарними послугами, що має забезпечити охоплення найбільш вразливих прошарків необхідною їм медичною допомогою найбільш справедливим чином і може бути можливим лише за умови наявності в країні стійкої потужної системи первинної медико-санітарної допомоги, здатної надавати вищезазначені послуги.

В Україні за її регіонами спостерігаються достатньо високі рівні дитячої смертності, а також висока питома вага дитячих смертей поза стаціонару, особливо в сільській місцевості, що характеризує та свідчить в певній мірі про рівень розвитку, доступності первинної медико-санітарної допомоги. За результатами дослідження на підставі даних оперативного моніторингу питома вага дітей, померлих поза стаціонаром (до року) в сільській місцевості за регіонами України в 2017 р. залишилась без змін в порівнянні з 2016 р. у Полтавській

області (5,0%), Волинській області (0%) та Дніпропетровській області (19,1%), тенденції до зменшення частки смертей дітей поза стаціонаром у віці до року в сільській місцевості спостерігаються у шести областях (Львівській області – зниження на 54%, Кіровоградській на 67,8%, Київській на 6,1%, Закарпатській на 44,5%, Івано-Франківській на 11,9%, Одеській на 74,7%), зростання питомої ваги дітей, померлих поза стаціонару в сільській місцевості у віці до одного року відбулось у 15 областях, де найвищі рівні зафіксовані у Чернігівській області (2016 р. – 13,3%, 2017 р. – 14,3%), Хмельницькій області (12,5%, 18,5% відповідно), Дніпропетровській (19,10% у 2016 та 2017 рр.), Донецькій області (2016 р. – 23,80%, 2017 р. – 30,30%), Луганській області (2016 р. – 0%, 2017 р. – 33,33%). Найвищі частки дітей, померлих поза стаціонару в сільській місцевості у віці від 1-го до двох років у 2017 році спостерігались у Львівській (20,0%), у Черкаській (20,0%), Дніпропетровській (25,0%), Рівненській (25,0%), Закарпатській (26,32%), Тернопільській (30,0%), Житомирській (32,4%), Вінницькій (33,2%), Київській (33,3%), Хмельницькій (33,3%) та Чернівецькій (40,0%) областях.

Висновки. Первинна медико-санітарна допомога дитячому населенню потребує подальшого дослідження, проведення оцінки ефективності процесу впровадження та якості її надання на предмет загального охоплення медико-санітарними послугами дітей, особливо, що мешкають в сільських районах країни, для чого треба запровадити відповідні показники рівнів і справедливості охоплення послугами дітей. Це можуть бути показники планування родини, показники якості допологового спостереження, захворюваності та поширеності хвороб серед дітей, смертності дітей, показники імунізації, показники інвалідизації, показник звернень за медичною допомогою, також обов'язковим є спостереження за показниками потенціалу медичних служб та доступу до них, а саме це можуть бути показники базового доступу до лікарень, укомплектованості медичними кадрами, доступності до основних лікарських засобів або забезпеченості ліками, безпечності охорони здоров'я, дотримання медико-санітарних правил та стандартів.

І.М. Ткачук

Сучасний стан проблеми надмірної маси тіла та ожиріння у військовослужбовців

Українська військово-медична академія, Клініка амбулаторної допомоги
Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України, м. Київ, Україна

Загальновідомо, що надмірна маса та ожиріння є факторами ризику серцево-судинних захворювань.

Мета. Дослідити поширеність надмірної маси тіла та ожиріння у військовослужбовців; рівень фізичної активності та основні характеристики харчування у даного контингенту осіб.

Матеріали та методи. Методом випадкової вибірки було проведено анкетне опитування 242 військовослужбовців Київського гарнізону, які проходили медичний огляд в 2010–2011 рр. (1 група) та 224, які проходили медичний огляд в 2016–2017 рр. (2 група). Обстежені військовослужбовці чоловічої статі. Середній вік обстежених 1 групи – 33,2±1,4 років, 2 групи – 31,3±1,2 років (при $p>0,05$).

Результати дослідження. За результатами нашого дослідження, надлишкова маса тіла і ожиріння виявлена у 49,7±3,2% у військовослужбовців 1 групи і 50±3,3% 2 групи (при $p>0,05$). Нездорове харчування і гіподинамія в сучасних умовах тісно пов'язані із збільшенням поширеності ожиріння і надлишкової маси тіла. Так,

недостатній рівень фізичної активності мали: 29,8±5,4% в 1 групі та 31,3±3,1% в 2 групі. Важливо зауважити, що тільки 24,8±3,6% військовослужбовців в 1 групі та 16,1±2,5% в 2 групі (при $p>0,05$) вважали своє харчування збалансованим і раціональним. Характерним для військовослужбовців є порушення режиму харчування (59,6±4,1% та 67,9±3,1% і 1 та 2 групі, відповідно при $p>0,05$). Три-, чотириразового харчування дотримується 19,9±2,6% респондентів в 1 групі та 11,6±2,1% в другій (при $p<0,05$), 2–3 рази на день харчується 56,5±3,2% і 50±3,3% військовослужбовців, відповідно (при $p>0,05$). Слід зазначити, що у 73,3±2,8% респондентів 1 групи та у 67,9±3,1% 2 групи (при $p>0,05$) основний прийом їжі припав на вечірні години.

Висновки. Для військовослужбовців характерна висока поширеність надлишкової маси тіла та ожиріння, а нездорове харчування та недостатня фізична активність є чинниками, які сприяють цьому. Одержані результати обґрунтовують необхідність проведення заходів з підвищення прихильності військовослужбовців до здорового способу життя.

С.В. Фейса¹, І.В. Чопей¹, Л.Ю. Великоклад², С.О. Рудакова¹, М.І. Лазорик¹

Неінвазивний спосіб діагностики неалкогольної жирової хвороби печінки

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

²ДУ «ТМО в Закарпатській області», м. Ужгород, Україна

«Золотим стандартом» діагностики захворювань печінки вважається біопсія печінки з наступним морфологічним дослідженням біоптату [2]. Інші інструментальні та лабораторні методи дослідження вважаються менш чутливими та інформативними та дозволяють діагностувати НАЖХП лише на другій стадії (стеатогепатиту), в той час як для хворого найбільш важливою є діагностика на першій стадії (стадії стеатозу), оскільки це дає можливість вчасно почати лікування і попередити розвиток ускладнень. Нашу увагу привернули методи діагностики НАЖХП за допомогою вирахування так званих діагностичних індексів [4].

Мета роботи: продемонструвати метод неінвазивної поетапної діагностики НАЖХП на стадії стеатозу, розроблений на кафедрі терапії та сімейної медицини УжНУ авторами даної роботи, про що свідчить заявка на винахід [1].

Результати. Неінвазивна діагностика НАЖХП виконується поетапно. Спочатку проводиться комплексне обстеження хворого зі збором скарг, анамнезу щодо

виключення споживання алкоголю та наркотиків, антропометричними замірами зросту, маси тіла та вирахуванням індексу маси тіла (ІМТ), обхвату талії (ОТ), визначення у крові активності ферментів аланін-амінотрансферази (АЛТ), аспартат-амінотрансферази (АСТ), рівня тригліцеридів (ТГ), виконанням загального аналізу крові (гемоаналізатором) та виключенням вірусної природи ураження печінки. Після цього визначається коефіцієнт накопичення жирів у печінці (КНЖ) [4] за формулами: для чоловіків: $КНЖ = (\text{обхват талії } ОТ(\text{см}) - 65) \times \text{тригліцериди ТГ (ммоль/л)}$; а для жінок: $КНЖ = (\text{обхват талії } ОТ(\text{см}) - 58) \times \text{тригліцериди ТГ (ммоль/л)}$. При значенні КНЖ більше 4,28 діагностується стеатоз печінки. Після діагностики наявності стеатозу проводиться його диференційна діагностика за допомогою іншого неінвазивного тесту – індексу ІАН (алкоголь/неалкоголь) [3] за формулами: для чоловіків: $ІАН = -58,5 + 0,637 \times \text{СЕО} + 3,91 \times (\text{АСТ:АЛТ}) - 0,406 \times \text{ІМТ} + 6,35$; а для жінок: $ІАН = -58,5 + 0,637 \times \text{СЕО} + 3,91 \times (\text{АСТ:АЛТ}) - 0,406 \times \text{ІМТ}$, де СЕО –

середній еритроцитарний об'єм у фемтолітрах, АСТ – активність аспартат-амінотрансферази в МО/л, АЛТ – активність аланін-амінотрансферази в МО/л. Отримане значення інтерпретують так: при значенні ІА/Н менше нуля діагностують НАЖХП, а при значенні, більшому за нуль, виявлений стеатоз пов'язують із алкогольною природою ураження печінки.

Таким чином, діагностика НАЖХП зводиться до виявлення самого стеатозу, що характеризується накопиченням жиру в печінці, та диференціації його із алкогольною хворобою печінки.

Висновок. Описаний спосіб може бути рекомендований для впровадження в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних умовах як неінвазивний, доступний і високоінформативний для діагностики НАЖХП.

Список літератури:

1. Заявка № а 2018 01642 від 19.02.2018 р. на отримання патенту на винахід «Спосіб неінвазивної поетапної діагностики неалкогольної жирової хвороби печінки на стадії стеатозу» авторів Фейси Сніжани Василівни, Чопей Івана Васильовича та Лазорик Михайла Івановича.

2. Клінічні рекомендації EASL-EASD-EASO щодо діагностики та лікування неалкогольної жирової хвороби печінки / J. of Hepatology. – 2016. – Vol. 64. – P.1388-1402.

3. Dunn W, Angulo P, Sanderson S, Jamil LH, Stadheim L, Rosen C, Malinchoc M, Kamath PS, Shah VH. Utility of a new model to diagnose an alcohol basis for steatohepatitis. Gastroenterology. 2006; 131(4):1057-63.

4. Overview and development in noninvasive diagnosis of nonalcoholic fatty liver disease / N.Barsic, I.Lerotic, L.Smircic-Duvnjak [et al.] // BMC Gastroenterol. – 2006. – Vol.6. – P. 33.

Т.І. Чабан

Як зробити роботу сімейного лікаря ефективною?

ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ, Україна

Мета створення системи загальної практики сімейної медицини полягає в першу чергу для того, щоб зробити медицину доступною, не дорогою і ефективною.

Зараз тривають безліч дискусій у зв'язку з реформою медицини в нашій країні – як це зробити краще і всіх турбують питання: Що буде далі? Як будемо працювати? І чи варто працювати, чи змінювати спеціальність? Чи їхати за кордон?

Що слід зробити для того, щоб сімейний лікар був ефективним? Хтось каже: Потрібно виділити достатньо коштів на оснащення сімейної амбулаторії: забезпечити портативними УЗІ апаратами, комп'ютерами, міні лабораторіями, міні рентгеноапаратами, дати автомобілі, зробити дороги, платити лікарям багато грошей. Все це звичайно непогано було би. Але є деякі нюанси: За що це придбати? Чи буде це обладнання ефективно використовуватися? Чи навчені всі лікарі працювати на цьому обладнанні, чи вони хочуть це все робити? Чи мають час лікарі на виконання всіх обстежень? Чи зацікавлені вони у цьому?

На мій погляд для того, щоб зробити роботу сімейної медицини і медицини взагалі ефективною слід акцентуватися на двох напрямках:

1. Це комплекс зусиль, направлених на збільшення мотивації у роботі лікаря.

2. Це комплекс зусиль, направлених на підвищенні зацікавленості пацієнта у своєму здоров'ю.

Необхідною, але не єдиною мотивацією для ефективної роботи сімейного лікаря були його перспектива отримувати дохід, який би зміг йому забезпечити нагальні потреби – заплатити за житло, і комунальні послуги, прохарчуватися, відпочити, вчити дітей та інше. Чи дозволить підхід МОЗ досягнути ефективного результату в первинній медичній допомозі шляхом оплати за ведення кожного пацієнта 370 гривень за рік, з невідомою витратною частиною, ми не знаємо, а точніше припускаємо, що цього не буде

Також ми добре розуміємо, що для того, щоб пацієнт був здоровим, часто недостатньо провести йому комплекс діагностичних досліджень. І навіть правильно сформульований діагноз і правильно призначене лікування далеко не завжди призведе до хорошого результату. Слід також знайти вплив на пацієнта: переконати, щоб він відмовився від куріння, щоб він не вживав надмірних кількостей алкоголю. Як важко спонукати пацієнта підтримувати нормальну вагу, та не споживати надмірної кількості їжі з великим вмістом холестерину, солі, жиру, солодкого. І нарешті потрібно довести пацієнту про необхідність регулярного вживання призначених медикаментів, а не тільки тоді, коли виникає, скажімо, гіпертонічна криза і тиск зашкалює до 220 на 120 мм рт.ст.

Таким чином, без детального аналізу, розробки і впровадження дієвих механізмів вирішення цих мотиваційних факторів ефективність реформи медицини буде просто не результативна.

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. Абревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.

- У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються абревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. ***Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.***

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Журнал видається за рахунок авторів статей. Журнал не є комерційним, тому кошти витрачаються виключно на його видання. **Інформаційний спонсор журналу – Закарпатський обласний благодійний фонд «Закарпаття проти СНІДу».** Кошти необхідно перераховувати на його рахунок **ПР – 26006011339902; МФО 300346; ІНН – 26395674; ПАТ «Альфа-Банк» у м. Києві.** Вартість однієї повної (чи неповної) сторінки рукопису (відповідно до зазначених вище вимог) уточнюється.

Редакційна рада