

ISSN 2077-6594



**УКРАЇНА.
ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ**

№ 4 (40), 2016

ЗАСНОВНИКИ

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

Головний редактор журналу – Слабкий Г.О.

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

Відповідальний редактор – Ситенко О.Р.

Літературний редактор – Ратаніна О.М.

Дизайн і верстка – Кривенко Є.М.

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

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Голова редакційної колегії Лехан В.М.

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

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

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

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

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Голова редакційної ради Запорожан В.М. (Одеса)

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

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

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

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

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

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

Протокол № 9 від 28.09.2016 р.

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

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

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

Підписано до друку 29 вересня 2016 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № 3665

Видавець:

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

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

Видавник:

«СПІД ФО «Коломіщин В.Ю.»

Свідоцтво про державну реєстрацію В02 № 257914 від 09.12.2002 р.

Надруковано у МВЦ «Медінформ»

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

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

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

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

ЗМІСТ

СТОРІНКА РЕДАКТОРА

Слабкий Г.О., Мельник П.С., Дзюба О.М., Кудренко М.В., Дудник С.В., Русняк В.А.
Наукова діяльність ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України» у 2016 році 7

АКТУАЛЬНА ТЕМА

Білий В.Я., Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Кудренко М.В., Мельник І.П.
Розвиток системи лікувально-евакуаційних заходів як основи медичного забезпечення військ в особливий період 12

Білий В.Я., Верба А.В., Бадюк М.І., Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Слабкий Г.О., Кудренко М.В., Мельник І.П.
Актуальність «платинової хвилини» та «золотої години» для сучасної системи лікувально-евакуаційних заходів 19

ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ: ТЕНДЕНЦІ ТА ПРОГНОЗИ

Клітинська О.В.
Аналіз проявів лейкозів у порожнині рота в дітей та підлітків 28

Дудник С.В.
Сучасні тенденції маюлової смертності в Україні 32

Шафранський В.В.
Стан здоров'я населення старших вікових груп як проблема системи громадського здоров'я 38

Красовський К.С.
Тенденції поширеності куріння серед різних груп населення України у 2008–2015 роках 47

Мишаківська О.М.
Порівняння нейропсихіатричних порушень в амбулаторних і стаціонарних пацієнтів із деменцією в Україні 55

Северин Г.К., Судья Д.А., Черная Д.А., Слабкий В.Г.
Онкологическая патология половой сфери у женщин Донецкой области 63

Дудник С.В., Кошеля І.І.
Тенденції стану здоров'я населення України 67

Kioseva O.V.
Characteristics of satisfaction with life of undergraduate students with the adjustment disorder, who use psychoactive substances 78

Лисак В.П.
Характеристика захворюваності та поширеності хвороб ендокринної системи серед дитячого населення Полтавської області 83

Лобас М.В.
Характеристика захворюваності та поширеності хвороб серед населення Черкаської області 88

Скрип В.В.
Характеристика населення Закарпатської області та основні показники його здоров'я 93

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Дудіна О.О., Габорець Ю.Ю.
Деякі питання доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги в Україні 100

Качур О.Ю.
Розрахунки необхідних видатків на впровадження сучасної системи променевої діагностики на рівні госпітального округу 106

Федосюк Р.М.
Основні пріоритети служби анестезіології та інтенсивної терапії України у сфері безпеки пацієнтів 110

Слабкий Г.О., Зацик Н.С.
Характеристика функціонально-організаційної моделі антисуїцидальної допомоги 118

Чернявський В.В.
Концептуальные подходы к совершенствованию стоматологической ортопедической помощи 123

Якимець О.В.
Доступність спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної отоларингологічної допомоги сільському населенню 127

Крохмалюк Л.В., Лисенко П.М.
**Характеристика мережі закладів
охорони здоров'я в системі МОЗ України 132**

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Гойда Н.Г., Моїсєнко Р.О.,
Терещенко А.В., Дудіна О.О.*
**Застосування SWOT-аналізу при оцінці
впровадження регіоналізації
перинатальної допомоги в Україні 142**

*Лехан В.М., Крячкова Л.В.,
Волчек В.В., Росточило С.С.*
**Порівняльний аналіз підходів
до розвитку первинної медичної допомоги
в країнах Європи та в Україні 149**

*Пінчук І.Я., Колодежний О.В.,
Ладик-Бризгалова А.К., Ячнік Ю.В.*
**Спільнотні служби охорони психічного здоров'я –
перспективний напрям розвитку
психіатричної служби України 162**

Кручаниця В.В.
**Методичні підходи до розробки
та впровадження регіональних цільових
антиалкогольних програм 167**

НАУКА – ПРАКТИЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Корчинська О.О., Черняк М.М.,
Андрашчікова С., Жултакова С., Рібарова Л.*
**Профілактика та лікування плацентарної
дисфункції у сучасному акушерстві 171**

ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Комар В.С.
**Задоволеність пацієнтів як показник
якості відновного лікування
в санаторно-курортних умовах 176**

ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Клітинська О.В., Федевич М.О.
**Шляхи забезпечення стоматологічного
здоров'я дитини (огляд наукової літератури) 182**

БОРОТЬБА ІЗ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМИ ХВОРОБАМИ

Білак-Лук'ячук В.Й.
**Результати соціологічного дослідження
серед студенської молоді з питань
ВІЛ-інфекції/СНІДу 187**

МЕДИЧНІ КАДРИ

Фуртак І.І., Ступницький Р.М., Грицко Р.Ю.
**Комплексність підготовки лікарів
загальної практики – сімейної медицини 193**

Kucherenko N.T., Sytenko O.R.
**Condition and problems of personnel
providing of health care system of Ukraine 199**

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

Ціборовський О.М., Сорока В.М.
**Огляд рекрутів (новобранців) як метод
дослідження стану здоров'я чоловічої молоді
в ХІХ – на початку ХХ століття 210**

CONTENT

EDITOR'S PAGE

<i>Slabkiy G.O., Melnyk P.S., Dziuba O.M., Kudrenko M.V., Dudnyk S.V., Rusniak V.A.</i> Scientific activity of PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches of MHC of Ukraine" in 2016	7
---	---

ACTUAL THEME

<i>Biliy V.Ya., Zhakhovsky V.O., Livinsky V.G., Kudrenko M.V., Melnyk I.P.</i> Development of medical evacuation as a basis of medical support in times of crisis	12
<i>Biliy V.Ya., Verba A.V., Baduk M.I., Zhakhovsky V.O., Livinsky V.G., Slabkiy G.O., Kudrenko M.V., Melnyk I.P.</i> Actuality «platinum minutes» and «golden hour» in modern system for medical evacuation	19

HEALTH OF THE POPULATION: TENDENCIES AND FORECASTS

<i>Klitynska O.V.</i> Analysis of displays of leukemia in the cavity of mouth in children and adolescents	28
<i>Dudnyk S.V.</i> Modern tendencies of infant mortality in Ukraine	32
<i>Shafranskiy V.V.</i> Health status of older age groups as a problem of public health system	38
<i>Krasovsky K.S.</i> Trends in smoking prevalence among the various population groups in Ukraine in 2008–2015	47
<i>Myshakivska O.M.</i> Comparison of neuropsychiatric disturbances in outpatients and inpatients dementia in Ukraine	55
<i>Severin G.K., Sudya D.A., Chernaya D.A., Slabkiy V.G.</i> Oncologic pathology of the sexual sphere in women of Donetsk region	63
<i>Dudnyk S.V., Koshelia I.I.</i> Health' state tendencies of population in Ukraine	67

<i>Kioseva O.V.</i> Characteristics of satisfaction with life of undergraduate students with the adjustment disorder, who use psychoactive substances	78
---	----

<i>Lysak V.P.</i> Characteristics of morbidity and prevalence of endocrine system diseases among children of Poltava region	83
---	----

<i>Lobas M.V.</i> Characteristics of morbidity and prevalence of diseases among the population of Cherkassy region	88
--	----

<i>Skryp V.V.</i> Characteristics of the population of Transcarpathian region and the main indicators of health	93
---	----

ORGANIZATION OF HEALTH CARE

<i>Dudina O.O., Gaborets Yu.Yu.</i> Some aspects of highly specialised perinatal care availability in Ukraine	100
<i>Kachur O.Yu.</i> Calculations of necessary expenditure for the implementation of modern radial diagnostics system on the level of hospital circuit	106
<i>Fedosiuk R.M.</i> Principal priorities of the anaesthesiology and intensive care service of Ukraine in the field of patient safety	110
<i>Slabkiy G.O., Zashchik N.S.</i> Characteristics of functional-and- organizational model of antisuicidal aid	118
<i>Cherniavskiy V.V.</i> Conceptual approaches on improving of dental orthopedic care	123
<i>Yakymets O.V.</i> Availability of specialized outpatient otolaryngology care to the rural population	127
<i>Krokhmalyuk L.V., Lysenko P.M.</i> Characteristics of the network of health care facilities in the system of MHC of Ukraine	132

REFORMING OF PUBLIC HEALTH SYSTEM

*Goyda N.G., Moiseyenko R.O.,
 Tereschenko A.V., Dudina O.O.*
**Application of SWOT-analysis
 at the assessment of implementation
 of perinatal care regionalization in Ukraine** 142

*Lekhan V.M., Kryachkova L.V.,
 Volchek V.V., Rostochylo S.S.*
**Comparative analysis of the approaches
 to the development of primary health care
 in European countries and in Ukraine** 149

*Pinchuk I.Ya., Kolodezhny O.V.,
 Ladyk-Bryzgalova A.K., Yachnik Yu.V.*
**The community-based mental healthcare –
 perspective directions of development
 of psychiatric service of Ukraine** 162

Kruchanytsia V.V.
**Methodological approaches
 to the development and implementation
 of regional target antialcohol programs** 167

SCIENCE FOR HEALTH CARE PRACTICE

*Korchynska O.O., Cherniak M.M.,
 Andrascikova S., Zultakova S., Rybarova L.*
**Prevention and treatment of placental
 dysfunction syndrome in modern obstetrics** 171

QUALITY OF HEALTH CARE

Komar V.S.
**The patient satisfaction as a quality
 indicator of rehabilitation treatment
 in the sanatorium-resort conditions** 176

REVIEW OF SCIENTIFIC LITERATURE

Klitynska O.V., Fedevych M.O.
**Way to child dental health
 (examination of the scientific literature)** 182

STRUGGLE AGAINST SOCIAL-DANGEROUS DISEASES

Bilak-Lukianchuk V.Y.
**The results of sociological survey
 on HIV/AIDS among the students** 187

MEDICAL PERSONNEL

Furtak I.I., Stupnytskyi R.M., Hrytsko R.Y.
**Complexity training
 general practitioner – family medicine** 193

Kucherenko N.T., Sytenko O.R.
**Condition and problems of personnel
 providing of health care system of Ukraine** 199

HISTORY OF MEDICINE

Tsiborovsky O.M., Soroka V.M.
**The medical inspection of recruits as method
 of the investigation of the reasons of young
 males' health in the XIX – XX century** 210

УДК 616-058:001.818(477),,312”

Г.О. Слабкий, П.С. Мельник, О.М. Дзюба, М.В. Кудренко, С.В. Дудник, В.А. Русняк

НАУКОВА ДІЯЛЬНІСТЬ ДУ «УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ СТРАТЕГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ» У 2016 РОЦІ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Вступ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України» є провідною державною науковою установою, яка здійснює наукове обґрунтування і науковий супровід державних заходів із реформування та розвитку національної системи охорони здоров'я України.

Наукова діяльність інституту у 2016 р. здійснювалася в таких напрямках: виконання науково-дослідних робіт (НДР) на замовлення МОЗ України та ініціативних науково-дослідних робіт, підготовка наукових кадрів, висвітлення наукових здобутків у наукових виданнях та їх представлення на наукових зібраннях.

Виконання науково-дослідних робіт на замовлення МОЗ України

НДР, термін виконання яких закінчується у 2016 р.

Науково-методичний супровід регіоналізації перинатальної допомоги. Термін виконання: 2014–2016 рр. Виконавці: керівник теми Дзюба О.М., відповідальний виконавець Дудник С.В.

Основні результати виконання роботи: здійснено науково-методичний супровід регіоналізації перинатальної допомоги (РПД) з розробкою системи моніторингу і оцінки (МіО) РПД та програми обробки даних МіО, технології SWOT-аналізу РПД, які відповідають принципам Всесвітньої організації охорони здоров'я; доведено доцільність проведення МіО РПД за пропонуваними індикаторами і у визначені терміни шляхом проведеного анкетування 393 медичних працівників за спеціально розробленими анкетами та експертного опитування 14 спеціалістів; проведено комплексний аналіз стану РПД із застосуванням даних державної статистики, МіО РПД за 2014–2015 рр. та SWOT-аналізу РПД.

Виявлено: достатню реструктуризацію закладів перинатальної допомоги (ЗПД) за їх рівнями (у 2015 р. у ЗПД III рівня частота розроджень вагітних становила 17,7% при орієнтовному за даними світового досвіду показнику 17%, у ЗПД II рівня – 42,5%, у ЗПД I рівня – 40,3%); оптимальну доступність до високоспеціалізованої високотехнологічної перинатальної допомоги під час

пологів вагітних із вадами серця (індекс концентрації (ІК) у ЗПД III рівня – 66,9%) і з хворобами системи кровообігу (ІК – 47,0%) при порогових значеннях цих показників не менше 50% і 25–30% відповідно; задовільну доступність до спеціалізованої і високоспеціалізованої перинатальної допомоги у ЗПД II–III рівнів для вагітних із тяжкими формами прееклампсії та еклампсії (ІК – 83,0%), з антенатальною загибеллю плода (ІК 72,2%), а також у ЗПД III рівня – народження немовлят із дуже малою масою тіла при народженні (62,0% новонароджених масою тіла при народженні 500–999 г і 55,3% з масою тіла 1000–1499 г), у ЗПД II–III рівнів – народження немовлят із масою тіла при народженні 1500,0–2499 г (71,4%).

Доведено позитивний вплив РПД на показники виживання новонароджених у перші 168 год. життя з масою тіла при народженні 500–999 г (57,6% у 2011 р. і 63,9% у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 1,3 (1,1–1,5)) та з масою тіла при народженні 1000–1499 г (87,3% і 91,3% відповідно, ВШ з 95% ДІ 1,4 (1,1–1,6)); перинатальної смертності (10,1 на 1000 народжених живими і мертвими у 2011 р. і 9,1 у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 0,89 (0,86–0,93)); фетоінфантильних втрат (з 15,2 на 1000 народжених живими і мертвими у 2011 р. до 13,9 у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 0,9 (0,8–0,9)), материнської смертності (16,5 на 100 тис. народжених живими у 2011 р. і 12,6 у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 0,78 (0,57–1,09)).

При цьому низьким, що не відповідає медичним стандартам супроводу та надання допомоги вагітним із перинатальним ризиком, виявлено ІК розроджень вагітних із цукровим діабетом у ЗПД III рівня – 46,9%.

Медико-соціальна ефективність впровадження РПД полягає в підвищенні виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні, зниженні перинатальних, фетоінфантильних і материнських втрат.

Наукове обґрунтування сучасної моделі моніторингу стану здоров'я населення України на регіональному рівні. Терміни виконання: 2015–2016 рр. Виконавці: керівник теми Дзюба О.М., відповідальний виконавець Дудник С.В.

Основні результати виконання роботи: отримано та проаналізовано дані стану здоров'я населення на основі моніторингу в регіональному аспекті; проведено рейтингову оцінку діяльності та ресурсного забезпечення

закладів охорони здоров'я на регіональному рівні (профілактична робота, доступність, якість медичної допомоги тощо); визначено проблемні регіони за станом здоров'я населення та недоліки у функціонуванні існуючої системи моніторингу стану здоров'я населення України; обґрунтовано та розроблено сучасну модель моніторингу стану здоров'я населення України на регіональному рівні.

НДР, які за термінами є перехідними на 2017 р.

Наукове обґрунтування створення системи організації медичного забезпечення осіб, постраждалих під час проведення антитерористичної операції. Термін виконання: 2015–2017 рр. Виконавці: керівник теми Мельник П.С., відповідальний виконавець Кудренко М.В.

Основні результати роботи у 2016 р. Виявлено нагальні проблеми ресурсного забезпечення, зокрема, потреба в невідкладному дооснащенні, оновленні медичного обладнання та лікувально-діагностичної апаратури в закладах охорони здоров'я практично у всіх регіонах України; матеріально-технічна база закладів охорони здоров'я (будівництво, реконструкція, капітальний ремонт) у переважній більшості регіонів потребує модернізації та суттєвого покращення; можливість коштів медичної субвенції та місцевих бюджетів дозволяють забезпечити надання медичної допомоги особам, які постраждали під час проведення антитерористичної операції (АТО), тільки на 60–80%. За рахунок коштів, передбачених місцевими бюджетами, неможливо забезпечити учасників АТО дороговартісними лікарськими засобами та виробами медичного призначення, що обумовлює необхідність передбачення цільових коштів у медичній субвенції на видатки з лікування означених категорій осіб.

У цілому за результатами дослідження 2015–2016 рр. визначено, що існує ряд проблемних питань в організації медичного забезпечення осіб, які постраждали в ході проведення АТО, у т.ч. проблеми нормативно-правового, організаційно-управлінського характеру, ресурсного забезпечення. Однією з важливих проблем є відсутність нормативно-правового акту, який би забезпечував дієву організацію, управління та координацію діяльності закладів охорони здоров'я, які перебувають у сфері управління різних відомств, з надання медичної допомоги та реабілітації зазначеної категорії громадян, з урахуванням при цьому загальнодержавних інтересів тощо.

Результати дослідження першого та другого етапів є підґрунтям наукового обґрунтування концептуальних основ створення загальнодержавної дієвої системи медичного забезпечення осіб, які постраждали під час проведення АТО, та забезпечать у подальшому успішне виконання заключного етапу НДР у 2017 р.

Наукове обґрунтування моделі єдиного медичного простору держави. Термін виконання: 2016–2018 рр. Виконавці: керівник теми Мельник П.С., відповідальний виконавець Кудренко М.В.

Основні результати роботи у 2016 р. Соціально-економічні перетворення, що відбуваються у державі за роки незалежності, включають і реформування системи охорони здоров'я, передбачаючи при цьому зміну правових, економічних та організаційних основ її діяльності, але через непослідовну соціально-економічну політику система охорони здоров'я України продовжує функціонувати за застарілою, неефективною моделлю управління та фінансування (за результатами наукового огляду та аналізу стану справ в охороні здоров'я, реформи поки що не дали очікуваних результатів); вивчено вітчизняні та зарубіжні літературні джерела наукових досліджень і робіт з питань удосконалення та розвитку системи охорони здоров'я, орієнтованих на впровадження європейських стандартів та інтеграції України в європейські структури; визначено пріоритетні напрями та ключові принципи реформування з урахуванням вітчизняного та зарубіжного досвіду.

Наукове обґрунтування та розробка заходів покращення медико-демографічної ситуації в Україні. Термін виконання: 2015–2017 рр. Виконавці: керівник теми Чепелевська Л.А., відповідальний виконавець Карамзіна Л.А.

Основні результати виконання роботи в Україні спостерігається складна медико-демографічна ситуація, зокрема, скорочується чисельність населення (за період 2011–2016 рр. – на 673,7 тис. осіб), знижується рівень народжуваності (з 11,0‰ до 9,6‰), реєструються високі рівні смертності населення (14,6‰–13,6‰), низька середня очікувана тривалість життя (66,25 року – у чоловіків, 76,37 року – у жінок).

Розроблено науково обґрунтовані заходи щодо медико-демографічної ситуації, які потребують їх реалізації у численні комплексні програми.

Наукова оцінка застосування профілактичних методів і підходів у практичній діяльності лікарів загальної практики / сімейної медицини відповідно до міжнародних вимог. Термін виконання: 2015–2017 рр. Виконавці: керівник теми Дзюба О.М., відповідальний виконавець Ринда Ф.П.

У 2016 р. проаналізовано Типовий навчальний план та програму інтернатури випускників медичних вищих навчальних закладів освіти III–IV рівнів акредитації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина», розроблені співробітниками кафедр Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Львівського державного медичного університету імені Данила Галицького, Харківської медичної академії післядипломної освіти, Донецького національного медичного університету імені М. Горького, та 12 обліково-звітних форм (20, 025/0,025-4/о, 025-6-1/о, 025-7/о, 038/о, 031/о,112/о, 070/о, 063-1/о, 51-здоров тощо) для закладів сімейної медицини в частині профілактичної складової.

Основні результати виконання роботи у 2016 р.: професійні завдання, перелік знань і програма навчання в інтернатурі для лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗПСЛ) у частині профілактики співпадають

тільки в питаннях імунопрофілактики, вторинної та третинної профілактики захворювань і диспансеризації; а в частині гігієнічного виховання населення та формування здорового способу життя (ЗСЖ) – лише частково; у переважній більшості навчальних курсів програми інтернатури для ЛЗПСЛ профілактична робота не висвітлена взагалі або висвітлена з позиції лікувальної парадигми охорони та зміцнення здоров'я.

Типовий навчальний план та програма інтернатури випускників медичних вищих навчальних закладів освіти III–IV рівнів акредитації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» потребує суттєвої корекції щодо профілактичної складової.

Профілактичні заходи в обліково-звітних формах для закладів сімейної медицини здебільшого обмежуються питаннями профілактичних оглядів, диспансеризації та імунопрофілактики інфекційних захворювань, а питання формування ЗСЖ представлені вкрай обмежено. В деяких поодиноких обліково-звітних формах, в яких питання формування ЗСЖ передбачені, вони представлені переважно індивідуальними заходами. Практично групові та масові форми навчання населення відображені тільки у формі № 51-здоров, проте остання висвітлює діяльність із формування ЗСЖ та гігієнічного виховання населення не лише закладів сімейної медицини, але й усіх закладів охорони здоров'я системи МОЗ України на відповідній території.

Наукове обґрунтування механізму моніторингу та оцінки процесу наближення законодавства України з питань охорони здоров'я до законодавства Європейського Союзу та прогнозування наслідків прийняття законодавчих актів. Термін виконання: 2015–2017 рр. Виконавці: керівник теми Ярош Н.П., відповідальний виконавець Істомін С.В.

Основні результати виконання роботи у 2016 р.: розроблено методологію прогнозування наслідків впровадження актів законодавства Європейського Союзу (ЄС) у законодавство України про охорону здоров'я; розроблено структуру Національної стратегії наближення (апроксимації) законодавства України до права ЄС у сфері охорони здоров'я; обґрунтовано стратегічне керівництво та інституційне забезпечення транспозиції та імплементації законодавства ЄС у законодавство України про охорону здоров'я; розроблено проект індикативної оцінки стану впровадження вимог джерел права ЄС у сфері охорони здоров'я; проведено оцінювання нормативно-правового регулювання розвитку стандартизації у сфері охорони здоров'я населення України з точки зору наближення законодавства України з питань охорони здоров'я до законодавства ЄС; на підставі вивчення нормативно-правової бази країн Європи у сфері охорони здоров'я, у т.ч. країн ЄС, запропоновано нормативно-правове регулювання переліку та обсягів державних стандартів безоплатного медичного забезпечення державних службовців України; визначено сучасний стан розробки та впровадження державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я населення України.

Виконання ініціативних науково-дослідних робіт

В інституті виконувалося дві ініціативні науково-дослідні роботи.

Медицина Кисва і Київщини в XIX – на початку XX століття. Термін виконання: 2014–2016 рр. Виконавці: керівник теми Ціборовський О.М., відповідальний виконавець Сорока В.М.

Основні результати виконання роботи: наведено історико-політичну, природно-географічну та соціально-економічну характеристику м. Києва і Київської губернії; висвітлено чисельність, склад і умови життя населення; розглянуто та описано методи вивчення природного руху і стану здоров'я населення залежно від рівня обліку та аналізу статистичного матеріалу, наявності необхідних кадрів; проаналізовано і описано правові та організаційні основи розвитку медичної справи у XIX ст.; дано характеристику природного руху і стану здоров'я населення Києва і Київщини в XIX ст.; вивчено динаміку розвитку мережі медичних закладів м. Києва і Київської губернії та подано показники їх діяльності; висвітлено становлення та розвиток санітарного нагляду та протиепідемічної роботи; дано характеристику організації та діяльності Київської служби швидкої медичної допомоги; проаналізовано діяльність громадських товариств м. Києва та висвітлено їх роль у розвитку системи медичної допомоги і охорони народного здоров'я.

За результатами виконання роботи зроблено такий головний висновок: становлення і розвиток медичної та санітарної справи Київської губернії у XIX ст., перехід від приказної до земської медицини заклали основи сучасної системи медичної допомоги і охорони народного здоров'я, без яких не були б можливими досягнення XX ст.

Наукове обґрунтування розробки комунікаційних елементів та їх взаємодії в інформаційній діяльності галузі охорони здоров'я. Термін виконання: 2015–2017 рр. Виконавці: керівник теми Ситенко О.Р., відповідальний виконавець Кривенко Є.М.

Основні результати виконання роботи у 2016 р.: проведено аналіз комунікативної політики як ефективного засобу реформування системи охорони здоров'я; вивчено методичні підходи до оцінки ефективності програм комунікацій з населенням в охороні здоров'я; проаналізовано модель управління комунікаціями на всіх рівнях управління охорони здоров'я з розмежуванням взаємовідносин суб'єктів та об'єктів комунікативного впливу; науково обґрунтовано необхідність розробки та впровадження елементів комунікаційного процесу в інформаційній діяльності галузі охорони здоров'я.

Підготовка наукових кадрів

У 2016 р. в інституті виконувалося 77 дисертаційних робіт, у т.ч. 34 – на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук, 43 – на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. Захищено у спеціалізованих вчених радах 6 дисертаційних робіт, у т.ч.:

– *Знаменська М.А.* на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук на тему: «Медико-соціальне обґрунтування системи комунікацій в охороні здоров'я», науковий консультант – проф. Слабкий Г.О.;

– *Шевченко М.В.* на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук на тему: «Медико-соціальне обґрунтування нової системи фінансування охорони здоров'я в Україні», науковий консультант – проф. Слабкий Г.О.;

– *Миронюк І.С.* на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук на тему: «Медико-соціальне обґрунтування системи оптимізованої протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції серед трудових мігрантів» (на прикладі Закарпатської області), науковий консультант – проф. Шатило В.Й.;

– *Кривенко Є.М.* на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук на тему: «Медико-соціальне обґрунтування моделі управлінської діяльності охорони здоров'я регіонального рівня на основі її інформатизації», науковий керівник – проф. Слабкий Г.О.;

– *Повч З.В.* на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук на тему: «Медико-соціальні детермінанти розвитку глаукоми та обґрунтування оптимізованої моделі її первинної профілактики в практиці сімейного лікаря», науковий керівник – д.мед.н. Медведовська Н.В.;

– *Крисько М.О.* на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук на тему: «Медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі інтеграції медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД на первинному рівні», науковий керівник – проф. Слабкий Г.О.

Подано до захисту дисертаційну роботу Погоріляк Р.Ю. на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук на тему: «Розвиток керівних кадрів охорони здоров'я: характеристика та наукове обґрунтування шляхів його покращення», науковий консультант – проф. Гульчій Л.П.

Подано до захисту 5 дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук:

– *Шпота О.О.* на тему: «Медико-соціальне обґрунтування моделі первинної медико-санітарної допомоги при інфекційних та паразитарних хворобах», науковий керівник – проф. Шатило В.Й.;

– *Киричук І.М.* на тему: «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі стаціонарної медичної допомоги при інфекційних захворюваннях», науковий керівник – проф. Шатило В.Й.;

– *Ван Доеверен Н.Р.* на тему: «Медико-соціальне обґрунтування удосконалення структури обласної лікарні в умовах реформування галузі», науковий керівник – проф. Толстанов О.К.;

– *Кметюк Я.В.* на тему: «Медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі центру ПЕТ/КТ багатопрофільної лікарні», науковий керівник – д.мед.н. Котуза А.С.

– *Орлова О.О.* на тему: «Медико-соціальне обґрунтування моделі планування сім'ї ВІЛ-інфікованих жінок», науковий керівник – д.мед.н. Жилка Н.Я.

Висвітлення наукових здобутків у наукових виданнях та їх представлення на наукових зібраннях

Інститут є засновником (співзасновником) таких фахових науково-практичних журналів: «Україна. Здоров'я нації», «Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України», «Економіка і право охорони здоров'я», «Сучасна педіатрія».

Науковцями інституту та спеціалістів МОЗ України й інших наукових установ підготовлено до випуску та опубліковано «Щорічну доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік». У доповіді відображено такі питання: аналіз демографічної ситуації в Україні; характеристика стану здоров'я населення України; характеристика санітарно-епідемічної ситуації в Україні; характеристика організації медичної допомоги населенню України; характеристика розвитку системи охорони здоров'я України; характеристика медичного забезпечення антитерористичної операції; стан надання онкологічної допомоги населенню України; характеристика інформатизації охорони здоров'я та електронної охорони здоров'я; неінфекційні захворювання: масштаби і тенденції поширеності, стратегії боротьби; характеристика державної політики щодо контролю над тютюном та результати її реалізації; характеристика забезпечення державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я; характеристика способу життя населення та формування ЗСЖ.

Наукові здобутки інституту відображено в:

- 4 монографіях;
- 55 наукових статтях у наукових національних журналах;
- 9 наукових статтях у наукових закордонних журналах;
- 4 розділах у навчальних посібниках;
- 35 галузевих нововведеннях;
- 1 інформаційному листі про галузеві нововведення;
- 7 інших наукових публікаціях;
- 1 словнику-довіднику термінів з організації управління, економіки та фінансування у сфері охорони здоров'я.

За участю науковців інституту розроблено 9 методичних рекомендацій для практичної системи охорони здоров'я, серед яких:

- розробка, впровадження та сертифікація системи управління якістю відповідно до вимог ДСТУ ISO 13485 в організації, що виробляє/продає медичні вироби;
- проведення оцінки чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ на регіональному рівні з використанням спеціальної інформаційної технології;
- організація системи інфекційного контролю в неонатальних відділеннях інтенсивної терапії;
- організація проведення аудиту використання компонентів і препаратів крові;

– організація системи управління запасами компонентів крові.

Важливе значення інститут надає представленню матеріалів дослідження на наукових зібраннях різного рівня. Так, у збірниках національних наукових зібрань опубліковано 46 наукових матеріалів, а у збірниках закордонних наукових зібрань – 7 матеріалів.

Такими науковими зібраннями були:

– Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego „Współczesne Wyzwania Zdrowia Publicznego – Polska 2016” / Naukowy Komunikat Konferencyjny, Jurata, 2–4 czerwiec 2016 r.

– «Модернізація вищого медичного образования: модульная система обучения», Самарканд, 16 мая 2016 г.;

– «Можливості превентивного та лікувального впливу на соціально-значимі захворювання в закладах первинної медико-санітарної допомоги», м. Ужгород, 12–13 квітня 2016 р.;

– XVI Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств, м. Берлін – м. Київ, 8–23 серпня 2016 р.;

– «Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні», м. Київ, 27 травня 2016 р.

За результати рейтингової оцінки наукової діяльності співробітників інституту, провідні місця посідають: д.мед.н., проф. Слабкий Г.О.; к.мед.н. Дудник С.В., к.мед.н. Дудіна О.О., к.мед.н. Ціборовський О.М.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.09.2016 р.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., в.о. директора ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Мельник Петро Степанович – заслужений лікар України, перший заступник директора ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Дзюба Олександр Миколайович – д.мед.н., проф., акад. АН ВО, заступник директора з наукової роботи ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

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

Дудник Світлана Валеріївна – к.мед.н., вчений секретар ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

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

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

¹Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

³Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону, м. Вінниця, Україна

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

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

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

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

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

Вступ

У новій редакції Воєнної доктрини України визначено, що головна роль у забезпеченні воєнної безпеки, державного суверенітету і територіальної цілісності держави належить Збройним Силам України (ЗС України) [13]. Пріоритетним завданням для ЗС України є досягнення до 2020 р. повної сумісності з відповідними силами держав-членів НАТО. Одним із напрямів їх реформування та розвитку являється модернізація системи медичного забезпечення з максимальною інтеграцією її з цивільною системою охорони здоров'я.

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

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

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

технологій надання медичної допомоги закономірно призводило до трансформації та розвитку системи їх медичного забезпечення [8].

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

Матеріали та методи

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

Результати дослідження та їх обговорення

За досвідом медичного забезпечення бойових дій у другій світовій війні в Радянському Союзі була сформована система ЛЕЗ, яка передбачала етапне лікування поранених з евакуацією їх за призначенням, тобто до того лікувального закладу, де їм могла бути надана вичерпна медична допомога. Її основу становили комплект медичних підрозділів і військово-медичних закладів, передові та тиллові госпітальні бази і госпіталі тилу країни [4]. При цьому слід зазначити, що Радянська Армія за чисельністю, організаційною побудовою та сценаріями застосування була розрахована на глобальну наступальну війну на чужій території з повною

автономною системою медичного забезпечення військ, що відповідно відобразилося на побудові системи ЛЕЗ.

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

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

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

Окремі медичні загоны призначалися для підсилення медичних служб дивізій і використовувалися в якості маневру з ОМедБ для забезпечення безперервності у наданні кваліфікованої медичної допомоги в наступі або обороні. Медичний батальйон армії мав у своєму складі групи медичного підсилення, санітарно-епідеміологічний загін та автосанітарну роту. Групи медичного підсилення призначалися для підсилення розгорнутих ОМедБ та ОМЗ, а також для керівництва силами та засобами медичної служби, виділеними на евакуаційні напрямки в смузі дій армії [5].

Медична служба військового округу, крім стаціонарних військово-медичних закладів, мала у своєму складі медичні депо (МД) та кадри управління госпітальних баз (КУпрГБ), які у мирний час зберігали майно (медичне, речове, продовольче, КЕС тощо) і техніку, а також вели облік приписного складу для розгортання та укомплектування на час війни сил і засобів медичної служби фронту, основу якої становили: органи управління, передові і тилові госпітальні бази, інші військово-медичні частини і заклади (лікувальні, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні, заклади забезпечення медичним майном, технікою та киснем, санітарно-транспортні частини) [3].

Передова госпітальна база (ПГБ) мала у своєму складі управління госпітальної бази, 27 військових польових госпіталів загальною ліжковою місткістю 9300 ліжок, окремий батальйон матеріально-технічного забезпечення, станцію фельдшерсько-поштового зв'язку і призначалася для медичного забезпечення військ першого ешелону фронту. Профілізація госпіталів ПГБ

забезпечувала надання спеціалізованої медичної допомоги і спеціалізоване лікування поранених (хворих) із термінами лікування та повернення до строю до 30 діб.

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

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

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

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

Враховуючи те, що система медичного забезпечення має відповідати структурі та чисельності військ, а також характеру та порядку їх застосування, не минули ці процеси і військово-медичну службу та призвели до пошуку нових організаційних форм медичного забезпечення. Як результат, відпала необхідність в утриманні громіздких військових формувань, насамперед ПГБ і ТГБ. На кінець 90-х років ОМедБ дивізій, які до цього часу вважалися «головною

операційною на війні», були переформовані у медичні роти бригад, із завданням надання першої лікарської допомоги, а хірургічні втручання зводилися переважно до невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги.

Сили і засоби медичних служб армій стали основою для формування польових центрів медичного забезпечення (ПЦМЗ), основними завданнями яких були: прийом, медичне сортування поранених (хворих), надання їм кваліфікованої медичної допомоги та підготовка до евакуації в пересувну госпітальну базу (ПерГБ); тимчасова госпіталізація нетранспортабельних поранених (хворих); лікування легко поранених (легко хворих) із термінами відновлення боєздатності до 15 діб; тимчасова ізоляція інфекційних хворих тощо [7, 14]. Військово-польові пересувні госпіталі (ВППГ) ПЦМЗ були багатопрофільними, що давало можливість використовувати їх замість розформованих ОМедБ та ОМО самостійно на окремих напрямках або для медичного забезпечення військ при їх застосуванні під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру.

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

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

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

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

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

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

Подальше реформування ЗС України, зміни порядку і способів їх застосування призвели до необхідності удосконалення організаційної структури медичної служби та принципів її діяльності. Як результат, був запроваджений територіальний принцип медичного забезпечення військ [9], створені військово-медичні клінічні центри (ВМКЦ) (головний і регіональні) з визначеними зонами відповідальності [10], військові мобільні госпіталі (ВМГ), які, на відміну від ВППГ, утримуються у постійній готовності до застосування і не потребують тривалого часу для проведення мобілізаційних заходів [11].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

За складних умов було налагоджено таку систему надання медичної допомоги та лікування поранених [6]:

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

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

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

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

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

Аналізуючи стан та ефективність системи медичного забезпечення слід зазначити, що за час проведення санітарні втрати ЗС України сягнули понад 8,5 тис. осіб, що в середньому становить 13–14 осіб на добу [15]. За такої кількості щоденних санітарних втрат існуюча система медичного забезпечення спроможна до своєчасного надання медичної допомоги пораненим та їх евакуації для подальшого лікування. Водночас в окремі періоди АТО санітарні втрати сягали 100 та більше осіб на добу, і за таких умов наявних сил та засобів для своєчасного надання встановлених видів медичної допомоги і вчасної евакуації поранених не вистачало. Це,

в свою чергу, призводило до порушення термінів надання медичної допомоги та зростання кількості ускладнень.

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

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

Аналіз історичного розвитку системи ЛЕЗ у загальній системі медичного забезпечення військ, досвід медичного забезпечення АТО, перспективи і можливий характер застосування ЗС України, завдання керівництва держави щодо досягнення ЗС України стандартів та спроможностей військ НАТО до 2020 року [12, 13] також свідчать про необхідність термінового реформування системи медичного забезпечення військ та створення сучасної системи ЛЕЗ.

На думку авторів, формування сучасної системи ЛЕЗ передбачає:

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

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

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

- створення сучасної системи управління медичним забезпеченням ЗС України;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Висновки

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

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

потребують розвитку і вдосконалення.

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

Перспективи подальших досліджень

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

Література

1. *Бадюк М. І.* Методологічні основи дослідження формування єдиного медичного простору на особливий період / М. І. Бадюк // Проблеми військової охорони здоров'я : збірник наукових праць УВМА. – Київ : УВМА, 2007. – Вип. 18. – С. 3–10.
2. *Досвід організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у ході антитерористичної операції* // Матеріали науково-практичної конференції, м. Київ, 18.12.2014 р. – Київ : ВМА, 2014. – 106 с.
3. *Задачи и организационно-штатная структура госпитальных баз фронта.* – Москва : ВМФ при ЦИУВ, 1983. – 168 с.
4. *Иванов Н. Г.* Организация медицинского обеспечения объединений в операциях / Н. Г. Иванов, О. С. Лобастов. – Львів : ВМА, 1984. – 429 с. – Таємно.
5. *Кудинов А.В.* Организация медицинского обеспечения частей и соединений Сухопутных войск в мирное время. – Львов : ВМА, 1985. – 302 с.
6. *Медичне забезпечення Збройних Сил України в антитерористичній операції: досвід та напрями його удосконалення* / В. Л. Савицький [та ін.] // Військова медицина України. – 2015. – № 1. – С. 5–11.
7. *Пасько В. В.* Система медичного забезпечення Збройних Сил України в умовах воєнних конфліктів різної інтенсивності / В. В. Пасько, М. І. Бадюк, А. С. Котуза // Військова медицина України. – 2005. – № 1. – С. 5–11.
8. *Пасько В.В.* Організація медичного забезпечення військ : підручник для студентів вищих медичних закладів освіти України III–IV рівнів акредитації / за ред. проф. В.В. Паська. – Київ : МП Леся, 2005. – 430 с.
9. *Положення про організацію та здійснення медичного забезпечення Збройних Сил України за територіальним принципом* : наказ Міністра оборони України від 10.05.2007 р. № 235 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.mil.gov.ua>. – Назва з екрана.
10. *Про затвердження Положення про Військово-медичні клінічні центри Збройних Сил України* : наказ Міністра оборони України від 20.02.2008 р. № 59 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.mil.gov.ua>. – Назва з екрана.
11. *Про затвердження Положення про мобільний госпіталь (багатопрофільний, на 100 ліжок)* : наказ Міністра оборони України від 20.02.2008 р. № 57 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.mil.gov.ua>. – Назва з екрана.
12. *Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 06.05.2015 р. «Про Стратегію національної безпеки України»* : Указ Президента України від 26.05.2015 р. № 287/2015 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
13. *Про рішення РНБО України від 02.09.2015 р. «Про нову редакцію Воєнної доктрини України»* : Указ Президента України від 24.09.2015 р. № 555/2015 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
14. *Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования* : материалы науч.-практ. конф. / под. ред. В. Я. Белого. – Киев : Логос, 1996. – 344 с.
15. *Режим доступу* : <http://visti.pro/uk/podiyi/za-chas-ato-na-donbasi-zaginuuv-21-nepovnolitniy-yunak-poroshenko>. – Назва з екрана. – 29.01.2016.
16. *Система медичного забезпечення Збройних Сил України: сучасний стан і напрями розвитку з огляду на тенденції змін у порядку застосування військ* / В. Б. Андронатій, В. О. Жаховський, О. Ю. Булах, В. Г. Лівінський // Наука і оборона. – 2014. – № 3. – С. 23–29.

Дата надходження рукопису до редакції: 26.08.2016 р.

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

*В.Я. Белый¹, В.А. Жаховский¹,
В.Г. Ливинский¹, Н.В. Кудренко², И.П. Мельник³*

¹Украинская военно-медицинская академия,
г. Киев, Украина

²ГУ «Украинский институт стратегических исследований
Министерства здравоохранения Украины»,
г. Киев, Украина

³Военно-медицинский клинический центр
Центрального региона, г. Винница, Украина

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

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

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

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

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

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

*V.Ya. Biliy¹, V.O. Zhakhovsky¹,
V.G. Livinsky¹, M.V. Kudrenko², I.P. Melnyk³*

¹Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

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

³Military Clinical Medical Center Central region,
Vinnytsia, Ukraine

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

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

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

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

Key words: medical support, curatively-evacuation system.

Відомості про авторів

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

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

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

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

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

УДК 614.2:355.247

В.Я. Білий¹, А.В. Верба², М.І. Бадюк¹, В.О. Жаховський¹,
В.Г. Лівінський¹, Г.О. Слабкий³, М.В. Кудренко³, І.П. Мельник⁴

АКТУАЛЬНІСТЬ «ПЛАТИНОВОЇ ХВИЛИНИ» ТА «ЗОЛОТОЇ ГОДИНИ» ДЛЯ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ

¹Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

²Військово-медичний департамент Міністерства оборони України, м. Київ, Україна

³ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

⁴Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону, м. Вінниця, Україна

Мета – дослідити важливість часових показників надання медичної допомоги та їх вплив на кінцеві результати лікування поранених.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження – система військової охорони здоров'я. Предмет – стан медичного забезпечення військовослужбовців, зокрема своєчасність надання медичної допомоги. Методи дослідження – історичний, бібліосемантичний, аналітичний, системного підходу.

Результати. Ефективність системи військової охорони здоров'я та результати лікування поранених і хворих військовослужбовців залежать від своєчасності надання необхідних видів і обсягів медичної допомоги.

Висновки. Для формування сучасної системи медичного забезпечення військ необхідні відповідна нормативно-правова база, належні кадрові та матеріально-технічне забезпечення.

Ключові слова: медичне забезпечення, система лікувально-евакуаційних заходів, «платинова хвилина» та «золота година».

Вступ

Збройний конфлікт на Сході України переорієнтував увагу наших громадян від турбот мирного життя до воєнних проблем, зосередивши її на кількості обстрілів населених пунктів і позицій українських військових, випадків загибелі та поранень військовослужбовців і мирних жителів.

У лексиці українців з'явилися та широко використовуються такі слова, як «антитерористична операція», «гібридна війна», «санітарні втрати», «медична допомога», «медична евакуація», «платинова хвилина» та «золота година». Водночас, незважаючи на те, що офіційні трактування понять «платинова хвилина» та «золота година» у законодавстві України з питань охорони здоров'я відсутні, нині ці словосполучення нерідко застосовуються у професійній термінології військових медиків і медичних фахівців системи невідкладної та екстреної медичної допомоги і запозичені вони від колег із країн НАТО. На нашу думку, широке використання зазначених термінів, зокрема, в медичному середовищі, обумовлене важливістю часових показників у загальній системі надання медичної допомоги і насамперед їх впливом на кінцеві результати лікування поранених.

Мета роботи – дослідити важливість часових показників надання медичної допомоги та їх вплив на кінцеві результати лікування поранених.

Матеріали та методи

Використано нормативно-правові акти та інші керівні документи з організації медичного забезпечення Збройних Сил (ЗС) України. Дослідження і аналіз проблем своєчасності надання медичної допомоги та їх вплив на кінцеві результати лікування поранених проведено на основі вивчення вітчизняних і зарубіжних публікацій з означеної теми, а також матеріалів науково-практичних конференцій, присвячених проблемним питанням медичного забезпечення антитерористичної операції (АТО). Методи дослідження: історичний, бібліосемантичний, аналітичний, системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Збереження життя поранених військовослужбовців під час бойових дій є основним завданням медичної служби в особливий період. Це досягається належною організацією лікувально-евакуаційних заходів (ЛЕЗ), забезпеченням військовослужбовців, медичного персоналу, медичних підрозділів і військово-медичних закладів необхідним медичним оснащенням, а також відповідною підготовкою медичного персоналу та військовослужбовців щодо надання встановлених видів та обсягів медичної допомоги [3].

Основою медичного забезпечення військ під час їх застосування є система ЛЕЗ, яка являє собою сукупність взаємопов'язаних принципів організації медичної допомоги пораненим і хворим військовослужбовцям (далі – пораненим), їх евакуації, лікування та реабілітації,

а також призначених для цього сил і засобів медичної служби [13]. Вони включають розшук і збір поранених, послідовне надання їм медичної допомоги, евакуацію за призначенням, лікування та медичну реабілітацію. Побудова сучасної системи ЛЕЗ здійснюється з використанням медичних підрозділів військових частин і з'єднань, мобільних і стаціонарних військових лікувальних закладів та широким залученням існуючої мережі цивільних закладів охорони здоров'я.

Головною метою ЛЕЗ є збереження життя, якнайшвидше відновлення боєздатності (працездатності) і повернення до строю якомога більшої кількості поранених військовослужбовців. Сучасна система ЛЕЗ передбачає своєчасне, послідовне і спадкоємне надання медичної допомоги в поєднанні з евакуацією таких військовослужбовців на етапи медичної евакуації (ЕМЕ), що забезпечують надання вичерпної медичної допомоги, повноцінне лікування та реабілітацію [3].

Своєчасність надання медичної допомоги визначається відповідними часовими показниками (термінами) та є основним чинником щодо отримання позитивних результатів лікування поранених. Ефективне надання медичної допомоги досягається організацією своєчасного безперервного вивезення (винесення) поранених із поля бою (осередків санітарних втрат), проведенням медичного сортування та евакуацією їх за призначенням, наближенням сил і засобів медичної служби до районів бойових дій та їх раціональним ешелонуванням. Послідовність у лікуванні поранених забезпечується збільшенням обсягу медичної допомоги та використанням більш складних технологій її надання на кожному з наступних ЕМЕ. Спадкоємність у лікуванні поранених досягається єдиним розумінням патологічних процесів, які проходять в організмі при пораненнях, єдиними методами їх профілактики та лікування, чітким веденням медичної документації.

Пристаюючи до розгляду природи виникнення понять «платинова хвилина» і «золота година», слід провести аналіз та з'ясувати сутність таких дефініцій і показників, як співвідношення загиблих та поранених, причини смерті поранених на полі бою, структуру санітарних втрат, заходи першої медичної і першої лікарської допомоги, а також інші організаційні та клінічні аспекти надання медичної допомоги.

Авторами вивчено публікації медичних і наукових фахівців різних країн та армій, які в різні періоди проводили аналогічні дослідження, та встановлено, що результати цих досліджень у більшості випадків співпадають або є тотожними.

За ствердженням військових медиків НАТО, приблизно 20% поранених солдатів помирають під час бою, з них 90% помирають до того, як отримають допомогу в медичному закладі (Bowen and Bellamy, 1998). Щоб їх врятувати, медичну допомогу слід надавати негайно і в необхідному обсязі. Після травматичних поранень у більшості випадків смерть настає внаслідок крововтрати, яка призводить до гіповолемічного шоку, зменшення об'єму циркулюючої крові та поліорганної недостатності [8].

У посібнику «Основні принципи тактичної допомоги пораненим у бою» (Army Tactical Combat Casualty Care, TCCC) та інших посібниках основні причини смерті поранених згруповано та наведено у таблиці.

Таблиця
Смертність від усіх причин під час сучасного бою (дані Армії США, 2010 р.)

Проникаюча (пенетруюча) травма голови	31%
Травма тулуба, яка не підлягає хірургічній корекції	25%
Травма, яку потенційно можна було б прооперувати	10%
Кровотеча з ран кінцівок	9%
Травми, що призводять до каліцтва, внаслідок вибуху	7%
Напружений пневмоторакс	5%
Проблеми з дихальними шляхами	1%
Наслідки інфекції, ускладнення шоку та катастрофічної кровотечі	12%

Приблизно 15% цих втрат, що настали до госпіталізації пораненого до медичного закладу, можна було б запобігти, якби відразу були вжиті необхідні заходи: зупинка масивної кровотечі, відновлення прохідності дихальних шляхів, накладення герметичної пов'язки при відкритому пораненні грудної клітки, усунення напруженого пневмотораксу за допомогою декомпресійної голки і, за можливості, дренивання грудної клітки.

Аналогічно, за інформацією Kotwal (2011), приблизно 90% летальних випадків трапляються саме на полі бою, ще до того, як поранених доставлено до лікувальних закладів [15]. При цьому у багатьох випадках смерті не можна запобігти за допомогою медичного втручання через тяжкість отриманих поранень та несумісність їх з життям (тяжка травма голови, політравма). Поранених, які не загинули відразу, можна ефективно лікувати і транспортувати, дотримуючись стандартів «Тактичної допомоги пораненим у бою» (Tactical Casualty Combat Care, TCCC) і «Порятунок життя в бою» (Combat Life Saving Care, CLS). При цьому зазначається, що доля поранених залежить від особи, яка першою надає медичну допомогу, її кваліфікації, підготовки та оснащення.

Eastridge В. і співавторами проведено аналіз надання медичної допомоги на догоспітальному етапі за 10 років військових операцій в Іраку та Афганістані і встановлено, що з 4596 загиблих військовослужбовців 87,3% померли до надходження в госпіталь. За результатами проведеного аналізу, 24,3% із них можна було б зберегти життя при якісному та своєчасному наданні медичної допомоги. За їхніми даними, основними причинами загибелі поранених від несвоєчасного надання медичної допомоги стали: кровотеча (91%), асфіксія (8%) та напружений пневмоторакс (1%) [14].

Ще раніше, під час узагальнення досвіду радянської медицини у другій світовій війні, проведено аналіз причин загибелі на полі бою поранених у живіт. Так, серед загиблих на полі бою смертельні травми, летальні наслідки в яких обумовлені саме тяжкістю поранення, мали місце лише у 10,4% поранених і супроводжувалися пошкодженнями черевної аорти або крупних судин в місцях їх відходження від аорти, масивними руйнуваннями паренхіматозних органів (печінки, підшлункової залози), розривами значної частини шлунково-кишкового тракту тощо. Решта поранених залишалися живими ще протягом 1,5–3 год. та загинули від крововтрати (62,9%), шоку та крововтрати (12,4%), шоку (10,9%), інших причин (13,8%) [6].

Банайтіс С.Й. (1942) зазначає, що за умови доставки осіб, поранених у живіт, на етапі надання хірургічної допомоги у перші 2–3 години після поранення показники летальності на даному етапі значно зростають, так як будуть прооперовані також поранені, які при більш пізній доставці загинули б на полі бою або самих передових ЕМЕ. Таким чином, чим краще організований винос поранених із поля бою та евакуація їх до військових лікувальних закладів, тим гірші статистичні показники результатів оперативних втручань. Водночас, Банайтіс С.Й. стверджує, що близько 20% приречених поранених можна врятувати [2].

Таким чином, за досвідом медичного забезпечення військ під час збройних конфліктів, найбільш частими причинами смерті від поранень, яких можна було запобігти, є крововтрата – 60%, пневмоторакс – 30%, обструкція дихальних шляхів – 5%, інші причини – ще 5% [9]. Також наведені дані свідчать, що близько 20–25% загиблих на полі бою та ранніх ЕМЕ потенційно могли жити і померли через відсутність або несвочасне чи неякісне надання медичної допомоги.

Аналізуючи клініко-морфологічні та патофізіологічні зміни в організмі поранених з'ясовано, що перший пік летальності приходить саме на час поранення, коли смерть настає протягом перших секунд або декількох хвилин після поранення, що обумовлено тяжкістю ушкоджень життєво важливих органів, таких як мозок, серце, крупні кровоносні судини. У більшості випадків такі ушкодження фатальні, проте грамотне надання медичної допомоги, швидко розпочате безпосередньо на місці поранення, може врятувати частину поранених. У цей період гине близько 60% поранених.

Другий пік летальності припадає на проміжок часу від декількох хвилин до першої години з моменту поранення, коли частота летальних наслідків може бути зменшеною за рахунок зупинки зовнішньої та внутрішньої кровотечі, відновлення об'єму циркулюючої крові та відновлення перфузії тканин, профілактики та лікування вентиляційної, гемічної та тканинної гіпоксії шляхом відновлення прохідності верхніх дихальних шляхів та проведення штучної вентиляції легенів.

Третій пік летальності виникає через декілька днів або тижнів із моменту поранення та пов'язаний із розвитком поліорганної недостатності або сепсису.

Високий рівень смертності поранених на полі бою обумовлений швидкоплинністю процесів втрати життєдіяльності під дією травматичних факторів. Так, при пораненні крупних артерій (наприклад, стегнової) людина може загинути від втрати крові протягом 2–3 хвилин. Також протягом 5 хвилин людина може загинути від обструкції дихальних шляхів чи дихальної недостатності. Під час більшості поранень за 5–10 хвилин розвивається серйозне та смертельне ускладнення – шок, який призводить до порушення дихання та діяльності серцево-судинної системи. Тому останнім часом все більшого значення та уваги приділяється першим 10 хвилинам після поранення, які умовно називають «платиновими» [9]. Вони є найкритичнішими, і все залежить від уміння та здатності пораненого надати собі першу медичну (домедичну) допомогу у порядку самопомоги, а також від готовності та вміння його співслужбовців, стрільків-санітарів і санінструкторів підрозділу надавати першу медичну (домедичну) допомогу. Саме заходи, вжиті протягом цього часу, найбільше впливають на прогноз виживання, одужання і відновлення боєздатності.

Реалізація правила «платинової хвилини» у різних арміях вирішується майже однаково та залежить від наявності сучасних індивідуальних засобів медичного захисту, навченості військовослужбовців наданню першої медичної (домедичної) допомоги у порядку само- та взаємодопомоги, своєчасного розшуку поранених, наявності військово-медичного персоналу відповідного рівня в бойових порядках військових підрозділів безпосередньо на полі бою.

Дотримання правила «платинової хвилини» забезпечується наявністю сучасних індивідуальних засобів медичного захисту для ефективної боротьби в першу чергу з такими наслідками поранень, як кровотеча, пневмоторакс, обструкція дихальних шляхів і шок. Для цього в аптечках індивідуальних, замість джгута Есмарха, з'явилися сучасні «турнікети», місцеві кровоспинні препарати, для поповнення крововтрати можуть бути розчини з пристроями для внутрішньовенного або внутрішньокісткового вливання. Для надання допомоги при відкритому пневмотораксі в наявності сучасні оклюзивні пов'язки або наклейки, при напруженому або клапанному пневмотораксі – гнучкі катетери з жорстким металевим мандреном або голка типу Дюфо. Обструкція дихальних шляхів вимагає невідкладного звільнення ротової порожнини від сторонніх тіл (блювотних мас, уламків протезів тощо) та застосування назофарингеальної трубки. Для профілактики та боротьби із шоком використовуються сучасні знеболювальні засоби.

При тяжкому пораненні або масивній кровотечі незворотні зміни в організмі відбуваються протягом однієї години, що обумовлює необхідність надання необхідного обсягу лікарської допомоги в зазначений термін і має вирішальне значення для врятування життя пораненого. Це досягається своєчасною та якісною першою медичною (домедичною) допомогою, яка надається в порядку само- або взаємодопомоги чи стрільками санітарами або санітарними інструкторами,

швидкою евакуацією поранених на ЕМЕ, де протягом не пізніше однієї години від часу поранення їм буде надано першу лікарську, а потім первинну хірургічну допомогу (невідкладні заходи кваліфікованої хірургічної допомоги) у порядку «Damage Control», що вирішується низкою організаційних заходів і відповідним технічним забезпеченням медичної служби. Зважаючи на те, що визначальне значення для врятування життя поранених має вчасність, обсяг та правильність надання медичної допомоги протягом першої години, вона отримала назву «золотої години», тобто часу, коли організм пораненого балансує на грані життя і смерті, і коли йому ще можна надати найбільш ефективну та дійову допомогу.

Військово-медична доктрина збройних сил країн-членів НАТО визнає, що можливості військових лікарів та іншого професійного медичного персоналу щодо негайного надання першої допомоги безпосередньо на полі бою є вкрай обмеженими [12]. Зважаючи на зазначене, першочергове значення для врятування життя поранених приділяється організації та проведенню заходів щодо надання першої медичної (домедичної) допомоги в порядку самопомоги самим пораненим, в порядку взаємодопомоги іншим бійцем, бійцем-рятувальником (у ЗС України – стрільком-санітаром), парамедиком (у ЗС України – санінструктором роти).

Найбільш передовий досвід у реалізації правила «золотої години» має військово-медична служба ізраїльської армії [10]. Нещодавно вона вдосконалила систему порятунку життя поранених на полі бою, скоротивши «золоту годину» до 43 хвилин, що призвело до помітного зростання кількості врятованих поранених. Так, якщо під час Війни Судного дня у 1973 р. загинуло до 35% поранених солдат, то під час операції «Непохитна скеля» втрати серед поранених не перевищили 6%. Більше того, програмою удосконалення медичної допомоги на догоспітальному етапі «My Brother Keeper» передбачено амбіційні цілі до 2020 р. звести процент потенційного попередження смертності внаслідок поранень до нуля [16]. Гіпотетично це означає, що загинути військовослужбовець може лише внаслідок масивної руйнації голови або тулубу чи отримання несумісних із життям уражень, наприклад серця або аорти.

В Ізраїлі вважають, що проблема «золотої години» може бути вирішена шляхом впровадження сучасної багаторівневої системи надання медичної допомоги пораненим. Тут важливо все: індивідуальна аптечка, перев'язувальні засоби і медичне спорядження, час і способи евакуації поранених. Проте вирішальне значення для врятування життя поранених мають досвід і знання військового медика, здатного надати медичну допомогу вже у перші хвилини після поранення, і тому, на їх переконання, військовий лікар повинен йти в бій разом із солдатами [10]. Перебування його у двох хвилинах від пораненого забезпечує своєчасність та якість надання медичної допомоги і дає змогу на практиці реалізувати правило «золотої години».

Реалізація правила «золотої години» у збройних силах країн-членів НАТО забезпечується своєчасним та якісним наданням першої медичної (домедичної)

допомоги, своєчасним вивозом (виносом) поранених із поля бою та евакуацією на ЕМЕ для надання першої лікарської допомоги, наближенням первинної хірургічної допомоги (невідкладних заходів кваліфікованої хірургічної допомоги) у порядку «Damage Control» [12].

Зважаючи, що визначальним моментом при цьому є терміни евакуації поранених на ЕМЕ, воно забезпечується наявністю броньованого санітарного транспорту, гелікоптерів або санітарних автомобілів. Для надання першої лікарської допомоги, наближення первинної хірургічної допомоги військові підрозділи, що беруть участь у бойових діях, забезпечуються штатними або приданими медичними підрозділами (медичними пунктами, медичними ротами, передовими хірургічними бригадами) з відповідним медичним польовим комплектно-табельним оснащенням.

Яким же чином правила «платинової хвилини» та «золотої години» реалізуються в системі ЛЕЗ медичної служби ЗС України?

У процесі здійснення ЛЕЗ у ЗС України передбачається надання таких видів медичної допомоги: перша медична (домедична) допомога, долікарська (фельдшерська) допомога, перша лікарська допомога, кваліфікована медична допомога і спеціалізована медична допомога, медична реабілітація [3].

Перша медична допомога – це комплекс заходів, що здійснюється з метою попередження або зменшення тяжких наслідків уражень і виникнення ускладнень або врятування життя шляхом найпростіших медичних заходів. Вона надається безпосередньо на місці поранення або в найближчому укритті самими військовослужбовцями у порядку само- і взаємодопомоги, стрільцями-санітарами та санітарними інструкторами підрозділів, а також особовим складом підрозділів, що виділяються для рятувальних робіт в осередках масових уражень.

Долікарська (фельдшерська) допомога доповнює медичні заходи, що надавалися в порядку першої медичної допомоги, і має на меті боротьбу із загрозливими для життя розладами, захист ран від вторинної інфекції, попередження шоку та боротьбу з ним. Вона надається фельдшерами (помічниками лікарів) у медичних пунктах батальйонів (при масових санітарних втратах – у медичному пункті полку і медичній роті бригади).

Перша лікарська допомога – це комплекс заходів, спрямованих на попередження розвитку ранових інфекцій, профілактику шоку та інших тяжких ускладнень, боротьбу із загрозливими для життя наслідками бойових уражень, надання невідкладної допомоги хворим та підготовку поранених і хворих до подальшої евакуації. Вона надається лікарями загальної практики в медичних пунктах батальйонів (дивізіонів), що укомплектовані лікарями, полків і в медичних ротах бригад. Залежно від обставин перша лікарська допомога може надаватися в повному або скороченому обсязі.

Кваліфікована медична допомога – це комплекс заходів, що здійснюється з метою усунення тяжких, загрозливих для життя, наслідків та ускладнень уражень, підготовки до подальшої евакуації та створення

сприятливих умов для наступного лікування. Вона надається на ЕМЕ в медичних ротах бригад та військово-медичних закладах лікарями хірургами і терапевтами. Кваліфікована медична допомога поділяється на хірургічну і терапевтичну та може надаватися у повному або скороченому обсязі.

На жаль, наявність серйозних проблем у забезпеченості військовослужбовців індивідуальними засобами медичного захисту, а медичної служби – необхідним комплектно-табельним оснащенням і санітарно-транспортними засобами, стані військово-медичної підготовки військовослужбовців та спеціальної підготовки медичного персоналу, некомплекту медичного персоналу на посадах у медичних підрозділах військових частин і з'єднань, а також проблем організаційного характеру негативно впливає на стан медичного забезпечення ЗС України в цілому та реальні показники медичного забезпечення під час бойових дій військових частин і підрозділів в АТО [1, 5].

Так, від початку збройного конфлікту на Сході України загинули близько 2700 українських військовослужбовців та понад 9000 отримали поранення, включаючи військовослужбовців усіх силових відомств [11]. При цьому співвідношення безповоротних і санітарних втрат серед військовослужбовців становить 1:3,5, що є дуже низьким показником і свідчить про незадовільну організацію надання медичної допомоги на полі бою та ранніх ЕМЕ. За досвідом медичного забезпечення інших збройних конфліктів, зазначене співвідношення було таким: Афганістан (СРСР) – 1:32; Чечня-I – 1:9; Ірак – 1:16; Афганістан (НАТО) – 1:14 [4, 7].

Також звертає на себе увагу невелика частка тяжкопоранених (10,4%) у загальній структурі санітарних втрат, що практично вдвічі менше за загальноприйняті статистичні показники. Так, частка тяжких і вкрай тяжких поранень у першій (1994–1996) та другій (1999–2002) воєнних кампаніях на Північному Кавказі становила відповідно від 17,5% до 26,5%.

Наведені статистичні показники дають підстави припустити, що частина загиблих не отримали вчасно якісну першу медичну (домедичну) допомогу на полі бою та не були своєчасно доставлені на відповідні ЕМЕ.

Встановленню механізмів та істинних причин смертей (загибелі) військовослужбовців під час АТО могла б допомогти своєчасно та якісно проведена судово-медична експертиза, проте на цей час інформація щодо її результатів у відкритих наукових джерелах відсутня. Оприлюднена на Всеукраїнській міжвідомчій науково-практичній конференції «Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти» інформація керівника КЗ «Дніпропетровське обласне бюро судово-медичної експертизи» щодо дослідження 1158 випадків смерті (загибелі) військовослужбовців також не дозволяє це зробити.

На початку АТО військовослужбовці ЗС України не мали сучасних засобів індивідуального медичного захисту, тому було прийнято рішення щодо забезпечення кожного військовослужбовця трикомпонентним набором:

знеболювальним засобом (буторфанолу тартрат у шприц-тюбику) – 1 шт.; пакетом перев'язувальним індивідуальним (ППІ) – 2 шт.; джгутом кровоспинним медичним – 1 шт. Це дозволило на 100% забезпечити особовий склад, який бере участь в АТО, індивідуальними засобами для надання першої медичної допомоги в порядку само- і взаємодопомоги. Пізніше було прийнято рішення про заміну знеболювального засобу буторфанолу тартрату на більш ефективний – налбуфін-Фармекс у попередньо заповненому шприці.

У січні 2015 р. наказом Генерального штабу ЗС України затверджено новий склад аптечки індивідуальної відповідно до стандартів НАТО, який серед іншого передбачав наявність сучасних засобів надання першої медичної (домедичної) допомоги, а саме: анальгетик у шприц-тюбику або автоінжекторі; багатофункціональний перев'язувальний бандаж або індивідуальний перев'язувальний пакет стерильний першої допомоги із гумовою оболонкою; засіб для зупинки кровотечі хімічний (на тканинній основі); оклюзивна самоклеюча плівка; пластр армований; засіб для зупинки кровотечі механічний; назофарингеальний повітровід.

На цей час особовий склад військ, що задіяний в АТО, забезпечений аптечками індивідуальними наведеного змісту, запроваджені та регулярно проводяться тренінги з військовослужбовцями щодо надання першої медичної (домедичної) допомоги (військово-медична підготовка). Військові підрозділи почали комплектуватися стрілками-санітарами та санітарними інструкторами, підготовка яких розпочата у заново створеному спеціальному навчально-тренувальному центрі.

Поліпшення забезпеченості військовослужбовців індивідуальними засобами медичного захисту, освоєння ними порядку їх використання, а також набуття знань щодо надання першої медичної (домедичної) допомоги в порядку само- та взаємодопомоги при пораненнях є основою для зростання показників виживаності поранених на полі бою та поліпшення кінцевих результатів їх лікування.

На початку АТО медичні підрозділи військових частин і з'єднань не мали броньованих засобів для вивозу поранених із поля бою. На цей час опрацьовано медико-технічні вимоги для зазначених санітарно-транспортних засобів, розпочато їх замовлення, виготовлення та постачання до ЗС України.

Реалізація правила «золотої години» в системі медичного забезпечення ЗС України в АТО, а саме, своєчасна медична евакуація поранених на ЕМЕ, якісне та своєчасне надання їм першої лікарської допомоги, наближення первинної хірургічної допомоги (невідкладних заходів кваліфікованої медичної) допомоги у порядку «Damage Control», ускладнено через відсутність достатньої кількості сучасних санітарно-транспортних засобів, у тому числі гелікоптерів, недосконалої організаційно-штатної структури медичних підрозділів військових частин і з'єднань, їх неуккомплектованість медичним персоналом, відсутність сучасного польового комплектно табельного оснащення медичної служби. Це компенсується шляхом формування

та використання для медичного забезпечення військових підрозділів мобільних лікарсько-сестринських бригад, залученням до системи ЛЕЗ цивільних закладів охорони здоров'я, активною участю волонтерів у реальному медичному забезпеченні ЗС України та використання загальновійськових і цивільних транспортних засобів для евакуації поранених.

Підсумовуючи результати дослідження сутності та значення «платинової хвилини» і «золотої години» в системі ЛЕЗ, слід зазначити, що вони відіграють найважливішу роль у забезпеченні своєчасності та ефективності медичної допомоги, а відповідно – в досягненні високих результатів у лікуванні поранених військовослужбовців. Їх реалізація можлива за умови побудови сучасної та ефективної системи ЛЕЗ, яка передбачає наявність:

- по-перше, сучасних індивідуальних засобів медичного захисту та комплектно-табельного оснащення медичної служби;

- по-друге, організаційно-штатної структури медичної служби, яка б відповідала потребам військ, та комплектування її медичним персоналом відповідної кваліфікації;

- по-третє, навченість військовослужбовців правилам надання першої медичної (домедичної) допомоги у порядку само- та взаємодопомоги;

- по-четверте, організаційну побудову системи ЛЕЗ, а саме: формування відповідних ЕМЕ, встановлення для них видів та обсягів медичної допомоги;

- по-п'яте, сучасних евакотранспортних засобів, у тому числі броньованих, для своєчасного вивозу (виносу) поранених із поля бою та медичної евакуації їх на відповідні ЕМЕ.

Найважливішу роль у забезпеченні дотримання правила «золотої години» відіграє медична рота бригади і насамперед її організаційно-штатна структура, оснащення, завдання та функції. Вона призначена для підсилення медичної служби військових підрозділів бригади, евакуації поранених способом на себе, проведення медичного сортування (внутрішньопунктового та евакотранспортного) надання їм першої лікарської допомоги, невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги у порядку «Damage Control». Мобільність медичної роти мають забезпечувати передові хірургічні групи, які забирають на себе поранених, що потребують невідкладних оперативних втручань та медичного догляду на даному ЕМЕ.

На думку авторів для забезпечення реалізації правил «платинової хвилини» та «золотої години» в сучасній системі ЛЕЗ ЗС України необхідно:

- впровадити ефективну систему військово-медичної підготовки з метою прищеплення військовослужбовцям знань і навиків надання першої медичної (домедичної) допомоги у порядку само- та взаємодопомоги;

- розробити та впровадити сучасну структуру медичних підрозділів військових частин і з'єднань та мобільних військово-медичних закладів відповідно до

завдань, що перед ними ставляться, укомплектувати їх підготовленим медичним персоналом, забезпечити сучасним медичним обладнанням і санітарно-технічним оснащенням та санітарно-транспортними засобами;

- упорядкувати залучення цивільних закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги пораненим військовослужбовцям;

- чітко визначити види, обсяги та заходи медичної допомоги, що надаватимуться на полі бою та передових ЕМЕ;

- створити ефективну систему управління медичним забезпеченням ЗС України.

Реалізація зазначених заходів дасть змогу досягти часових показників надання медичної допомоги пораненим за принципом 10 – 1 – 2, що означає: надання першої медичної допомоги протягом 10 хвилин після поранення («платинова хвилина»); проведення стабілізаційних заходів та надання необхідної допомоги лікарем загальної практики протягом першої години («золота година»), а також надання невідкладної хірургічної допомоги протягом однієї, але не пізніше двох годин кожному пораненому.

Висновки

Збереження життя поранених військовослужбовців на полі бою забезпечується належною організацією системи ЛЕЗ, яка є основою медичного забезпечення військ під час їх застосування.

Найважливіше значення для врятування життя поранених та отримання позитивних результатів їх лікування має своєчасність надання медичної допомоги, що забезпечується чіткими часовими показниками (термінами) її надання.

Реалізація правил «платинової хвилини» залежить від забезпеченості військовослужбовців сучасними індивідуальними засобами медичного захисту, навченості їх надання першої медичної (домедичної) допомоги у порядку само- та взаємодопомоги, своєчасного розшуку поранених, наявності військово-медичного персоналу відповідного рівня підготовки в бойових порядках військових підрозділів безпосередньо на полі бою.

Реалізація правила «золотої години» забезпечується своєчасним та якісним наданням першої медичної (домедичної) допомоги, своєчасним вивозом (виносом) поранених із поля бою та евакуацією на передові ЕМЕ для надання першої лікарської допомоги, наближенням первинної хірургічної допомоги (невідкладних заходів кваліфікованої хірургічної) допомоги у порядку «Damage Control».

Перспективи подальших досліджень

Медична служба ЗС України буде спроможною реалізувати правила «платинової хвилини» і «золотої години» за умови розробки та затвердження детальної Програми розвитку системи медичного забезпечення ЗС України на період до 2022 року та її повного виконання.

Література

1. *Антитерористична операція: уроки медичного забезпечення* / В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський, М. В. Кудренко, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3 (Спецвипуск). – С. 31–35.
2. *Банайтис С. И.* Краткий курс военно-полевой хирургии : учебник по военно-полевой хирургии / С. И. Банайтис, П. А. Куприянов. – Москва, 1942.
3. *Доктрина медичного забезпечення Збройних Сил України* : затверджена наказом Генерального штабу ЗС України від 04.09.2014 р. № 221. – Київ, 2014. – 25 с.
4. *Итоги медицинского обеспечения группировки войск в контртеррористической операции на Северном Кавказе в 1999–2000 гг.* / И. М. Чиж, А. А. Ларьков, А. М. Шелепов, И. Т. Русев // Военно-медицинский журнал. – 2003. – № 10. – С. 4–12.
5. *Медичне забезпечення антитерористичної операції: стан, проблеми та напрями удосконалення* / В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський, М. В. Кудренко [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 2 (34). – С. 7–12.
6. *Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.* : Энциклопедия в 35 томах. – Т. 12 : Огнестрельные ранения и повреждения живота. – Москва, 1949. – 568 с.
7. *Принципы организации оказания хирургической помощи и особенности структуры санитарных потерь в контртеррористических операциях на Северном Кавказе (Сообщение первое)* / Е. К. Гуманенко, И. М. Самохвалов, А. А. Трусов [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2005. – № 1. – С. 4–13.
8. *Режим доступу* : http://studopedia.su/19_19491_zolota-godina.html. – Назва з екрана.
9. *Режим доступу* : <http://viysko.com.ua/journal/platy-novi-hvy-ly-ny-zolotoyi-gody-ny/>. – Назва з екрана.
10. *Режим доступу* : <http://www.milnavigator.com/uk/zolotoj-chas-ranenogo-soldata/>. – Назва з екрана.
11. *Режим доступу* : [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B8_%D1%81%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%85_%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%82%D1%83%D1%80_%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%BB%D1%96%D0%B4%D0%BE%D0%BA_%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%B2%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F_%D0%B2_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%83_\(%D0%B7_%D1%81%D1%96%D1%87%D0%BD%D1%8F_2016\)](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B8_%D1%81%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%85_%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%82%D1%83%D1%80_%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%BB%D1%96%D0%B4%D0%BE%D0%BA_%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%B2%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F_%D0%B2_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%83_(%D0%B7_%D1%81%D1%96%D1%87%D0%BD%D1%8F_2016)). – Назва з екрана.
12. *Спільна доктрина НАТО щодо медичного забезпечення (AJP-4.10 (B))*, 2015.
13. *Тимчасова настанова з медичної евакуації поранених і хворих у Збройних Силах України на особливий період* : затверджена наказом Генерального штабу ЗС України від 02.03.2016 р. № 90. – Київ, 2016. – 60 с.
14. *Death on the battlefield (2001–2011): implications for the future of combat casualty care* / В. J. Eastridge, R. L. Mabry, P. Seguin [et al.] // J. Trauma Acute Care Surg. – 2012. – Vol. 73, № 6 (Suppl. 5). – P. S431–S437.
15. *Eliminating preventable death on the battlefield* / R. S. Kotwal, H. R. Montgomery, B. M. Kotwal [et al.]. – 2011. – Dec.; Vol. 146 (12). – P. 1350–1358. doi: 10.1001/archsurg.2011.213. Epub 2011 Aug 15.
16. *Moving forward with combat casualty care: the IDF-MC strategic force buildup plan «My Brother's Keeper»* / E. Glassberg, R. Nadler, A. M. Lipsky [et al.] // Isr. Med. Assoc. J. – 2014. – Vol. 16, № 8. – P. 469–474.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.08.2016 р.

**Актуальность «платиновой минуты»
и «золотого часа» в современной системе
лечебно-эвакуационных мероприятий**

В.Я. Белый¹, А.В. Верба²,

М.И. Бадюк¹, В.А. Жаховский¹, В.Г. Ливинский¹,

Г.А. Слабкий³, Н.В. Кудренко³, И.П. Мельник⁴

¹Украинская военно-медицинская академия,
г. Киев, Украина

²Военно-медицинский департамент

Министерства обороны Украины, г. Киев, Украина

³ГУ «Украинский институт стратегических исследований
Министерства здравоохранения Украины»,
г. Киев, Украина

⁴Военно-медицинский клинический центр
Центрального региона, г. Винница, Украина

Цель – исследовать важность временных показателей оказания медицинской помощи и их влияние на окончательные результаты лечения раненых.

Материалы и методы. Объект исследования – система военного здравоохранения. Предмет – состояние медицинского обеспечения военнослужащих, в частности своевременность оказания медицинской помощи. Методы исследования – исторический, аналитический, библиосемантический, системного подхода.

Результаты. Эффективность системы военного здравоохранения и результаты лечения раненых и больных военнослужащих зависят от своевременности оказания необходимых видов и объемом медицинской помощи.

Выводы. Для формирования современной системы медицинского обеспечения войск необходимы соответствующая нормативно-правовая база, адекватное кадровое и материально-техническое обеспечение.

Ключевые слова: медицинское обеспечение, система лечебно-эвакуационных мероприятий, «платиновая минута», «золотой час».

**Actuality «platinum minutes» and «golden hour»
in modern system for medical evacuation**

V.Ya. Biliy¹, A.V. Verba²,

M.I. Baduk¹, V.O. Zhakhovsky¹, V.G. Livinsky¹,

G.O. Slabkiy³, M.V. Kudrenko³, I.P. Melnyk⁴

¹Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

²Military Medical Department of the Ministry of Defense
of Ukraine, Kyiv, Ukraine

³PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches
of MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

⁴Military Clinical Medical Center
Central region, Vinnytsia, Ukraine

Purpose – study the importance of timeliness of care and its impact on treatment outcomes wounded.

Materials and methods. Object of study – the military health care system. The subject – the state of medical support troops, including timeliness of care. Research methods – historical, bibliosemantychnyy, analytical, systematic approach.

Results. The efficiency of the military health care and outcomes of wounded and sick soldiers are dependent on the timely provision of appropriate types and amounts of medical care.

Conclusions. To form a modern system of medical support required by the regulatory framework, adequate staffing and logistical support.

Key words: health care, system medical evacuation, “platinum minute” and “golden hour”.

Відомості про авторів

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

Верба Андрій В'ячеславович – к.мед.н., директор Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України, генерал-майор медичної служби; Повітрофлотський проспект, 6, м. Київ, 03168, Україна.

Бадюк Михайло Іванович – д.мед.н., начальник кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04050, Україна.

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

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

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., в.о. директора ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

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

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

УДК 616-006:616.31-053.2-053.6

О.В. Клітинська

АНАЛІЗ ПРОЯВІВ ЛЕЙКОЗІВ У ПОРОЖНИНІ РОТА В ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

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

Мета – проаналізувати особливості клінічних проявів у порожнині рота різних форм лейкозів у дітей та підлітків як первинних ознак захворювання.

Матеріали та методи. Обстеженню підлягали діти та підлітки віком від 3 до 17 років із верифікованим діагнозом лейкозу, загальна кількість яких становила 84 особи, з них було 52 хлопчики (61,9%) та 32 дівчинки (38,1%). Методом даного дослідження був візуальний огляд ротової порожнини обстежуваних.

Результати. За даними проведеного обстеження, найчастіше лейкоз зустрічається у хлопчиків (61,9%), зокрема, найпоширенішою є геморагічна форма лейкозу (83,3%), для якої характерні такі клінічні прояви: кровоточивість ясен, виразки та некрози на їх поверхнях, блідість слизової оболонки порожнини рота, сірувато-білий наліт на спинці язика.

Висновки. Виявлення лейкозу на ранніх стадіях розвитку значно збільшує успішність лікування, а лікар-стоматолог зазвичай є першим, хто може діагностувати саме початок захворювання, аналізуючи усі прояви на слизовій оболонці порожнини рота, та спрямувати хворого до відповідного спеціаліста (онколога, гематолога).

Ключові слова: діти, лейкоз, форми лейкозу, клінічні прояви, блідість слизової оболонки порожнини рота.

Вступ

Дослідження є фрагментом наукової теми кафедри стоматології дитячого віку стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»: «Вдосконалення надання стоматологічної допомоги дітям, які проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду» (№ держреєстрації 0114U004123), що виконувалась на підставі договорів про науково-технічну співпрацю з Пряшівським університетом (Словаччина, 2006), з Інститутом стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (2009), з клінікою щелепно-лицевої хірургії університету П.Й. Шафарика (Словаччина, 2010), з Дебреценським університетом (Угорщина, 2010).

Лейкози – це група захворювань крові, які характеризуються злоякісним переродженням гемопоетичної стовбурової клітини з первинною локалізацією в кістковому мозку та неконтрольованим розмноженням цих незрілих клітин. У подальшому патологічні осередки кровотворення утворюються в різних органах, у тому числі в слизовій оболонці порожнини рота [1, 2, 4–6, 8].

Лейкози відносяться до онкологічних захворювань, які найчастіше зустрічаються серед дітей та підлітків. Вони становлять одну третю всіх злоякісних новоутворень у дітей віком до 16 років. Щорічно виявляють близько 4000 випадків лейкозів серед дітей віком до 18 років, при

цьому 75% серед них посідають гострі лімфобластні лейкози, а 25% – різновиди мієлобластних лейкозів. За даними статистики, хлопчики страждають від лімфобластного лейкозу частіше за дівчаток, і на сьогодні, у зв'язку з розвитком медицини, виживаність за п'ять років хвороби досягає приблизно 70–85% дітей, що дає сприятливі прогнози [1, 2, 4, 5, 7, 8].

Мета роботи – проаналізувати особливості клінічних проявів у порожнині рота різних форм лейкозів як первинних ознак захворювання в дітей та підлітків.

Матеріали та методи

Обстежено 84 дитини та підлітки віком від 3 до 17 років із верифікованим діагнозом лейкозу, з них було 52 хлопчики (61,9%) та 32 дівчинки (38,1%). Здійснено візуальний огляд ротової порожнини. Обстеження проведено в клінічному стоматологічному кабінеті Ужгородської міської дитячої поліклініки на базі кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, вул. Боженка, 4.

Результати дослідження та їх обговорення

Часто лікар-стоматолог першим помічає прояви даного захворювання унаслідок наявності змін на слизовій оболонці порожнини рота, тому повинен добре орієнтуватись у даній патології. Адже відомо, що тісний анатомо-фізіологічний взаємозв'язок слизової оболонки

порожнини рота (СОПР) із різними органами та системами організму, і передусім з органами кровотворення, закладається ще в ембріогенезі. Доведено, що СОПР, сформувавшись у 12-денного ембріона, виконує ряд функцій, у тому числі роль органа кровотворення, аж до третього місяця розвитку плода. Саме тому перші симптоми захворювань органів кровотворення виникають на слизовій оболонці порожнини рота, губ та язика. Кожна з них характеризується наявністю специфічних проявів, на які передусім має звернути увагу лікар-стоматолог при огляді ротової порожнини дитини [1–3, 7, 8].

За даними літератури, у хворих на гострий лейкоз можуть бути відсутні зміни в порожнині рота, некроз та геморагії слизової оболонки. Найчастіше зміни на слизовій оболонці порожнини рота спостерігаються за наявності однієї з форм: анемічної, геморагічної, пухлиноподібної.

Початковий період змін слизової оболонки при лейкозі вивчений недостатньо. Прийнято вважати, що гострий лейкоз починається раптово. Проте, за даними літератури [1, 2, 4, 5, 8], хвороба тривалий час може перебігати безсимптомно, виявляючись у вигляді запального або дистрофічного процесу, у тому числі в порожнині рота. Першими характерними загальними симптомами є підвищення температури тіла до 37–38°C, зниження апетиту, млявість, біль у кістках і суглобах, кровоточивість ясен, блідість шкірних покривів та слизових оболонок, легка їх травматизація. При

прогресуванні захворювання та появі некротичних процесів хворі скаржаться на значну болючість під час вживання їжі, гнильний запах із рота, головний біль, запаморочення.

Фактори, які спричиняють виникнення патологічних змін у порожнині рота:

– імунodefіцит, на тлі якого реактивує герпетична інфекція, прогресує кандидоз;

– лімфобластна інфільтрація, яка клінічно проявляється в зонах запалення (перикоронит, гінгівіт, паротит);

– геморагічний синдром, що набуває клінічного значення в ділянках порушення цілісності тканин унаслідок механічних травм;

– анемія, що маскує симптоми запалення, впливає на відновлення тканин;

– цитостатична терапія є однією з причин імунodefіциту, з іншого боку, тривалий вплив високих концентрацій цитостатиків на тканини порушує темп мітозів у СОПР і клінічно проявляється дифузним запаленням тканин.

За результатами проведеного стоматологічного обстеження, найчастіше дана патологія зустрічається серед хлопчиків (n=52–61,9%), зокрема, найпоширенішою є геморагічна форма лейкозу (83,3%), для якої характерні такі клінічні прояви в ротовій порожнині: кровоточивість ясен, виразки та некрози на їх поверхнях, блідість СОПР, поява сірувато-білого нальоту на спинці язика (табл.).

Таблиця

Результати проведеного стоматологічного обстеження

Клінічні прояви	Хлопчики (n=52)		Дівчата (n=32)		Усього (n=84)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Блідість СОПР	52	61,9	32	38,1	84	100,0
Кровоточивість ясен	43	51,2	25	29,8	68	81,0
Набряк ясенних сосочків	9	10,7	7	8,3	16	19,0
Виразки та некрози ясен	43	51,2	27	32,1	70	83,3
Сірувато-білий наліт на спинці язика	40	47,6	27	32,1	67	79,7

Блідість слизової оболонки відмічалась у 100,0% обстежених, кровоточивість ясен – у 82,0% (68 осіб), виразки та некрози ясен – у 83,3% (70 осіб), сірувато-білий наліт на спинці язика – у 79,7% (67 осіб), набряк ясенних сосочків – у 19,0% (16 осіб).

Анемічна форма характеризується розвитком нормо-, гіпо- чи гіперхромного типу анемії без попередніх крововтрат. Першими проявами є блідість слизової оболонки ротової порожнини з ціанотичним відтінком. Лабораторно спостерігається зниження гемоглобіну, еритроцитопенія.

Дуже часто кровоточивість ясен є першою клінічною ознакою гострого лейкозу геморагічної форми. Ясна при цьому стають рихлими, кровоточать, вкриваються виразками. Часто спостерігаються виразки та некрози ясен, особливо після видалення зубів. Язик стає набряклим, спинка вкривається сірувато-білим нальотом, нерідко на кінчику та бічних його поверхнях з'являються виразки. Спочатку відзначається гіперсалівація, а потім – гіпосалівація, що виникає за рахунок дистрофічних змін у слинних залозах. Ознаки геморагічного синдрому гострого лейкозу часто

сприймаються як наслідок гіповітамінозу С або постійної травматизації слизової оболонки.

Пухлиноподібна форма гострого лейкозу характеризується виникненням деформації ясенного краю – «гіпертрофічного гінгівіту». При диференціальній діагностиці з гіпертрофічним гінгівітом різниця полягає в тому, що при лейкозі розміри ясенних сосочків збільшуються з піднебінної та язикової поверхонь, а при гіпертрофічному гінгівіті – з вестибулярної. Ясенні сосочки, поступово збільшуючись, закривають коронки зубів, інколи рясно кровоточать.

Для хворих із гострим лейкозом характерне порушення чутливості смаку, яке виникає внаслідок ураження грибоподібних сосочків язика. Можуть виникати больові відчуття в абсолютно здорових зубах, а також у щелепних кістках разом із болем в інших кістках організму. При даній патології різко знижуються захисні сили організму, тому розвивається кандидоз слизової оболонки порожнини рота, який приводить до прийому

хворими цитостатиків, кортикостероїдів, деяких груп антибіотиків.

Висновки

Загальновідомо, що виявлення лейкозу на ранніх стадіях розвитку значно збільшує успішність лікування, а лікар-стоматолог зазвичай є першим, хто може діагностувати саме початок захворювання, аналізуючи усі прояви на слизовій оболонці порожнини рота, та спрямувати хворого до відповідного спеціаліста (онколога, гематолога).

Отже, проаналізувавши результати дослідження, слід зазначити, що найчастіше дане захворювання зустрічається серед хлопчиків (n=52–61,9%), крім того, найпоширенішою є геморагічна форма лейкозу, яка діагностується у 83,3% обстежуваних.

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні вивчення даної теми.

Література

1. *Детская онкология : национальное руководство / под ред. М. Д. Алиева, В. Г. Полякова, Г. Л. Менткевич, С. А. Маяковой. – Москва : Издательская группа РОНЦ, 2012. – 684 с.*
2. *Дурнов Л. А. Детская онкология / Л. А. Дурнов, Г. В. Голдобенко. – Москва, 2003. – 504 с.*
3. *Клітинська О. В. Сучасні погляди на вплив окремих представників мікрофлори на розвиток стоматологічних захворювань та уражень шлунково-кишкового тракту / О. В. Клітинська, Ю. О. Мочалов, Н. В. Пупена // Молодий вчений. – 2014. – № 11 (14). – С. 217–220.*
4. *Лукиных Л. М. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Л. М. Лукиных ; НГМА. – Москва, 2000. – 367 с.*
5. *Сиротко В. Л. Усе про внутрішніх хворобах: навчальній посібник для аспірантів / В. Л. Сиротко. – Минск : Высшая школа, 2008. – 345 с.*
6. *Чебаненко Ю. Ю. Патогенетические аспекты воспалительного процесса в тканях ротовой полости больных со злокачественными опухолями и лимфогранулематозом : автореф. дис. ... к.мед.н. за специальностью 14.01.21 «Стоматология» / Ю. Ю. Чебаненко. – Барнаул, 2011. – 25 с.*
7. *Bacterial profiles of saliva in relation to diet, lifestyle factors, and socioeconomic status / D. Belstrom, P. Holmstrup, C. H. Nielsen [et al.] // J. Oral. Microbiol. – 2014. – Vol. 6. – P. 236–239.*
8. *Gregory H. Childhood Leukemia / Gregory H. Reaman, Franklin O. Smith // A Practical Handbook. – 2011. – 336 p.*

Дата надходження рукопису до редакції: 09.09.2016 р.

**Анализ проявлений лейкозов
в полости рта у детей и подростков***О.В. Клитинская*ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – проанализировать особенности клинических проявлений в полости рта различных форм лейкозов как первичных признаков заболевания у детей и подростков.

Материалы и методы. Обследованию подлежали дети и подростки в возрасте от 3 до 17 лет с верифицированным диагнозом лейкоза, общее количество которых составило 84 человека, из них было 52 мальчика (61,9%) и 32 девочки (38,1%). Методом данного исследования был визуальный осмотр ротовой полости обследуемых.

Результаты. Установлено, что лейкоз чаще всего встречается среди мальчиков (61,9%); самой распространенной является геморрагическая форма лейкоза (83,3%), для которой характерны следующие клинические проявления: кровоточивость десен, язвы и некрозы на их поверхностях, бледность слизистой оболочки полости рта, серовато-белый налет на спинке языка.

Выводы. Обнаружение лейкоза на ранних стадиях развития существенно увеличивает эффективность лечения, а врач-стоматолог, как правило, является первым, кто может диагностировать самое начало заболевания, анализируя все проявления на слизистой оболочке полости рта, и направить больного к соответствующему специалисту (онкологу, гематологу).

Ключевые слова: дети, лейкоз, формы лейкоза, клинические проявления, бледность слизистой оболочки полости рта.

**Analysis of displays of leukemia
in the cavity of mouth in children and adolescents***O.V. Klitynska*

SHEI “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to analyze the features of clinical manifestations in the oral cavity of various forms of leukemia as the primary symptoms of the disease in children and adolescents.

Materials and methods. The examination was subjected to children and adolescents aged from 3 to 17 years, with verified diagnosis of leukemia, which was the total number of 84 people, among them – 52 boys (61.9%) and 32 girls (38.1%). The method of the given research was the visual examination of oral cavity.

Results. Having analyzed the results of the conducted research, it should be noted that the given pathology is often found among boys (61.9%), in particular, the most common is the hemorrhagic form of leukemia (83.3%), which is characterized by the following clinical manifestations: bleeding gums, ulcers and necrosis on their surfaces, paleness of mucosa membrane of oral cavity, grayish – white plaque on the back of the tongue.

Conclusions. It is generally known that the detection of leukemia in the early stages of development increases treatment success, and the doctor – dentist, usually, is the first who can diagnose exactly the very beginning of the disease, analyzing all manifestations on the mucous membrane of oral cavity, and direct the patient to the appropriate specialist (oncologist, hematologist).

Key words: children, leukemia, forms of leukemia, clinical manifestations, paleness of the mucous membrane of oral cavity.

Відомості про автора

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

УДК 616-006-055.2:314.2(477)

С.В. Дудник

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ МАЛЮКОВОЇ СМЕРТНОСТІ В УКРАЇНІ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета – вивчити, проаналізувати і визначити динаміку рівня, структуру й тенденції дитячої смертності в Україні (загальну, залежно від місця проживання) за період 2012–2015 рр.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на підставі даних Державного комітету статистики України за період 2012–2015 рр. Використано такі методи: аналітичний, статистичний, порівняльного аналізу, системний підхід.

Результати та висновки. У ході дослідження виявлено сучасні тенденції рівня і структури малюкової смертності в Україні, чітку диференціацію рівня та структури смертності дітей віком до одного року життя залежно від місця проживання (місто, село) і причин смерті.

Ключові слова: смертність, малюкова смертність, тенденції смертності, причини смерті.

Вступ

Найважливішим провідним показником здоров'я населення у всьому світі, найчутливішим індикатором рівня медичного обслуговування, соціально-економічного розвитку та культурного благополуччя суспільства, що визначає рейтингове місце та політичний престиж країни, є малюкова смертність. На даний час рівень смертності дітей віком до одного року в Україні залишається удвічі вищим (7,9‰), ніж у країнах Європейського Союзу (ЄС), при цьому частина немовлят, які, за критерієм Всесвітньої організації охорони здоров'я, вважаються померлими на першому тижні життя, при розрахунку коефіцієнтів смертності немовлят в Україні не враховуються, тому реальний розрив відповідних показників в нашій державі та країнах ЄС більший, ніж це засвідчує статистика [1–3].

Життєдіяльність новонароджених чутливо реагує на найменші зрушення у численних факторах, що впливають на неї, і це стосується не тільки медичної галузі, але і значною мірою низки соціально-економічних факторів (рівня життя, стану здоров'я, якості харчування, освіти тощо), що реалізуються через батьків немовлят. Саме смертність дітей віком до одного року є визначальною, оскільки ймовірність смерті дитини різко зменшується після досягнення дитиною однорічного віку. Скорочення рівня дитячої смертності є однією з найважливіших складових, що характеризує ефективність політики країни, націленої на соціально-економічну середу, тому зниження рівня дитячої смертності не тільки позитивно впливає на соціальні, економічні, демографічні процеси, але і володіє дуже високим економічним ефектом, що є надважливим для зростання економічного потенціалу держави [3–5].

Мета роботи – вивчити, проаналізувати та визначити динаміку рівня, структуру й тенденції

малюкової смертності в Україні (загальну, залежно від місця мешкання) за період 2012–2015 рр.

Матеріали та методи

Дослідження проведено на підставі даних Державного комітету статистики України за період 2012–2015 рр. Використано такі методи: аналітичний, статистичний, порівняльний аналіз, системний підхід.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами дослідження виявлено, що рівень малюкової смертності в Україні має тенденцію до зниження на 6,4% (2012 р. – 8,44‰; 2015 р. – 7,90‰). Смертність дітей віком до одного року життя залежно від місця мешкання (місто, село) останніми роками також має поступову тенденцію до зниження: у міських поселеннях – на 7,7% у 2015 р. відносно 2012 р., у сільській місцевості – на 4,3%. Тенденції зниження рівня смертності дітей до одного року життя повільніші в сільській, ніж у міській місцевості. Слід зауважити, що рівень малюкової смертності в сільській місцевості вищий за такий у міській на 15,2% (табл. 1).

Протягом 2012–2015 рр. в Україні спостерігалось зростання показників смертності дітей віком до одного року від новоутворень на 14,9% (від 0,835 на 10 тис. народжених живими у 2012 р. до 0,959 відповідно у 2015 р.), від хвороб крові й кровотворних органів – на 34,2% (0,526 у 2012 р. до 0,706 у 2015 р.), від хвороб органів дихання – на 13,9% (2,513; 2,863 відповідно). Рівень малюкової смертності знизився за такими причинами смерті: від хвороб ендокринної системи – на 39,5%; окремих станів, що виникають у перинатальному періоді, – на 6,02%; від природжених вад розвитку – на 6,01%; від зовнішніх причин смерті – на 4,3% (табл. 2).

Таблиця 1
Смертність дітей віком до одного року
протягом 2012–2015 рр. у цілому по Україні та за місцем мешкання

Рік	Усього по Україні		Міські поселення		Сільська місцевість	
	число померлих, осіб	на 1000 народжених живими (%)	число померлих, осіб	на 1000 народжених живими (%)	число померлих, осіб	на 1000 народжених живими (%)
2012	4371	8,44	2763	8,13	1608	9,03
2013	4030	7,96	2536	7,64	1494	8,56
2014 ¹	3656	7,82	2316	7,58	1340	8,27
2015 ¹	3318	7,90	2035	7,50	1283	8,64

Примітка (тут і далі): ¹без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

Таблиця 2
Смертність дітей віком до одного року за причинами смерті
протягом 2012–2015 рр. в Україні (число померлих (осіб) та показник на 10 тис. народжених живими)

Причина смерті	2012 р.		2013 р.		2014 р. ¹		2015 р. ¹	
	число, осіб	показник	число, осіб	показник	число, осіб	показник	число, осіб	показник
Клас I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	120	2,34	112	2,194	100	2,124	97	2,229
Клас II. Новоутворення	43	0,835	44	0,863	35	0,744	41	0,959
Клас III. Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	27	0,526	16	0,316	21	0,450	30	0,706
Клас IV. Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	53	1,037	50	0,981	37	0,789	27	0,627
Клас VI. Хвороби нервової системи	136	2,65	142	2,778	128	2,727	109	2,523
Клас VIII. Хвороби вуха та соскоподібного відростка	1	0,02	0	0	1	0,021	0	0
Клас IX. Хвороби системи кровообігу	76	1,482	72	1,41	54	1,152	45	1,042
Клас X. Хвороби органів дихання	129	2,513	113	2,213	112	2,383	123	2,863
Клас XI. Хвороби органів травлення	15	0,292	18	0,352	17	0,362	10	0,240
Клас XIV. Хвороби сечостатевої системи	2	0,038	1	0,019	0	0	0	0
Клас XVI. Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	2311	44,461	2130	42,231	1958	41,987	1730	41,781
Клас XVII. Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	1059	20,482	962	18,993	832	17,803	813	19,25

Продовження таблиці 2

Клас XVIII. Симптоми, ознаки і відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	158	3,065	150	2,951	137	2,924	99	2,3
Усі інші хвороби	2	0,038	1	0,019	4	0,085	3	0,073
Клас XX. Зовнішні причини захворюваності та смертності	239	4,649	219	4,297	220	4,691	191	4,449

Аналіз рівня малюкової смертності міської та сільської місцевості показав, що більш високий рівень смертності дітей до одного року життя за більшістю причин смерті в спостерігався в сільській місцевості порівняно з міською: від деяких інфекційних та паразитарних хвороб – у 2,1 разу, новоутворень – на 4,8%, від хвороб крові й кровотворних органів – на

62,8%, від хвороб ендокринної системи – у 2 рази, хвороб органів дихання – на 17,7%, природжених вад розвитку – на 31,6%, від зовнішніх причин захворюваності та смертності – на 73,2%. Однак у міських поселеннях була вищою малюкова смертність від хвороб органів травлення та окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (табл. 3).

Таблиця 3

Смертність дітей віком до одного року за причинами смерті з урахуванням міста мешкання (місто, село) протягом 2012–2015 рр. в Україні (число померлих (осіб) та показник на 10 тис. народжених живими)

Причина смерті	Місто				Село			
	Рік							
	2012	2013	2014 ¹	2015 ¹	2012	2013	2014 ¹	2015 ¹
Клас I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2,056	1,556	1,582	1,588	2,884	3,411	3,146	3,413
Клас II. Новоутворення	0,860	0,838	0,682	0,944	0,789	0,912	0,863	0,989
Клас III. Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,297	0,269	0,361	0,578	0,961	0,404	0,618	0,941
Клас IV. Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	0,629	0,745	0,684	0,460	1,813	1,431	0,987	0,934
Клас VI. Хвороби нервової системи	2,406	2,626	3,026	2,452	3,113	3,067	2,159	2,650
Клас VIII. Хвороби вуха та соскоподібного відростка	0	0	0	0	0,058	0	0,062	0
Клас IX. Хвороби системи кровообігу	1,400	1,224	1,110	1,141	1,640	1,764	1,233	0,858
Клас X. Хвороби органів дихання	2,227	1,914	2,014	2,696	3,055	2,784	3,083	3,172
Клас XI. Хвороби органів травлення	0,265	0,268	0,359	0,338	0,342	0,510	0,370	0,062
Клас XIV. Хвороби сечостатевої системи	0,059	0,029	0	0	0,000	0	0	0
Клас XVI. Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	46,093	43,085	43,438	42,247	41,345	40,605	39,259	40,943

Продовження таблиці 3

Клас XVII. Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	18,751	17,977	16,571	17,329	23,777	20,929	20,137	22,807
Клас XVIII. Симптоми, ознаки і відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	2,546	2,518	2,511	1,677	4,053	3,775	3,705	3,447
Усі інші хвороби	0,029	0,029	0,096	0,075	0,056	0	0,062	0,069
Клас XX. Зовнішні причини захворюваності та смертності	3,712	3,354	3,421	3,537	6,433	6,096	7,096	6,124

Протягом 2012–2015 рр. у загальній структурі малюкової смертності України зросла частка смертей, зумовлених такими причинами: деякі інфекційні та паразитарні хвороби – з 2,75% у 2012 р. до 2,93% у 2015 р.; новоутворення – з 0,99% до 1,24%; хвороби крові та кровотворних органів – з 0,62% до 0,91%; хвороби органів дихання – з 2,96% до 3,71%; зовнішні причини захворюваності та смертності – з 5,47% до 5,74%. Зменшення питомої ваги відбулось за класом ендокринних захворювань, класом хвороб системи кровообігу, класом симптомів, ознак і відхилень від норми. У структурі загальної малюкової смертності у 2015 р., як і в попередні роки, I місце посіли окремі стани, що виникають у перинатальному періоді, (52,14%), II місце – природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (24,51%), III місце – зовнішні причини захворюваності та смертності (5,7%).

Аналогічний розподіл рейтингових місць спостерігався у структурах смертності дітей віком до одного року життя і в міській, і в сільській місцевостях. Частки деяких інфекційних та паразитарних хвороб, хвороб крові та кровотворних органів, хвороб ендокринної системи, хвороб органів дихання, природжених вад розвитку, симптомів, ознак і відхилень від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, зовнішніх причин захворюваності та смертності в структурі малюкової смертності сільської місцевості були вищими, ніж у структурі малюкової смертності міських мешканців. Питома вага новоутворень, хвороб нервової системи, хвороб системи кровообігу, окремих станів, що виникають у перинатальному періоді, у структурі малюкової смертності міських мешканців була вищою, ніж у структурі малюкової смертності сільської місцевості (табл. 4).

Таблиця 4

Структура смертності дітей віком до одного року за провідними причинами смерті протягом 2012–2015 рр. в Україні (загальна та за місцем мешкання), %

Причина смерті	Усього по Україні				Місто				Село			
	Рік											
	2012	2013	2014 ¹	2015 ¹	2012	2013	2014 ¹	2015 ¹	2012	2013	2014 ¹	2015 ¹
Клас I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2,75	2,80	2,74	2,93	2,50	2,10	2,12	2,22	3,20	4,01	3,81	4,06
Клас II. Новоутворення	0,99	1,10	0,96	1,24	1,05	1,10	0,91	1,28	0,87	1,07	1,05	1,17
Клас III. Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,62	0,40	0,58	0,91	0,37	0,35	0,48	0,79	1,06	0,47	0,75	1,10

Продовження таблиці 4

Клас IV. Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	1,22	1,20	1,02	0,82	0,76	0,98	0,91	0,64	1,99	1,67	1,20	1,10
Клас VI. Хвороби нервової системи	3,12	3,50	3,51	3,29	2,94	3,50	4,02	3,39	3,42	3,60	2,62	3,12
Клас VIII. Хвороби вуха та соскоподібного відростка	0,03		0,03						0,07			
Клас IX. Хвороби системи кровообігу	1,74	1,80	1,48	1,36	1,71	1,61	1,47	1,58	1,81	2,07	1,50	1,02
Клас X. Хвороби органів дихання	2,96	2,80	3,07	3,71	2,72	2,50	2,68	3,69	3,36	3,30	3,74	3,75
Клас XI. Хвороби органів травлення	0,35	0,40	0,47	0,31	0,33	0,40	0,48	0,45	0,38	0,60	0,45	0,08
Клас XIV. Хвороби сечостатевої системи	0,05	0,02			0,08	0,04						
Клас XVI. Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	52,88	52,90	53,56	52,14	56,9	56,20	57,13	55,53	45,96	47,20	47,39	46,77
Клас XVII. Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	24,23	23,90	22,76	24,51	23,02	23,50	21,85	23,20	26,31	24,40	24,33	26,58
Клас XVIII. Симптоми, ознаки і відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	3,62	3,70	3,75	2,99	3,12	3,30	3,33	2,31	4,48	4,40	4,48	4,06
Усі інші хвороби	0,05	0,02	0,11	0,09	0,04	0,04	0,13	0,10	0,07	-	0,08	0,08
Клас XX. Зовнішні причини захворюваності та смертності	5,47	5,40	6,02	5,76	4,53	4,40	4,54	4,87	7,09	7,20	8,59	7,17

Висновки

У ході дослідження виявлено сучасні тенденції рівня та структури малокової смертності, певну диференціацію рівня та структури смертності дітей України у віці до одного року життя залежно від типу поселення (місто, село) та причин смерті.

Перспективи подальших досліджень

Потребують подальшого поглибленого всебічного дослідження рівні малокової смертності залежно від причин смерті, місця мешкання та статі з метою подальшої розробки ефективних заходів щодо їх зниження.

Література

1. *Здоровье–2020: основы Европейской политики и стратегии для XXI века* (ВОЗ, 2013 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31570892 &mode=p](http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31570892&mode=p). – Название с экрана.
2. *Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги населенню в регіональному аспекті. 2013 рік.* – Київ : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. – 168 с.
3. *Разработка показателей для целевых ориентиров политики Здоровье – 2020* [Электронный ресурс] / Первое совещание группы экспертов. Утрехт, Нидерланды, 18–19 июня 2012 г. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/172510/Developing-indicators-for-the-Health-2020-targets-Rus.pdf, по состоянию на 29 мая 2013 г. – Назва з екрана.
4. *Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being* // Health in All Policies International Meeting, Adelaide, 13–15 April 2010. – Geneva : World Health Organization; 2010.
5. *Priorities for research on equity and health: implications for global and national priority setting and the role of WHO to take the health equity research agenda forward.* – Geneva : World Health Organization, 2010.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.08.2016 р.

Современные тенденции
младенческой смертности в Украине

С.В. Дудник

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

Цель – изучить, проанализировать и определить динамику уровня, структуру и тенденции младенческой смертности в Украине (общую, в зависимости от места проживания) за период 2012–2015 гг.

Материалы и методы. Исследование проведено на основании данных Государственного комитета статистики Украины за период 2012–2015 гг. Используются следующие методы: аналитический, статистический, сравнительного анализа, системный подход.

Результаты и выводы. В ходе исследования выявлены современные тенденции уровня и структуры младенческой смертности в Украине, четкая дифференциация уровня и структуры смертности детей в возрасте до одного года жизни в зависимости от места жительства (город, село) и причин смерти.

Ключевые слова: смертность, младенческая смертность, тенденции смертности, причины смерти.

Modern tendencies of infant mortality in Ukraine

S.V. Dudnyk

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches
of MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to examine, analyze and determine the dynamics of the level, structure and tendencies of infant mortality in Ukraine (total, depending on place of residence) for the period 2012–2015.

Materials and methods. Statistical data of the State Statistics Committee of Ukraine for the period 2012–2015. The following methods were used: analytical, statistical, comparative analysis, a systematic approach.

Results and conclusions. During the study were identified current tendencies of the level and structure of infant mortality. There is a clear differentiation of level and structure of ukrainian children’s mortality under 1 year of age, depending on the place of living (urban, rural) and causes of death.

Key words: mortality, infant mortality, tendencies of mortality, causes of death.

Відомості про автора

Дудник Світлана Валеріївна – к.мед.н., вчений секретар ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 616-058:312.6:616-053.88(477)

В.В. Шафранський

СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП ЯК ПРОБЛЕМА СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета – вивчити та проаналізувати показники поширеності хвороб та захворюваності населення старших вікових груп в Україні як чинника потреби в послугах громадського здоров'я.

Матеріали та методи. Використано дані галузевої статистичної звітності за 2011–2015 рр. Основними методами дослідження були бібліосемантичний та статистичний.

Результати. Протягом 2011–2015 рр. в Україні зареєстровано зниження рівня поширеності хвороб серед населення старших вікових груп на 10,62% та захворюваності на 12,99%, що вказало на зниження звертання населення літнього віку по медичну допомогу. У 16 областях України виявлено перевищення загальноукраїнського рівня поширеності хвороб серед населення старших вікових груп, а у 14 регіонах – показників захворюваності. У структурі захворюваності перші п'ять місць посіли: хвороби органів дихання – 25,5% (11315,7 на 100 тис. відповідного населення), хвороби системи кровообігу – 18,4% (8148,2), хвороби ока та його придаткового апарату – 8,8% (3905,2), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 7,6% (3365,3), травми та отруєння – 7,0% (3103,1). У структурі поширеності хвороб перше місце зайняли хвороби системи кровообігу – 50,6% (128631,5 на 100 тис. відповідного населення), друге – хвороби органів травлення – 10,2% (25889,1), третє – хвороби органів дихання – 8,0% (20424,9), четверте – хвороби кістково-м'язової системи – 6,1% (15513,0), п'яте – ендокринні хвороби – 5,4% (13641,8).

Висновки. Стан здоров'я літніх людей в Україні залишається актуальною медико-соціальною проблемою, що потребує міжсекторальних загальнонаціональних зусиль для реалізації заходів із надання належної та своєчасної медичної допомоги та забезпечення медичного догляду на всіх її рівнях. Дана функція на місцевому рівні може бути ефективно забезпечена системою громадського здоров'я, яка наразі активно впроваджується в Україні.

Ключові слова: населення старших вікових груп, показники, захворюваність, поширеність хвороб, громадське здоров'я.

Вступ

Постаріння населення є закономірним біологічним процесом, з яким пов'язане зростання вразливості організму та ймовірність його смерті. Майже в кожній країні частка людей віком старше 60 років збільшується швидше порівняно з будь-якою іншою віковою групою як у результаті зростання очікуваної тривалості життя, так і внаслідок зниження коефіцієнтів народжуваності [6–10]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі відбувається швидке старіння населення: за період з 2015 по 2050 рр. частка людей старше 60 років у світі майже подвоїться – з 12% до 22%, таким чином, очікується збільшення чисельності людей старше 60 років із 900 млн до 2 млрд. Значна частка цього збільшення відбувається в менш розвинених країнах, де до 2050 р. число людей похилого віку зросте з 400 млн до 1,7 млрд осіб [11, 14].

Демографічні зміни, пов'язані зі старінням, мають ряд наслідків для громадської охорони здоров'я. Гарне здоров'я має надзвичайно важливе значення для людей більш старшого віку, аби залишатися незалежними і брати активну участь у житті сім'ї і суспільства. Зміцнення здоров'я і заходи з профілактики хвороб протягом усього життя можуть запобігти або відстрочити

виникнення неінфекційних і хронічних хвороб, таких як хвороби серця, інсульт, рак тощо. Але ці хвороби також необхідно виявляти і лікувати на ранніх стадіях для того, щоб мінімізувати їх наслідки, а людям із захворюваннями у занедбаних стадіях потрібні відповідні послуги з догляду та підтримки протягом тривалого часу [3, 12, 13].

Сучасна концепція системи охорони здоров'я – це здорове старіння, яке вимагає всебічних невідкладних дій як з боку держави, так і системи охорони здоров'я щодо старіння. Досягненню цього можуть допомогти чотири пріоритетні напрями для дій: узгодження систем охорони здоров'я із потребами літніх людей; розробка систем довгострокової допомоги; створення сприятливих умов для людей похилого віку; поліпшення вимірювання, моніторингу та розуміння [1, 3]. Здорове старіння населення можна вважати успіхом політики громадської охорони здоров'я і соціально-економічного розвитку, але це також ставить перед суспільством складні завдання адаптації, щоб максимально зміцнити здоров'я і розширити функціональні можливості для літніх людей, а також їх соціальну участь і безпеку. Уряди країн повинні проводити політику, що дозволяє літнім людям продовжувати свою участь у суспільному житті і не допускати посилення несправедливості, яка часто зумовлює погане здоров'я в літньому віці. Урахування

потреб літніх людей у рамках систем охорони здоров'я має вирішальне значення [2]. Для цього потрібні зрушення від систем, орієнтованих на лікування гострих захворювань, до систем, здатних надавати безперервну допомогу людям із хронічними станами, найбільше поширеними в літньому віці. Слід пам'ятати, що тоді, як деяким людям похилого віку потрібні догляд і підтримка, численні групи населення похилого віку роблять найрізноманітніший внесок на рівні окремих сімей, місцевих громад і суспільства в ширшому сенсі [4, 5]. Цей внесок значно перевершує будь-які інвестиції, які можуть знадобитися для медичного обслуговування, тривалого догляду та соціального забезпечення, необхідних літнім людям, тому політика має бути спрямована не на стримування витрат, а на надання літнім людям можливостей, які б дозволяли займатися особам старшого віку важливими для них речами.

Мета роботи – вивчити та проаналізувати показники поширеності хвороб і захворюваності населення старших вікових груп як чинника потреби в послугах громадського здоров'я в Україні.

Матеріали та методи

Використано дані галузевої статистичної звітності за 2011–2015 рр. Основними методами дослідження були бібліосемантичний та статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Протягом 2011–2015 рр. в Україні спостерігалось зниження як рівня поширеності хвороб серед населення старших вікових груп на 10,62% (254472,8 на 100 тис. відповідного населення), так і захворюваності на 12,99% (44387,9 на 100 тис. відповідного населення), (табл. 1).

Таблиця 1

Поширеність хвороб та захворюваність населення старших вікових груп у динаміці за 2011–2015 рр., Україна (на 100 тис. відповідного населення)

Показник	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2015
Поширеність хвороб	284724,3	283266,8	281513,4	255081,8	254472,8
Захворюваність населення	51016,3	49734,0	49369,0	44730,5	44387,9

В 16 областях України за підсумками 2015 р. спостерігалось перевищення загальноукраїнського рівня поширеності хвороб серед населення старших вікових груп. Найвищі рівні поширеності хвороб відмічалися в м. Києві (401807,5 на 100 тис. відповідного населення), Дніпропетровській (311280,8) та Харківській (300556,9 відповідно) областях. У 14 регіонах показники

захворюваності старших вікових груп також перевищували загальноукраїнський показник захворюваності даної вікової категорії. Найвищі рівні реєструвалися в м. Києві (74742,7 на 100 тис. відповідного населення), Львівській (63066,5) та Дніпропетровській (61971,5) областях (табл. 2).

Таблиця 2

Регіональний розріз рангових показників поширеності хвороб та захворюваності населення старших вікових груп у 2015 р., Україна (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Поширеність	Адміністративно-територіальна одиниця	Захворюваність
Луганська	219464,8	Луганська	23621,5
Чернівецька	225079,2	Сумська	33982,5
Запорізька	236133,2	Донецька	35094,0
Закарпатська	238410,7	Житомирська	36736,4
Донецька	243571,4	Полтавська	36860,9
Івано-Франківська	249034,6	Кіровоградська	38683,4
Волинська	249638,3	Херсонська	38829,1
Львівська	251722,9	Запорізька	38876,9
Рівненська	252218,4	Чернівецька	43778,7
Україна	254472,8	Рівненська	44060,9
Кіровоградська	255678,6	Тернопільська	44121,8
Сумська	256701,2	Україна	44387,9
Херсонська	268468,9	Волинська	45920,2
Тернопільська	270835,2	Хмельницька	46744,8

Продовження таблиці 2

Житомирська	278847,1	Київська	47008,5
Полтавська	280624,1	Черкаська	47768,1
Хмельницька	282341,6	Закарпатська	49332,5
Миколаївська	285728,4	Миколаївська	49885,3
Черкаська	291391,4	Вінницька	50542,7
Вінницька	296381,5	Чернігівська	51376,5
Київська	296700,7	Харківська	51739,7
Чернігівська	297861,3	Одеська	52291,7
Одеська	298973,3	Івано-Франківська	60967,7
Харківська	300556,9	Дніпропетровська	61971,5
Дніпропетровська	311280,8	Львівська	63066,5
м. Київ	401807,5	м. Київ	74742,7

Слід зазначити, що за 2011–2015 рр. у 7 регіонах країни реєструвалося зростання рівнів поширеності хвороб серед населення старших вікових груп: у Житомирській області – на 9,8% відносно 2011 р., у Київській області – на 2,62% відповідно, у Кіровоградській області – на 4,55% відповідно, у Полтавській області – на 1,44% відповідно,

у Сумській області – на 4,64% відповідно, у Хмельницькій області – на 2,64% відповідно, у Чернігівській області – на 7,44% відповідно; у 12 областях спостерігалось зниження рівня поширеності хвороб серед осіб даної вікової категорії (табл. 3).

Таблиця 3

Регіональні показники поширеності хвороб серед населення старших вікових груп у динаміці за 2011, 2014 та 2015 рр., Україна (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни	
	2011	2014	2015	2015/2011	2015/2014
Україна	284724,3	255081,8	254472,8	-10,62	-0,24
<i>Область</i>					
Вінницька	311194,8	296749,2	296381,5	-4,76	-0,12
Волинська	263834,8	254108,9	249638,3	-5,38	-1,76
Дніпропетровська	315946,4	307302,7	311280,8	-1,48	1,29
Донецька	264624,2	110817,4	243571,4	-7,96	119,80
Житомирська	253967,5	272268,5	278847,1	9,80	2,42
Закарпатська	258954,8	245780,3	238410,7	-7,93	-3,00
Запорізька	244715,4	239022,0	236 133,2	-3,51	-1,21
Івано-Франківська	257 993,9	254 460,7	249034,6	-3,47	-2,13
Київська	289117,3	291189,4	296700,7	2,62	1,89
Кіровоградська	244548,6	245179,0	255678,6	4,55	4,28
Луганська	242284,0	71640,3	219464,8	-9,42	206,34
Львівська	260759,9	256316,8	251722,9	-3,47	-1,79
Миколаївська	282673,9	286774,8	285728,4	1,08	-0,36
Одеська	317013,2	304123,8	298973,3	-5,69	-1,69
Полтавська	276645,9	275316,1	280624,1	1,44	1,93
Рівненська	242197,6	253348,5	252218,4	4,14	-0,45
Сумська	245326,6	251857,7	256701,2	4,64	1,92
Тернопільська	269614,0	273269,0	270835,2	0,45	-0,89
Харківська	315397,1	301723,4	300556,9	-4,71	-0,39
Херсонська	269695,6	265336,4	268468,9	-0,45	1,18
Хмельницька	275092,7	281568,2	282341,6	2,64	0,27
Черкаська	320256,5	300256,8	291391,4	-9,01	-2,95
Чернівецька	236243,4	231432,6	225079,2	-4,73	-2,75

Продовження таблиці 3

Чернігівська	277230,9	290153,9	297861,3	7,44	2,66
м. Київ	434848,1	412085,9	401807,5	-7,60	-2,49

Протягом 2011–2015 рр. у 7 областях України спостерігалось зростання рівнів захворюваності населення старших вікових груп: у Чернігівській області – на 2,7% відносно 2011 р., у Хмельницькій області – на 0,2% відповідно, у Сумській області – на 3,5% відповідно,

у Кіровоградській області – на 8,6% відповідно, у Дніпропетровській області – на 1,04% відповідно. У 15 областях показники захворюваності старших вікових груп мали тенденцію до зниження як порівняно з 2011 р., так і з 2014 р. (табл. 4).

Таблиця 4

Регіональні показники захворюваності населення старших вікових груп у динаміці за 2011, 2014 та 2015 рр., Україна (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Зміни	
	2011	2014	2015	2015/2011	2015/2014
Україна	51016,3	44730,5	44387,9	-12,99	-0,77
<i>Область</i>					
Вінницька	59633,3	52170,5	50542,7	-15,24	-3,12
Волинська	50933,8	47341,3	45920,2	-9,84	-3,00
Дніпропетровська	61333,1	60057,1	61971,5	1,04	3,19
Донецька	41387,8	15661,1	35094,0	-15,21	124,08
Житомирська	34443,3	35462,9	36736,4	6,66	3,59
Закарпатська	56953,2	50811,6	49332,5	-13,38	-2,91
Запорізька	42832,2	41047,7	38876,9	-9,23	-5,29
Івано-Франківська	64166,2	62102,1	60967,7	-4,98	-1,83
Київська	46023,6	45352,4	47008,5	2,14	3,65
Кіровоградська	35620,0	34823,0	38683,4	8,60	11,09
Луганська	32274,5	8005,7	23621,5	-26,81	195,06
Львівська	71958,9	65018,1	63066,5	-12,36	-3,00
Миколаївська	49293,1	50916,6	49885,3	1,20	-2,03
Одеська	57747,3	52653,5	52291,7	-9,45	-0,69
Полтавська	37397,6	35972,9	36860,9	-1,44	2,47
Рівненська	46320,7	45144,6	44060,9	-4,88	-2,40
Сумська	32829,8	33278,1	33982,5	3,51	2,12
Тернопільська	45959,4	45081,8	44121,8	-4,00	-2,13
Харківська	60887,6	52823,5	51739,7	-15,02	-2,05
Херсонська	49633,1	41332,1	38829,1	-21,77	-6,06
Хмельницька	46651,5	45432,4	46744,8	0,20	2,89
Черкаська	54923,6	50901,2	47768,1	-13,03	-6,16
Чернівецька	49455,2	44872,3	43778,7	-11,48	-2,44
Чернігівська	50023,2	50993,9	51376,5	2,71	0,75
м. Київ	85629,4	76860,6	74742,7	-12,71	-2,76

У структурі поширеності хвороб серед населення старших вікових груп у 2015 р., як і в попередні роки, перше місце посіли хвороби системи кровообігу – 50,6% (128631,5 на 100 тис. відповідного населення), друге – хвороби органів травлення – 10,2% (25889,1), третє – хвороби органів дихання – 8,0% (20424,9), четверте – хвороби кістково-м'язової системи – 6,1% (15513,0), п'яте – ендокринні хвороби – 5,4% (13641,8) (рис. 1).

За останні п'ять років серед населення старших вікових груп відбулося зниження показників поширеності

деяких інфекційних та паразитарних хвороб на 19,8% відносно 2011 р., хвороб ока та його додаткового апарату – на 14,08%, хвороб системи кровообігу – на 12,77%, хвороб шкіри та підшкірної клітковини – на 10,39%, травм та отруєнь – на 13,89% відповідно. Слід зазначити, що у 2015 р. порівняно з 2014 р. спостерігалось зростання рівнів поширеності хвороб серед населення старших вікових груп за 10 класами хвороб (табл. 5).

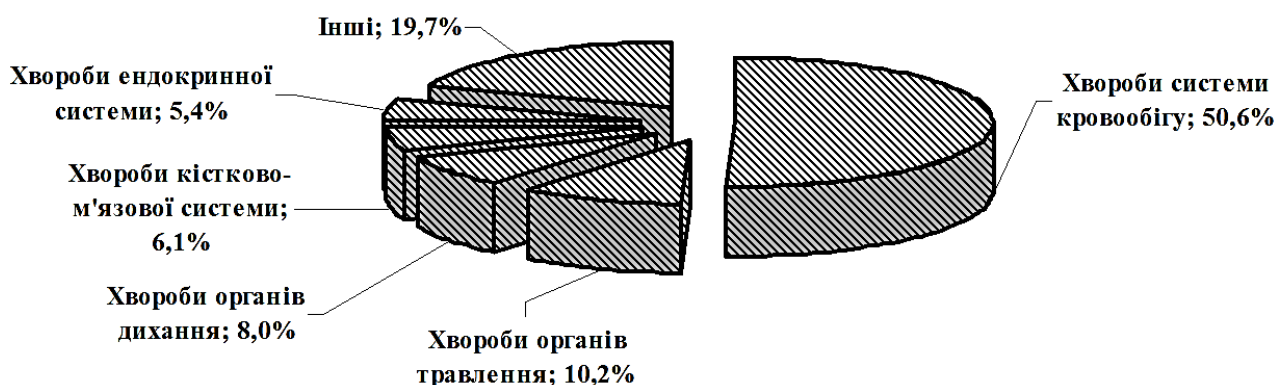


Рис. 1. Структура поширеності хвороб серед населення старших вікових груп за класами хвороб у 2015 р., Україна (%)

Таблиця 5

Показники поширеності хвороб за основними класами серед населення старших вікових груп у динаміці за 2011, 2014 та 2015 рр., Україна (на 100 тис. відповідного населення)

Клас хвороб	Рік			Зміни	
	2011	2014	2015	2015/2011	2015/2014
Усі хвороби, у т.ч.:	284724,3	255081,8	254472,8	-10,62	-0,24
деякі інфекційні та паразитарні хвороби новоутворення	2140,8	1779,0	1716,9	-19,80	-3,49
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	9060,2	8298,0	8513,7	-6,03	2,60
ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	1377,5	1261,1	1270,1	-7,80	0,71
розлади психіки та поведінки	13769,4	13325,5	13641,8	-0,93	2,37
хвороби нервової системи	3568,1	3147,5	3152,7	-11,64	0,17
хвороби ока та його придаткового апарату	3548,4	3490,3	3503,4	-1,27	0,38
хвороби вуха та соскоподібного відростка	14955,0	13148,3	12849,8	-14,08	-2,27
хвороби системи кровообігу	3876,0	3323,8	3329,6	-14,10	0,17
хвороби органів дихання	147465,1	129686,0	128631,5	-12,77	-0,81
хвороби органів травлення	21824,7	20398,3	20424,9	-6,41	0,13
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	27101,6	25734,5	25889,1	-4,47	0,60
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3373,9	3050,5	3023,4	-10,39	-0,89
хвороби сечостатевої системи	16890,7	15477,4	15513,0	-8,16	0,23
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	10193,8	9434,0	9492,4	-6,88	0,62
	3848,3	3323,2	3313,9	-13,89	-0,28

У структурі поширеності хвороб серед населення старших вікових груп у 2015 р. порівняно з попередніми роками збільшилась питома вага класу новоутворень, ендокринних хвороб, хвороб нервової системи, хвороб органів дихання, хвороб органів травлення, хвороб кістково-м'язової системи та хвороб сечостатевої системи (табл. 6).

Аналіз структури первинної захворюваності населення старших вікових груп показав, що перші п'ять місць посіли: хвороби органів дихання – 25,5% (11315,7

на 100 тис. відповідного населення), хвороби системи кровообігу – 18,4% (8148,2), хвороби ока та його придаткового апарату – 8,8% (3905,2), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 7,6% (3365,3), травми та отруєння – 7,0% (3103,1), (рис. 2).

За результатами аналізу показників первинної захворюваності населення старших вікових груп у динаміці за 2011, 2014 та 2015 рр. відмічалось зменшення рівнів захворюваності за всіма основними класами хвороб порівняно з 2011 р. (табл. 7).

Таблиця 6

Частка основних класів хвороб у структурі поширеності хвороб серед населення старших вікових груп у динаміці за 2011–2015 рр., Україна (%)

Клас хвороб	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2015
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7
Новоутворення	3,2	3,20	3,2	3,3	3,4
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	4,8	4,9	5,1	5,2	5,4
Розлади психіки та поведінки	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2
Хвороби нервової системи	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4
Хвороби ока та його придаткового апарату	5,3	5,3	5,3	5,2	5,1
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	1,36	1,37	1,36	1,30	1,30
Хвороби системи кровообігу	51,8	52,1	51,8	50,8	50,6
Хвороби органів дихання	7,7	7,70	7,6	8,0	8,0
Хвороби органів травлення	9,5	9,6	9,6	10,1	10,2
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	6,0	6,0	6,0	6,1	6,1
Хвороби сечостатевої системи	3,6	3,6	3,6	3,7	3,7
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3

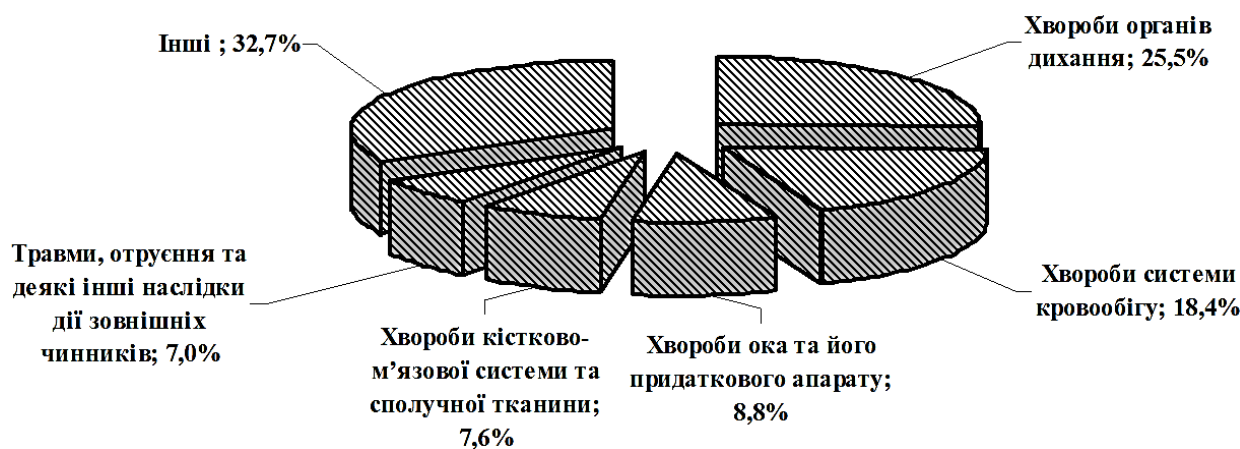


Рис. 2. Структура захворюваності населення старших вікових груп за класами хвороб у 2015 р., Україна (%)

Таблиця 7

Показники захворюваності за основними класами хвороб серед населення старших вікових груп у динаміці за 2011, 2014, 2015 рр., Україна (на 100 тис. відповідного населення)

Клас хвороб	Рік			Зміни	
	2011	2014	2015	2015/2011	2015/2014
Усі хвороби, у т.ч.:	51016,3	44730,5	44387,9	-12,99	-0,77
деякі інфекційні та паразитарні хвороби новоутворення	1230,2	1062,6	1043,5	-15,18	-1,80
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1431,4	1271,3	1271,7	-11,16	0,03
	205,5	179,0	184,0	-10,46	2,79

Продовження таблиці 7

ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	1185,1	1035,8	996,2	-15,94	-3,82
розлади психіки та поведінки	322,6	234,0	233,2	-27,71	-0,34
хвороби нервової системи	1216,1	1161,7	1171,7	-3,65	0,86
хвороби ока та його придаткового апарату	4543,3	3963,9	3905,2	-14,04	-1,48
хвороби вуха та соскоподібного відростка	2493,7	2158,9	2170,7	-12,95	0,55
хвороби системи кровообігу	10045,9	8438,3	8148,2	-18,89	-3,44
хвороби органів дихання	12458,5	11134,9	11315,7	-9,17	1,62
хвороби органів травлення	2453,1	2214,5	2215,9	-9,67	0,06
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	2842,0	2508,8	2475,6	-12,89	-1,32
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3801,2	3445,6	3365,3	-11,47	-2,33
хвороби сечостатевої системи	3074,1	2690,4	2688,8	-12,53	-0,06
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	3588,3	3125,6	3103,1	-13,52	-0,72

У 2015 р. у структурі первинної захворюваності населення старших вікових груп відносно 2014 р. збільшилась частка класу новоутворень до 2,9%, хвороб вуха та соскоподібного відростка – до 4,9%, хвороб органів дихання – до 25,5%, хвороб сечостатевої системи – до 6,1% (табл. 8).

Таблиця 8

Частка основних класів хвороб у структурі захворюваності населення старших вікових груп у динаміці за 2011–2015 рр., Україна (%)

Клас хвороб	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2015
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2,4	2,5	2,5	2,4	2,4
Новоутворення	2,8	2,9	3,0	2,8	2,9
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	2,3	2,5	2,5	2,3	2,2
Розлади психіки та поведінки	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5
Хвороби нервової системи	2,4	2,4	2,4	2,6	2,6
Хвороби ока та його придаткового апарату	8,9	9,1	9,2	8,9	8,8
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	4,9	5,0	5,0	4,8	4,9
Хвороби системи кровообігу	19,7	20,0	19,8	18,9	18,4
Хвороби органів дихання	24,4	23,2	23,1	24,9	25,5
Хвороби органів травлення	4,8	4,8	4,7	5,0	5,0
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	5,6	5,6	5,7	5,6	5,6
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	7,5	7,5	7,6	7,7	7,6
Хвороби сечостатевої системи	6,0	6,1	6,2	6,0	6,1
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	7,0	7,3	7,2	7,0	7,0

Висновки

Стан здоров'я літніх людей в Україні залишається актуальною медико-соціальною проблемою, що потребує міжсекторальних загальнонаціональних зусиль для реалізації заходів із надання належної та своєчасної медичної допомоги та забезпечення медичного догляду

на всіх її рівнях. Дана функція на місцевому рівні може бути ефективно забезпечена системою громадського здоров'я, яка наразі активно впроваджується в Україні.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням потреби населення старших вікових груп у послугах громадського здоров'я.

Література

1. *Здоровье и системы здравоохранения: доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. Здоровье и системы здравоохранения.* – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/117186/E93103R.pdf. – Название с экрана.
2. *Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения.* – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). – 52 с.
3. *Європейська база даних «Здоров'я для всіх»* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/hfadb>. – Назва з екрана.
4. *Здоров'я-2020. Основи європейської політики та стратегія для XXI ст.* – Копенгаген : ЄРБ ВООЗ, 2013. – 224 с.
5. *Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия.* – Мальта : ЕРК ВОЗ, 2012. – 18 с.
6. *Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги населенню в регіональному аспекті. 2013 рік.* – Київ : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. – 168 с.
7. *Мировая статистика здравоохранения. 2012 год.* – Женева : ВОЗ, 2013. – 176 с.
8. *Основные показатели здоровья в Европейском регионе ВОЗ.* – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2013. – 10 с.
9. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2013–2014 роки.* – Київ : ЦМС МОЗ України, 2015. – 328 с.
10. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік.* – Київ, 2014. – 438 с.
11. *Facts and figures on long-term care – Europe and North America / M. Huber [et al.].* – Vienna : European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009.
12. *Przywar B. Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results / B. Przywar.* – Brussels : European Commission, 2010 (European Economic Papers No. 417).
13. *Quality in and equality of access to healthcare services / M. Huber [et al.].* – Brussels : European Commission, 2008.
14. *WHO. Regional Office for Europe.* – Copenhagen, 2013 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.euro.who.int/ru/homo>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.09.2016 р.

**Состояние здоровья населения
старших возрастных групп как проблема
системы общественного здоровья**

В.В. Шафранский

Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель – изучить и проанализировать показатели распространенности болезней и заболеваемости населения старших возрастных групп в Украине как фактора потребности в услугах общественного здоровья.

Материалы и методы. Использованы данные отраслевой статистической отчетности за 2011–2015 гг. Основными методами исследования были библиосемантический и статистический.

Результаты. На протяжении 2011–2015 гг. в Украине зарегистрировано снижение уровня распространенности болезней среди населения старших возрастных групп на 10,62% и заболеваемости на 12,99%, что указало на снижение обращения населения старшего возраста за медицинской помощью. В 16 областях Украины обнаружено превышение общеукраинского уровня распространенности болезней среди населения старших возрастных групп, а в 14 регионах – показателей заболеваемости. В структуре заболеваемости первые пять мест заняли: болезни органов дыхания – 25,5% (11315,7 на 100 тыс. соответствующего населения); болезни системы кровообращения – 18,4% (8148,2); болезни глаза и его придаточного аппарата – 8,8% (3 905,2); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 7,6% (3365,3); травмы и отравления – 7,0% (3103,1). В структуре распространенности болезней первое место заняли болезни системы кровообращения – 50,6% (128631,5 на 100 тыс. соответствующего населения), второе – болезни органов пищеварения – 10,2% (25889,1), третье – болезни органов дыхания – 8,0% (20424,9), четвертое – болезни костно-мышечной системы – 6,1% (15513,0), пятое – эндокринные болезни – 5,4% (13641,8).

Выводы. Состояние здоровья пожилых людей в Украине остается актуальной медико-социальной проблемой, которая нуждается в межсекторных общенациональных усилиях для реализации мероприятий из предоставления надлежащей и своевременной медицинской помощи и обеспечения медицинского досмотра на всех ее уровнях. Данная функция на местном уровне может быть эффективно обеспечена системой общественного здоровья, которая теперь активно внедряется в Украине.

Ключевые слова: население старших возрастных групп, показатели, заболеваемость, распространенность болезней, общественное здоровье.

**Health status of older age groups
as a problem of public health system**

V.V. Shafranskiy

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Purpose – to study and analyze indicators of disease prevalence and morbidity of the population of older age groups in Ukraine as a factor in public health services needs.

Materials and methods. We used data of sectoral statistical reports for the 2011–2015 biennium. The main research methods were bibliosemanticheskyy and statistical.

Results. During 2011–2015 registered in Ukraine decline in disease prevalence in the population of older age groups in the incidence of 10.62% and at 12.99%, which is indicated to reduce the circulation of the older population for medical help. In 16 regions of Ukraine observed excess of all-Ukrainian the level of disease prevalence in the population of older age groups, and in 14 regions – morbidity. In the structure of morbidity occupied the first five places: respiratory diseases – 25.5% (11,315.7 per 100 thousand of the population concerned.); diseases of the circulatory system – 18.4% (8,148.2); diseases of the eye and adnexa – 8.8% (3,905.2); diseases of the musculoskeletal system and connective tissue – 7.6% (3,365.3); injuries and poisonings – 7.0% (3,103.1). In the structure of the prevalence of first place occupied the diseases of the circulatory system diseases – 50.6% (128,631.5 per 100 thousand of the population concerned), the second – a disease of the digestive system – 10.2% (25,889.1), the third – respiratory diseases – 8.0% (20,424.9), the fourth – diseases of the musculoskeletal system – 6.1% (15,513.0), the fifth – endocrine diseases – 5.4% (13,641.8).

Conclusions. State of health of elderly people in Ukraine remains relevant medical and social problem which requires multi-sectoral national efforts for the implementation of activities from the provision of adequate and timely medical assistance and medical examination at all levels. The function at the local level can be efficiently provided public health system, which is now actively being implemented in Ukraine.

Key words: population in older age groups, indicators, morbidity, disease, public health.

Відомості про автора

Шафранський Віктор Вікторович – к.мед.н. доц. кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; бульвар Т. Шевченка, 13, м. Київ, 01601, Україна.

УДК 613.846:616-036.2(477)

К.С. Красовський

ТЕНДЕНЦІЇ ПОШИРЕНОСТІ КУРІННЯ СЕРЕД РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ У 2008–2015 РОКАХ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

За даними щорічних вибіркового опитувань домогосподарств, проведених у 2008–2015 рр. Державною службою статистики, розглянуто динаміку показників куріння серед різних груп населення України. Загалом за сім (2008–2015) років поширеність куріння скоротилася з 25,6% до 18,4%, тобто на 7,2 відсоткові пункти, або на 28%.

Мета – відстежити показники споживання тютюну серед різних груп населення України та оцінити вплив на ці показники запроваджених у країні заходів контролю над тютюном.

Метод: статистичний.

Результати. Проведений аналіз показав, що темпи зменшення поширеності тютюнокуріння були суттєво вищими серед людей молодше 30 років, ніж серед людей старшого віку. Напевно, задіяні заходи більше сприяли попередженню початку куріння, ніж його припиненню.

Висновки. Ключовим фактором скорочення поширеності куріння, особливо серед незаможних верств населення, стало зменшення цінової доступності сигарет, як завдяки різкому зростанню акцизів на тютюнові вироби, так і через скорочення реальних доходів населення в певні роки. Нецінові заходи контролю над тютюном (звільнення робочих і громадських місць від тютюнового диму, заборона більшості видів тютюнової реклами, запровадження великих попереджень малюнками на пачках сигарет) також сприяли зменшенню поширеності куріння.

Ключові слова: куріння тютюну, поширеність куріння, Україна.

Вступ

У 2006 р. Україна ратифікувала Рамкову конвенцію ВООЗ із боротьби проти тютюну (РКБТ) [7] – перший у світі міжнародний правовий документ, що накладає юридичні зобов'язання у сфері подолання глобальної епідемії вживання тютюну та містить перелік заходів, покликаних зменшити руйнівний вплив тютюну на здоров'я населення та економіку країн. РКБТ підкреслює важливість моніторингу ситуації у сфері контролю над тютюном, адже це є визначальним для розуміння та подолання тютюнової епідемії. Зокрема, стаття 20 РКБТ зобов'язує країни поступово створити національну систему епідеміологічного нагляду за споживанням тютюну.

У 2005 р. ухвалено Закон України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» [6], стаття 17 якого зобов'язує відповідні державні органи проводити дослідження поширеності вживання тютюнових виробів серед населення та оцінку одержаних даних.

В Україні проведено численні опитування населення щодо споживання тютюну. Проте різна методологія таких опитувань викликає певні труднощі при порівнянні і аналізі результатів різних опитувань [2]. Отримати переконливі дані щодо тенденцій поширеності вживання тютюнових виробів серед населення, враховуючи вищезазначені методологічні проблеми, можливо лише за даними серій опитувань, проведених у зазначені роки однією агенцією за однією методикою. Такому критерію відповідають лише щорічні опитування

домашніх господарств, які проводить Державна служба статистики України, хоча ці опитування не є репрезентативними для населення України в цілому.

У 2016 р. Державна служба статистики України опублікувала щорічний звіт «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 р. (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2015 року)» [8]. За даними звіту Державної служби статистики, кількість курців серед населення України (без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції) становила у 2015 р. 6,2 млн осіб. Поширеність куріння серед населення України віком 12 років і старше у 2015 р. становила 18,4%, що менше на 2,5 відсоткові пункти, або на 12%, ніж у 2014 р. Загалом, за сім (2008–2015) років поширеність куріння скоротилася з 25,6% до 18,4%, тобто на 7,2 відсоткові пункти, або на 28%.

Мета роботи – відстежити показники споживання тютюну серед різних груп населення України та оцінити вплив на ці показники запроваджених у країні заходів контролю над тютюном.

Матеріали та методи

Державна служба статистики України з 2000 р. проводить щорічні вибіркового опитування домашніх господарств із питаннями про паління і оприлюднює дані про поширеність тютюнопаління серед населення 12 років і старше. У роботі використано дані звітів про

результати опитувань 2008–2015 рр. [8–15]. Для аналізу використано дані по децильних (10-процентних) групах домогосподарств залежно від розміру середньодушових загальних доходів, проте для виявлення більш загальних тенденцій сусідні пари груп об'єднані (перша і друга, третя та четверта...), і загалом проаналізовані дані по 5 групах за рівнем доходів.

При аналізі тенденцій використано дані щодо розвитку політики контролю над тютюном, яка провадилася останніми роками в Україні [2, 4].

Результати дослідження та їх обговорення

Тенденції поширеності куріння у вікових групах міського і сільського населення

Дані про поширеність куріння в різних вікових групах міського і сільського населення наведено в таблиці 1. Поширеність куріння серед чоловіків є набагато вищою, ніж серед жінок, особливо в сільських районах.

Таблиця 1

Поширеність куріння серед різних статеві-вікових груп в Україні за 2008–2015 рр., дані опитувань Державної служби статистики (%)

Рік	Поширеність куріння серед населення віком 12 років і старше (%)	Підлітки 14–17 років	Чоловіки, вікові групи, років				Жінки, вікові групи, років		
			18–29	30–59	60 і старше	18–29	30–54	55 і старше	
2008	25,6	5,7	53,3	59,9	32,6	13,3	9,2	1,6	
місто	26,7	5,5	52	59,6	31,3	16,4	11,9	2,3	
село	23,4	7,2	57	60,5	34,7	4,2	2,8	0,5	
2009	23,5	3,6	48,9	55,7	29,4	10,3	8,7	1,3	
місто	24,8	4,6	50,2	55,9	29,2	12,7	11,5	1,5	
село	20,6	2,1	45,6	55,3	29,8	3,6	2,1	0,8	
2010	22,4	4,4	45,8	52,4	30,8	9,6	8,2	1,4	
місто	24,0	4,5	47,4	53,2	32,8	11,8	11,0	2,1	
село	19,1	4,4	41,9	50,7	27,4	3,0	1,8	0,1	
2011	22,3	2,8	46,9	51,7	28,8	8,5	9	1,4	
місто	23,6	3,3	49,1	51,3	29,9	10,5	11,8	1,9	
село	19,5	2,0	41,3	52,3	26,7	2,3	2,7	0,5	
2012	21,8	1,9	42,6	51,7	26,7	7,3	9,4	1,8	
місто	22,5	1,7	43,0	50,7	25,1	8,9	12,0	2,6	
село	20,4	2,3	41,7	53,7	29,5	2,5	3,3	0,3	
2013	21,3	2,3	40,2	49,4	28,5	8,9	8,5	1,9	
місто	22,3	2,2	40,2	48,8	29	11,3	11,2	2,8	
село	19	2,5	40	50,5	27,5	1,5	2,6	0,3	
2014	20,9	1,7	38,4	49,9	26,9	6,8	8,0	2,0	
місто	21,8	1,9	38,6	49,5	28,1	8,6	10,8	2,8	
село	18,9	1,4	37,9	50,6	24,8	1,7	2,1	0,6	
2015	18,4	2,9	34	45,3	22,3	5,5	6,4	1,2	
місто	19,2	2,9	34,4	45,1	21,7	7,1	8,6	1,8	
село	17,0	3,0	33,2	45,6	23,2	1,3	2	0,2	
Рівні зменшення поширеності куріння у 2008–2015 рр., співвідношення поширеності									
Усього	0,719	0,509	0,638	0,756	0,684	0,414	0,696	0,750	
місто	0,719	0,527	0,662	0,757	0,693	0,433	0,723	0,783	
село	0,726	0,417	0,582	0,754	0,669	0,310	0,714	0,400	

Відсотки зниження поширеності куріння у 2008–2015 рр. були різними в різних вікових групах (табл. 1). Серед підлітків віком 14–17 років поширеність куріння зменшилася удвічі. Серед чоловіків поширеність куріння найбільше скоротилася серед наймолодшої групи (18–

29 років), особливо в селі, а найменше – серед чоловіків середньої вікової групи (3–59 років), проте загалом великої різниці в крутизні спаду за віковими групами не виявлено. Серед жінок спостерігалися інші тенденції: різке (більш ніж удвічі) зниження показника поширеності

куріння серед молодих жінок (до 30 років), але серед літніх жінок (30 років і старше) поширеність куріння зменшилася лише на 25–30%.

Тенденції змін поширеності куріння у 2008–2015 рр. для сільських і міських чоловіків та жінок двох великих вікових груп: «молодших» (14–29 років) і «старших» (30 років і старше) наведено на рисунку 1. Поширеність куріння серед молодших міських чоловіків була приблизно на 10 відсоткових пунктів нижчою, ніж серед старших міських чоловіків, і зниження поширеності куріння в обох групах у 2008–2015 рр. було майже паралельним і послідовним. Серед сільських чоловіків

тенденції зниження в часі були відмінними: зниження у 2008–2010 рр. було крутішими, ніж серед міських чоловіків, але потім поширеність куріння серед сільських чоловіків майже стабілізувалася у 2011–2013 рр. Серед молодих сільських чоловіків поширеність куріння продовжувала знижуватися у 2011–2012 рр., але набагато повільніше. У 2014–2015 рр. поширеність куріння серед сільських чоловіків зменшувалася приблизно тими ж темпами, що і серед міських чоловіків. Загалом, у всіх вікових групах чоловіків суттєвої різниці в поширеності куріння між міськими і сільськими чоловіками не виявлено.

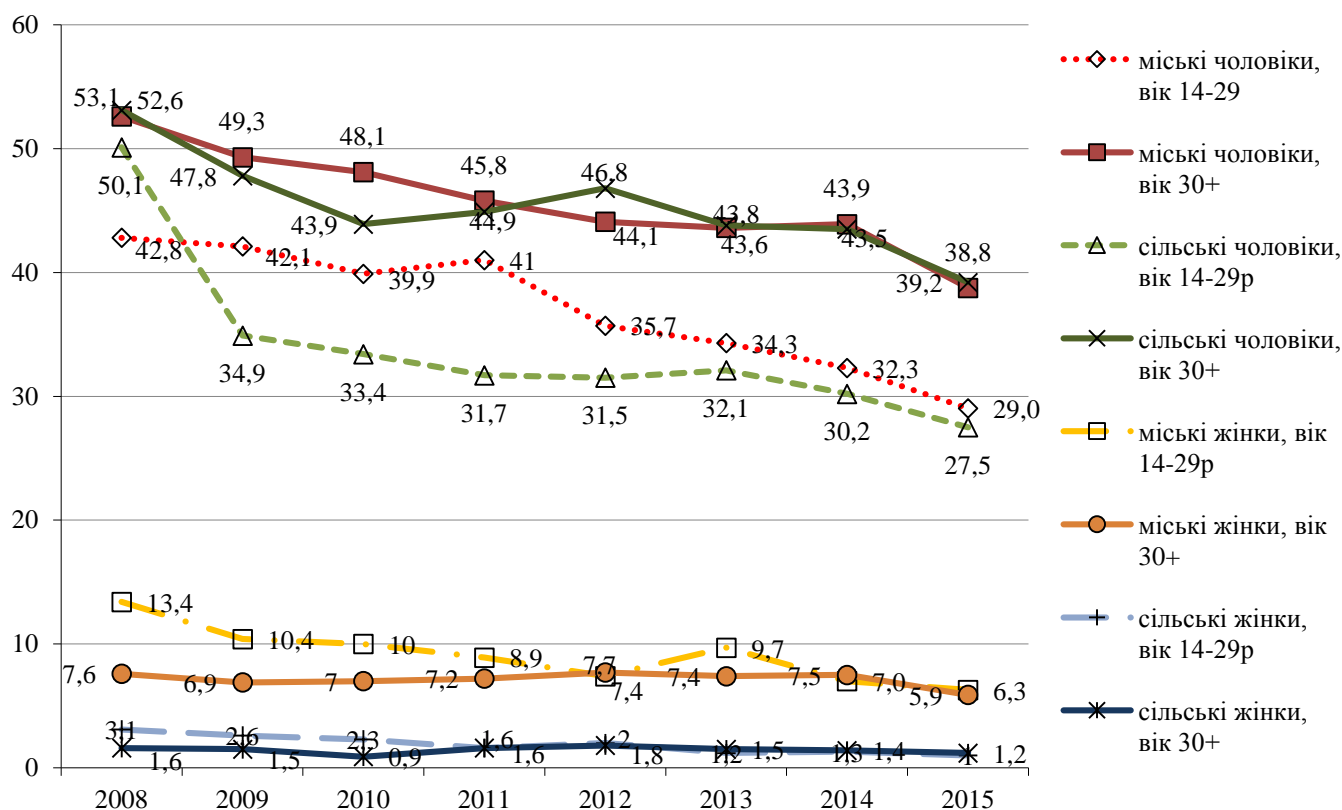


Рис. 1. Поширеність куріння в різних соціально-демографічних групах в Україні за 2008–2015 рр. (за даними опитувань Державної служби статистики)

Серед жінок, навпаки, поширеність куріння була набагато вищою серед міських мешканок. Поширеність куріння міських жінок значно знизилася у 2009 р., особливо в молодшій групі. Далі вона продовжувала знижуватися серед молодших жінок, але трохи збільшилася серед старших міських жінок. У 2015 р. поширеність куріння серед міських жінок обох груп зменшилася. Якщо у 2008 р. поширеність куріння була набагато вищою серед молодих жінок, зрештою з 2012 р. показники поширеності стали майже рівними для старших і молодших міських жінок. Рівні куріння серед сільських молодших і старших жінок також стали схожими, починаючи з 2011 р., а у 2008 р. поширеність куріння серед молодих сільських жінок була удвічі вищою. І серед міських, і серед сільських «старших»

жінок спостерігалася деяке зменшення поширеності куріння у 2012–2015 рр.

Узагальнені тенденції поширеності куріння у вікових групах наведено на рисунку 2.

Загалом протягом 2008–2015 рр. поширеність куріння серед осіб віком 18–29 років скоротилася на 40%, а серед більш старших людей – на 26%. Якщо у 2008 р. поширеність куріння серед молодих людей була більшою на 32%, то у 2015 р. – лише на 7%.

Таким чином, найбільше зменшення поширеності куріння у 2008–2015 рр. спостерігалася серед молоді (14–29 років), особливо серед молодих жінок. Найменше поширеність куріння скоротилася серед чоловіків середнього віку (30–59 років) та серед міських жінок старшого віку.

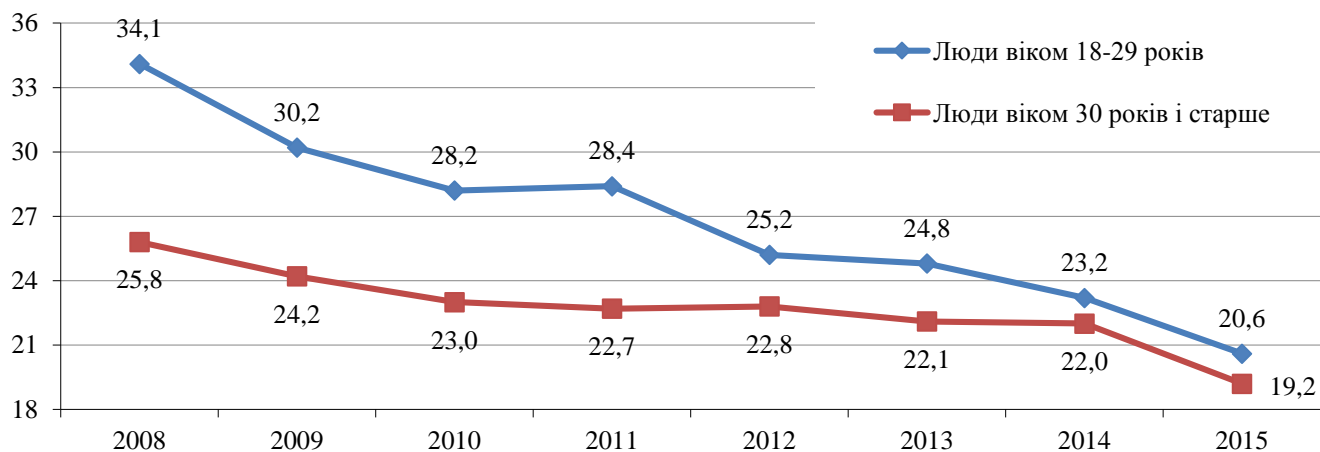


Рис. 2. Поширеність куріння у вікових групах населення України за 2008–2015 рр. (%)

Тенденції поширеності куріння в різних економічних групах населення

При аналізі поширеності куріння в групах, які відрізняються за рівнем доходів, не виявлено лінійного зв'язку між курінням і рівнем доходів, бо найбагатша і найбідніша групи мали найвищі рівні поширеності куріння (рис. 3). У 2008–2010 рр. куріння скорочувалося майже паралельно у всіх групах. Проте у 2010–2012 рр. тенденції були різними: поширеність куріння і надалі

зменшувалася у двох бідніших групах, була стабільною в середній групі, а в двох найбагатших групах спостерігалася деяке збільшення. У 2013 р. тенденції змінилися на протилежні: у двох найбагатших групах поширеність куріння зменшилася, а у двох найбідніших – зросла. Проте у 2014 р. у двох найбідніших групах поширеність куріння знову почала зменшуватися, а у 2015 р. поширеність куріння різко скоротилася у всіх економічних групах.

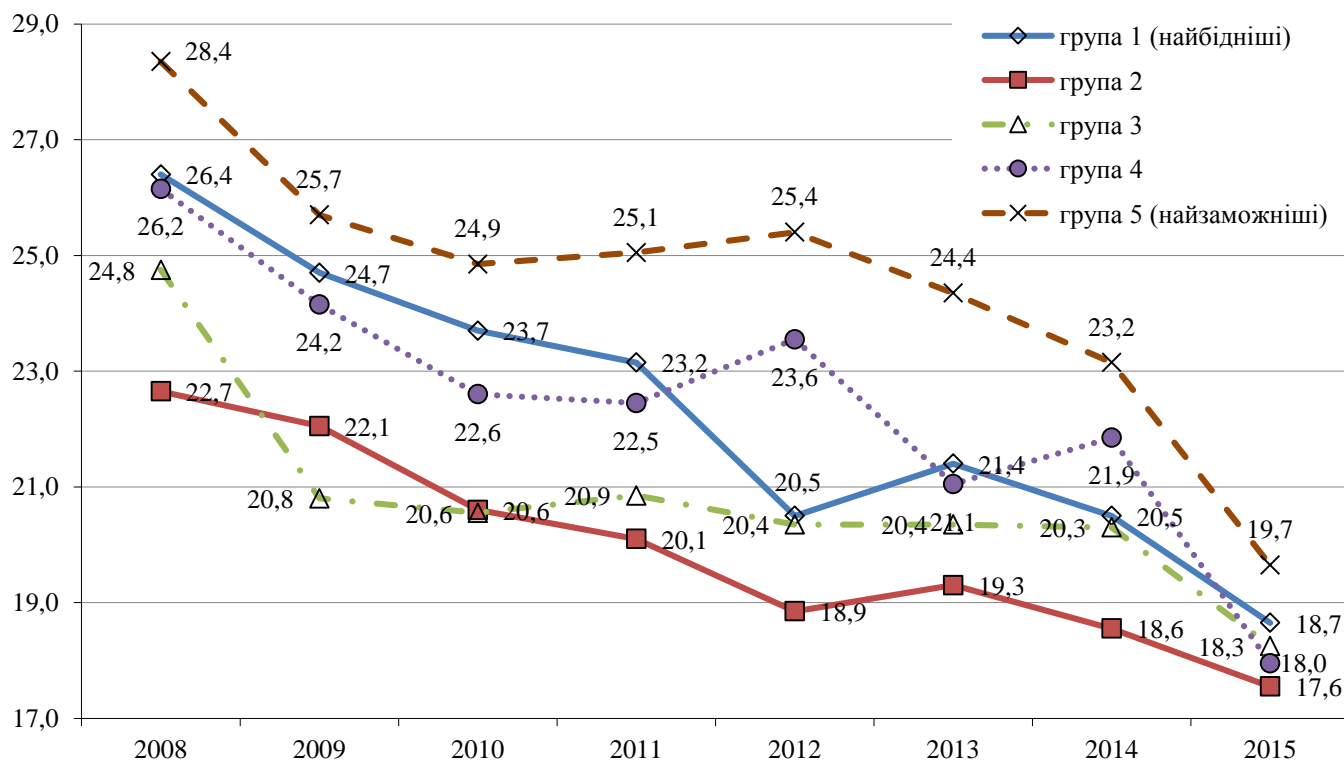


Рис. 3. Поширеність куріння в різних за доходами групах в Україні за 2008–2015 рр. (%)

Тенденції тривалості куріння та кількості щоденно вичурених сигарет

Тенденція до зменшення поширеності куріння

серед молодших вікових груп підтверджується і даними щодо тривалості (стажу) куріння. Якщо у 2008 р. 19% курців курили менше 5 років, то поступово цей показник

зменшився до 14% у 2015 р., тобто на 27% (табл. 2). Водночас, дещо збільшилася частка курців, які курять понад 11 років.

Щодо кількості викурених сигарет протягом дня (табл. 3), то у 2008–2015 рр. спостерігалася тенденція як до зменшення частки тих, хто курить багато (понад 16 сигарет на день), і тих, хто курить мало (менше 6 сигарет на день).

Регіональні відмінності і тенденції поширеності тютюнокуріння

Дані опитувань Державної служби статистики засвідчили, що у всіх регіонах України спостерігалася тенденція зменшення поширеності тютюнокуріння за 2008–2015 рр. (табл. 4).

Таблиця 2
Розподіл часток курців
за тривалістю куріння у 2008–2015 рр. (%)

Тривалість куріння	Рік							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1–5 років	19,0	18,4	17,6	17,6	15,0	14,6	14,1	13,9
6–10 років	19,8	19,9	20,6	19,5	21,1	19,4	21,6	19,7
11–15 років	13,2	12,5	12,3	12,7	12,4	13,8	13,4	13,8
16–20 років	15,6	16,4	15,8	16,8	16,8	17,1	17,0	17,9
понад 20 років	32,4	32,8	33,7	33,4	34,7	35,1	33,9	34,7

Таблиця 3
Розподіл часток курців
за кількістю викурених сигарет протягом дня у 2008–2015 рр. (%)

Кількість сигарет	Рік							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1–5	15,1	14,0	16,1	15,1	13,1	12,1	14,7	13,8
6–10	30,6	33,3	32,1	32,4	33,7	36,1	37,1	36,1
11–15	13,3	11,9	11,8	14,3	13,5	13,1	13,1	14,4
16–20	37,1	36,3	36,5	34,9	35,8	36,2	32,5	33,6
понад 20	3,9	4,5	3,5	3,3	3,9	2,5	2,6	2,1
Середня розрахункова кількість викурених за день сигарет, штук	14,2	14,2	14,0	14,0	14,2	14,1	13,6	13,7

Таблиця 4
Поширеність куріння серед населення 12 років і старше
в цілому по Україні та її регіонах за 2008–2015 рр. (%)

Регіон	Рік								Зменшення поширеності куріння, %
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Україна	25,6	23,5	22,4	22,3	21,8	21,3	20,9	18,4	-28
Донецький	29,2	27,5	28,1	25,9	26,0	24,5	25,7	20,7	-31
Придніпровський	30,6	26,1	27,1	25,5	23,8	24,0	24,5	21,9	-29
Східний	26,6	24,3	23,3	24,3	23,8	21,5	20,6	18,3	-28
Причорноморський	25,7	23,9	22,0	24,0	23,0	23,6	20,9	19,2	-25
Центральний	23,6	22,9	21,2	21,1	19,8	20,6	19,5	18,5	-29
Карпатський	23,6	21,6	19,8	19,3	19,0	18,7	18,6	16,3	-31
Поліський	21,8	20,4	16,2	18,7	18,3	18,6	19,0	17,0	-22
Подільський	20,8	18,2	18,4	16,5	18,2	15,4	17,1	14,7	-22

Примітка: Східний (Харківська, Полтавська, Сумська), Донецький (Донецька, Луганська); Придніпровський (Дніпропетровська, Запорізька, Кіровоградська); Причорноморський (АР Крим, Одеська, Миколаївська, Херсонська, Севастополь), Подільський (Вінницька, Хмельницька, Тернопільська); Центральний (Київ, Київська, Черкаська); Карпатський (Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Чернівецька), Поліський (Волинська, Рівненська, Житомирська, Чернігівська).

Такі регіони, як Донецький і Придніпровський, мали найвищі рівні поширеності куріння (29–30%) у 2008 р., а надалі поширеність куріння в цих регіонах зменшилася до 20–22%. У Подільському регіоні спостерігалися найнижчі рівні поширеності куріння як у 2008 р. (21%), так і у 2015 р. (15%). У 2015 р. регіони України розділилися на три великі групи за показниками поширеності куріння: Південно-Східні (20–22%), Центральні (18–19%) та Західні (15–17%). Загалом, темпи зменшення поширеності куріння у 2008–2015 рр. були приблизно однаковими у всіх регіонах.

Аналіз даних опитувань щодо поширеності куріння показав, що поширеність куріння зменшувалася приблизно однаковими темпами у всіх регіонах України, тобто на ці процеси переважно впливали фактори національного масштабу.

Темпи зменшення поширеності тютюнокуріння були суттєво вищими серед людей до 30 років, ніж серед людей старшого віку, тобто задіяні заходи більше сприяли попередженню початку куріння, ніж його припиненню. Це також підтверджувалося даними про зменшення частки тих, хто має невеликий (до 5 років) стаж куріння.

Припинення куріння в більшій мірі відбувалося серед тих, хто не має сильної тютюнової залежності: серед тих, хто курить невелику кількість сигарет (до 6 штук), має невеликий стаж куріння і загалом молодший. Це стосувалося молодих (віком до 30 років) жінок, серед яких спостерігалися найвищі темпи скорочення поширеності куріння. Проте також можливо, що молоді жінки виявилися більш чутливими до зростання негативного ставлення до куріння в суспільстві.

Загалом, у процесі зниження поширеності куріння в Україні спостерігалися такі періоди:

1) У 2008–2010 рр. поширеність куріння скоротилася у всіх вікових, статевих і соціально-економічних групах, і загальне зниження було досить швидким. Саме в ці роки в Україні суттєво були підвищені тютюнові акцизи (із 0,5 грн до 3 грн у період із серпня 2008 р. по липень 2010 р.) [13] та впроваджені інші заходи контролю над тютюном.

2) У 2011–2012 рр. як темпи підвищення акцизів, так і реалізація інших заходів контролю над тютюном в Україні не відповідали положенням РКБТ, тому темпи скорочення споживання тютюну уповільнилися [17]. У 2010–2012 рр. поширеність куріння знизилася в основному серед молодших і бідніших верств населення, тоді як вона дещо збільшилася в кількох групах: старші жінки, старші сільські чоловіки і заможніші групи. Загальна поширеність куріння продовжувала скорочуватися, але набагато повільніше, ніж у попередні два роки.

3) Зменшенню поширеності куріння у 2013 р. сприяли ухвалені протягом 2011–2012 рр. законодавчі рішення: 1) про заборону тютюнової реклами, яке набуло чинності 16 вересня 2012 р.; 2) запровадження великих (50% площі пачки) попереджень із малюнками на тютюнових упаковках, яке набуло чинності 4 жовтня 2012 р.; 3) звільнення закладів громадського харчування

та інших місць від тютюнового диму, яке набуло чинності 16 грудня 2012 р. [2]. Ці заходи більше вплинули на поширеність куріння серед заможних верств населення (рис. 3), які частіше відвідують кафе і ресторани.

4) Протягом 2014–2015 рр. зміни до законодавства щодо контролю над тютюном не вносилися, крім акцизного оподаткування тютюнових виробів. В Україні мінімальна ставка акцизу на 1000 сигарет із фільтром становила: 2013 р. – 217,6 грн, 2014 р. (липень–серпень) – 289,63 грн, з вересня 2014 р. – 304,11 грн, з 1 січня 2016 р. – 425,75 грн. 28 грудня 2014 р. Верховна Рада України ухвалила Закон «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо податкової реформи» [5], яким передбачено, що з 1 січня 2015 р.: 1) ставки акцизу на сигарети без фільтру підвищилися до рівнів сигарет із фільтром; 2) реалізація суб'єктами господарювання роздрібною торгівлі підакцизних товарів (зокрема, тютюнових виробів) обкладається додатковим акцизним податком у розмірі 5 відсотків від вартості (з податком на додану вартість). Поступове зростання ставок акцизів відбувалося на фоні суттєвого зменшення рівнів доходів серед багатьох верств населення України. Все це зменшило цінову доступність сигарет, що призвело до зменшення поширеності куріння спочатку серед найменш заможних груп населення у 2014 р., а згодом і серед усіх груп населення у 2015 р. (рис. 3).

Проте відсутність в Україні системи допомоги у відмові від куріння призвела до того, що певна частка людей, які намагалися припинити курити, знов повернулися до куріння. Це переважно стосувалося людей старшого віку. МОЗ України видало наказ від 26.09.2012 р. № 746, яким затвердило «Методичні рекомендації для медичних працівників закладів охорони здоров'я з надання лікувально-профілактичної допомоги особам, які бажають позбутися залежності від тютюну» [1], що базуються на узагальненні кращого світового досвіду у цій сфері з урахуванням наявних можливостей. Методичні рекомендації мають бути використані всіма медичними працівниками всіх спеціальностей для стимулювання всіх своїх пацієнтів стати (або залишатися) вільними від тютюну.

Зменшення поширеності куріння вже призвело до помітного зменшення рівнів пов'язаних із тютюном хвороб і смертей в Україні [2, 3, 16].

Висновки

У 2008–2015 рр. рівень поширеності тютюнокуріння в Україні суттєво скоротився, переважно серед молоді.

Головним фактором скорочення поширеності тютюнокуріння, особливо серед незаможних верств населення, стало зменшення цінової доступності сигарет, як завдяки різкому зростанню акцизів на тютюнові вироби, так і через скорочення реальних доходів населення в певні роки. Нецінові заходи контролю над тютюном (звільнення робочих і громадських місць від

тютюнового диму, заборона більшості видів тютюнової реклами, запровадження великих попереджень на пачках сигарет) також сприяли зменшенню поширеності куріння.

Перспективи подальших досліджень

Запроваджене з січня 2016 р. підвищення ставок акцизів на всі тютюнові вироби дозволить і надалі скорочувати їх цінову доступність, проте податкові заходи мають бути підсилені заходами, які зменшують

привабливість тютюнових виробів для молоді, зокрема, заборона розміщення у вітринах кіосків сигарет, а також заходи, передбачені в законопроекті № 2820, розробленому відповідно до Директиви Європейського Союзу 2014/40, зокрема, заборона сигарет з ароматичними добавками.

Комплексна реалізація всіх заходів контролю над тютюном здатна і надалі скорочувати поширеність тютюнокуріння та кількість пов'язаних зі вживанням тютюну хвороб і смертей в Україні.

Література

1. Григоренко А. А. Методичні рекомендації для медичних працівників закладів охорони здоров'я з надання лікувально-профілактичної допомоги особам, які бажають позбутися залежності від тютюну / А. А. Григоренко, К. С. Красовський. – Київ : МОЗ України, 2012. – С. 27.
2. Контроль над тютюном в Україні. Другий національний звіт / К. С. Красовський, Т. І. Андрєєва, А. А. Григоренко [та ін.]. – Київ : МОЗ України, ДУ УІСД МОЗ, 2014. – 128 с.
3. Красовський К. С. Динаміка смертності від пов'язаних з тютюнокурінням хвороб в Україні за 2008–2012 роки / К. С. Красовський // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4 (28). – С. 139.
4. Красовський К. С. На що спрямувати політику контролю над тютюном в Україні / К. С. Красовський, Т. І. Андрєєва, А. П. Скіпальський ; Європейський інформаційно-дослідницький центр. – Київ, 2015. – 40 с.
5. Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо податкової реформи : Закон України від 28.12.2014 р. № 71-VIII // Офіційний вісник України. – 2015. – № 3. – С. 18, ст. 46, код акту 75327/2015.
6. Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення : Закон України від 22.09.2005 р. № 2899-IV // Офіційний вісник України. – 2005. – 2 листопада. – № 42. – С. 51, стаття 2642, код акту 34098/32005.
7. Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну // Офіційний вісник України. – 2006. – № 13. – С. 128, ст. 861.
8. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2015 року). – Київ : Державна служба статистики України, 2016. – 149 с.
9. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2008 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2008 року). – Київ : Державна служба статистики України, 2010. – 142 с.
10. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2009 року). – Київ : Державна служба статистики України, 2010. – 142 с.
11. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2010 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2010 року). – Київ : Державна служба статистики України, 2011. – 143 с.
12. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2011 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2011 року). – Київ : Державна служба статистики України, 2012. – 142 с.
13. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2012 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2012 року). – Київ : Державна служба статистики України, 2013. – 149 с.
14. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2013 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2012 року). – Київ : Державна служба статистики України, 2014. – 149 с.
15. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2014 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2014 року). – Київ : Державна служба статистики України, 2015. – 149 с.
16. Andreeva T. I. COPD Morbidity and Mortality in Ukraine after Tobacco Control Policies Implementation / T. I. Andreeva, K. S. Krasovsky // Chronic Obstructive Pulmonary Diseases. – 2016. – Vol. 1, № 1. – P. 3.

17. *Krasovsky K. Sharp changes in tobacco products affordability and the dynamics of smoking prevalence in various social and income groups in Ukraine in 2008–2012 / K. Krasovsky // Tobacco Induced Diseases. – 2013. – Vol. 11. – P. 21 doi:10.1186/1617-9625-11-21. 18 October 2013.*
18. *Krasovsky K. The story of Ukraine / K. Krasovsky // In: Tobacco Control in Practice. Article 6: Price and tax measures to reduce demand for tobacco. World Health Organization Regional Office for Europe. 2013. – P. 6–15.*

Дата надходження рукопису до редакції: 12.09.2016 р.

Тенденции распространности курения среди различных групп населения Украины в 2008–2015 годах

К.С. Красовский

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

По данным ежегодных выборочных опросов домохозяйств, проведенных в 2008–2015 гг. Государственной службой статистики, рассмотрена динамика показателей курения среди различных групп населения Украины. Всего за семь (2008–2015) лет распространенность курения сократилась с 25,6% до 18,4%, то есть на 7,2 процентных пункта, или на 28%.

Цель – отследить показатели потребления табака среди разных групп населения Украины и оценить влияние на эти показатели внедрения в стране мероприятий контроля над тютюном.

Метод: статистический.

Результаты. Проведенный анализ свидетельствует, что темпы уменьшения распространенности табакокурения были существенно выше среди людей моложе 30 лет, чем на людей старшего возраста. Вероятно, задействованные меры больше способствовали предупреждению начала курения, чем его прекращению.

Выводы. Ключевым фактором сокращения курения, особенно среди малоимущих слоев населения, стало уменьшение ценовой доступности сигарет, как благодаря резкому росту акцизов на табачные изделия, так и из-за сокращения реальных доходов населения в определенные годы. Неценовые меры контроля над табаком (освобождение рабочих и общественных мест от табачного дыма, запрет большинства видов табачной рекламы, введение больших предупреждений с рисунками на пачках сигарет) также способствовали уменьшению распространенности курения.

Ключевые слова: курение табака, распространенность курения, Украина.

Trends in smoking prevalence among the various population groups in Ukraine in 2008–2015

K.S. Krasovsky

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

According to the annual household surveys conducted in 2008–2015 by the State Statistics Service, the dynamics of smoking among different populations Ukraine is considered. Overall, over seven years (2008–2015) the prevalence of smoking decreased from 25.6% to 18.4%, or 7.2 percentage points, or 28%.

Purpose – to track tobacco use rates among different groups of the population of Ukraine and evaluate the impact on the implementation of these indicators in the country tobacco control measures.

Method: statistical.

Results. The analysis shows that the rate of decline in smoking was significantly higher among people under 30 than for older people. Probably, the conducted policies encouraged mainly smoking prevention, than quitting smoking.

Conclusions. A key factor in reducing the smoking prevalence, especially among the poor, was a decrease in cigarette affordability as due to a sharp rise in excise taxes on tobacco products, and also due to the reduction in real incomes in certain years. Non-price tobacco control policies (protection from tobacco smoke in work and public places; ban of most kinds of tobacco advertising; the introduction of large pictorial warnings on cigarette packs) also contributed to the smoking prevalence reduction.

Key words: tobacco smoking, smoking prevalence, Ukraine.

Відомості про автора

Красовський Костянтин Сергійович – завідувач сектору по контролю над тютюном ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 616.899-009-082:362.11/.14].001.36

О.М. Мишаківська

ПОРІВНЯННЯ НЕЙРОПСИХІАТРИЧНИХ ПОРУШЕНЬ В АМБУЛАТОРНИХ І СТАЦІОНАРНИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДЕМЕНЦІЄЮ В УКРАЇНІ

КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», м. Львів, Україна

Мета – навести результати 6-місячного спостереження за пацієнтами з деменцією, які перебували в амбулаторних умовах та медико-соціальних інституціях; вивчити динаміку нейропсихіатричних симптомів та їх вплив на дистрес доглядача.

Матеріали та методи. Проведено відбір та обстеження 99 пацієнтів, що проживали в громаді, та 99 пацієнтів, які тривало перебували в медико-соціальних закладах. Тричі проведено психіатричний огляд (первинний огляд, через 3 та 6 місяців). За допомогою MMSE визначено когнітивні порушення та ступінь тяжкості деменції. Нейропсихіатричні симптоми та дистрес доглядача оцінено за шкалою NPI (версії з 12 пунктів).

Результати. В амбулаторній групі пацієнтів переважали маячення та галюцинації, в стаціонарній – апатія/байдужість, тривога, аномальна рухова активність та розлади сну й поведінки вночі. Спільним для обох груп було посилення апатії/байдужості. Клінічно значущою відмінністю між групами стало те, що в амбулаторній групі протягом періоду спостереження знижувалася вираженість нейропсихіатричних симптомів та дистрес доглядачів, на відміну від стаціонарної групи, де вираженість симптомів та дистрес доглядачів із кожним наступним оглядом посилювався. В амбулаторній групі переважали пацієнти з деменцією помірного ступеня, у стаціонарній – тяжкого.

Висновки. В амбулаторній та стаціонарній групах протягом періоду спостереження проводилась клінічно значуща редукція психотичних та афективних симптомів, порушень сну, ажитації. В обох групах спостерігалось значуще посилення апатії/байдужості, з кожним наступним оглядом прогресували когнітивні порушення.

Ключові слова: деменція, нейропсихіатричні симптоми, амбулаторні пацієнти, стаціонарні пацієнти.

Вступ

Значна частина пацієнтів із деменцією в Україні проживає вдома та опікується рідними до останніх днів свого життя. Нейропсихіатричні симптоми значно поширені в пацієнтів із деменцією [7], ускладнюють догляд, порушують якість життя доглядача [13, 20], є найчастішою причиною госпіталізації в психіатричні стаціонари в Україні. За статистичними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2012 р. у світі налічувалося 35,6 млн осіб із деменцією [11], станом на квітень 2016 р. – 47,5 млн осіб, з них 58% у країнах із низьким на середнім рівнем доходу [3]. Надалі прогнозується зростання кількості пацієнтів із деменцією до 75,6 млн у 2030 р. та до 135,5 млн у 2050 р. [12]. За статистичними даними України, у 2012 р. захворюваність на деменцію становила 53,9 на 100 тис. населення, із них судинна деменція – 73%, або 39,3 на 100 тис. населення, деменція при хворобі Альцгеймера – 6,8%, або 3,7 на 100 тис. населення [1]; у 2015 р. – відповідно 17,6 на 100 тис. населення, 12,7 на 100 тис. населення та 1,3 на 100 тис. населення. Порівнюючи офіційні статистичні дані 2015 та 2012 рр., в Україні не виявлено зростання рівня захворюваності на деменцію. Статистичні дані 2015 р. є неповними та частково неспівставні з даними 2012 р., оскільки з об'єктивних причин до вибірки не була включена інформація з Донецької, Луганської областей та Автономної

Республіки Крим. Можливо, це є однією з причин неспівпадіння зі світовими тенденціями. Іншим можливим фактором невідповідності є те, що в Україні не проводиться скринінг серед пацієнтів похилого віку на виявлення деменції, які не звертаються до психіатра по амбулаторну чи стаціонарну допомогу. Психіатрична служба в Україні дістала у спадок із часів СРСР, пацієнти з деменцією лікуються в психіатричних лікарнях разом із пацієнтами з іншими нозологіями. Швидке старіння популяції, економічні негаразди призводять до браку професійних ресурсів. Протягом періоду незалежності в Україні створені паліативні відділення, хоспіси, проте їх кількість обмежена. Згідно зі звітом World Alzheimer's Report (2015), у країнах із середнім та низьким рівнем доходу, до яких належить і Україна, клінічно значуще зріс тягар хронічних захворювань у людей похилого віку, найбільшу частку з яких становить серцево-судинна захворюваність та до яких входить і деменція [24]. Сьогодні в Україні на державному рівні не створені заклади, які б надавали амбулаторну допомогу пацієнтам із деменцією, окремі будинки догляду за пацієнтами з даною нозологією. Значна кількість пацієнтів проживає вдома, опікується рідними та не отримує медичного супроводу. Відсутність соціальної, психологічної підтримки рідних призводить до зростання тягаря опіки за пацієнтом із деменцією. Зазвичай родичі не володіють навиками спілкування, навиками догляду.

Мета роботи – вивчити можливість корекції

нейропсихіатричних симптомів у пацієнтів із деменцією, які протягом 6-місячного періоду проживали в домашніх умовах; порівняти ефективність корекції нейропсихіатричних симптомів із групою хворих на деменцію, які протягом 6-місячного періоду безперервно перебували в медико-соціальних закладах. Завданням проведеного дослідження було вивчити можливість медикаментозної корекції в амбулаторних умовах, з якими нейропсихіатричними симптомами найчастіше зустрічалися доглядачі та як змінювався дистрес доглядача протягом періоду спостереження.

Проведені раніше дослідження показали, що типовими нейропсихіатричними симптомами, з якими зустрічались доглядачі за пацієнтами з деменцією в амбулаторних умовах, були: депресія/дисфорія, маячення та апатія/байдужість [21]. Обстеження 199 пацієнтів, які проживали в громаді, виявили переважання симптому апатії у 80% пацієнтів. Іншими найчастішими симптомами були психотичні (37%) та гіперактивність (60%) [6]. Дворічне спостереження за пацієнтами з деменцією, які проживали в будинках медсестринського догляду, виявило, що переважними симптомами були ажитація, дратівливість та аномальна рухова активність. В асимптоматичних резидентів частіше виникали апатія, агресія/ажитація, дратівливість та аномальна рухова активність [9]. 53-місячним спостереженням за пацієнтами з деменцією, які проживали в будинках медсестринського догляду, виявлено, що зростання ступеня тяжкості деменції асоціювалось зі зростанням вираженості ажитації, психотичних симптомів та апатії, але не афективних симптомів [23]. Існують дані, що в пацієнтів із деменцією, які проживають у громаді, нейропсихіатричні симптоми загалом є рідкі та менш виражені порівняно з пацієнтами, які проживають у лікарнях чи закладах тривалого перебування [16].

Матеріали та методи

Протягом 2014–2016 рр. у західному регіоні України проведено дослідження, в якому здійснено 6-місячне спостереження за пацієнтами з деменцією. Хворі були розподілені на 2 групи: стаціонарну (СГ) та амбулаторну (АГ). Обстежено 99 пацієнтів, які тривало проживали в чотирьох медико-соціальних інституціях, та 99 пацієнтів із деменцією, які залишалися вдома. Пацієнти були оглянуті тричі: при первинному огляді (ПО), повторно через 3 та 6 місяців із часу ПО. Після ознайомлення пацієнтів із дослідженням у них або їхніх офіційних представників отримано згоду на участь. Зібрано анамнестичні дані пацієнтів, дані про прийом ліків. Психіатричне оцінювання проведено за такими шкалами: MMSE [14], NPI [10].

За допомогою шкали MMSE оцінено когнітивний стан пацієнта при ПО та зміну когнітивного статусу пацієнта при повторних оглядах через 3 та 6 місяців. За сумою отриманих балів встановлено ступінь тяжкості деменції [18].

Нейропсихіатричні симптоми та поведінкові розлади в пацієнтів із деменцією оцінено за допомогою шкали NPI, версії з 12 пунктів. Дані, зібрані під час опитування, базувались на спостереженні доглядачів. В амбулаторних пацієнтів доглядачами найчастіше виступали родичі, у стаціонарних – медичний персонал. Опитано лише доглядачів, які проводили регулярний догляд за пацієнтом протягом щонайменше останнього місяця до огляду. По кожному симптому шкали NPI підраховано загальний бал, який визначався добутком частоти балу та вираженості. Відсутність симптому оцінено в 0 балів. Надалі підраховано сумарний бал за шкалою NPI, який трактувався таким чином:

- >20 балів – симптоми легко виражені,
- 20–50 – симптоми помірно виражені,
- ≥50 – симптоми сильно виражені.

Протягом періоду дослідження проведено порівняння загального балу дистресу доглядачів між групами, який обчислювався додаванням балу дистресу по кожному симптому шкали NPI.

Для статистичної обробки використано пакет прикладних програм STATISTICA 5.0 (StatSoft Inc., 1998). Значущим вважали значення $p < 0,05$ або нижче. Для оцінки різниці між групами застосовано критерій Манна–Вітні [2]. Динаміка симптомів у середині групи при повторних оглядах оцінена за критерієм Вількоксона [2]. Для порівняння частоти прийому медикаментів у групах пацієнтів протягом дослідження застосовано критерій χ^2 Пірсона [2].

Результати дослідження та їх обговорення

Під час дослідження проаналізовано лікування пацієнтів та виявлено, що більшість із них отримували препарати таких груп: типові антипсихотики, атипівні антипсихотики, препарати для лікування деменції. Застосування антипсихотиків для лікування нейропсихіатричних симптомів при деменції є загальноприйнятною практикою [16]. Вони є ефективними при лікуванні психотичних симптомів, агресії та ажитації в пацієнтів із деменцією [8]. Якщо при ПО пацієнти не отримували лікування, то, за згодою пацієнта, родича або офіційного представника, пацієнти відповідно до психічного стану отримували медикаментозне призначення. Препарати, які приймалися пацієнтами протягом періоду дослідження, наведено в таблиці 1. На 3 і 6-му місяцях дослідження типові антипсихотики частіше призначалися пацієнтам АГ ($p < 0,0001$). Значущої відмінності між групами у прийомі атипівних антипсихотиків не виявлено. При ПО препарати для лікування деменції приймалися однаковою кількістю пацієнтів у СГ та АГ. При огляді через 3 місяці значуще зросла кількість пацієнтів в АГ, які приймали препарати цієї групи ($p = 0,00001$). При огляді через 6 місяців частина пацієнтів із часу ПО припинила приймати препарати для лікування деменції, а в АГ значуще зросла кількість пацієнтів, які приймали ліки цієї групи ($p < 0,0001$).

Таблиця 1

Препарати, які приймали пацієнти протягом періоду дослідження

Група препаратів	Первинний огляд			Через 3 місяці			Через 6 місяців		
	СГ абс. (%)	АГ абс. (%)	значу- щість різниць*	СГ абс. (%)	АГ абс. (%)	значу- щість різниць*	СГ абс. (%)	АГ абс. (%)	значу- щість різниць*
<i>Типові антипсихотики</i>									
Не приймали	95 (95,96)	92 (92,93)	p=0,35198	95 (95,96)	68 (68,69)	p<0,0001	92 (92,93)	64 (64,65)	p<0,0001
Приймали	4 (4,04)	7 (7,07)		4 (4,04)	31 (31,31)		7 (7,07)	35 (35,35)	
<i>Атипові антипсихотики</i>									
Не приймали	85 (85,86)	83 (83,84)	p=0,69180	71 (71,72)	63 (63,64)	p=0,22415	72 (72,73)	60 (60,61)	p=0,07044
Приймали	14 (14,14)	16 (16,16)		28 (28,28)	36 (36,36)		27 (27,27)	39 (39,39)	
<i>Препарати для лікування деменції</i>									
Не приймали	64 (64,65)	64 (64,65)	p=0,00001	63 (63,64)	31 (31,31)	p=0,00001	68 (68,69)	28 (28,28)	p<0,0001
Приймали	35 (35,35)	35 (35,35)		36 (36,36)	68 (68,69)		31 (31,31)	71 (71,72)	

Примітка: * – χ^2 Пірсона.

При ПО в АГ клінічно значуще переважали симптоми маячення ($p<0,0001$) та депресії/дисфорії ($p<0,0245$), натомість у СГ – симптоми апатії/байдужості ($p=0,0001$). Отримані результати наведено в таблиці 2.

Про огляді через 3 місяці в АГ переважали симптоми маячення ($p<0,0001$), галюцинації ($p<0,0149$), натомість у СГ – симптоми тривоги ($p<0,0013$), апатії/байдужості ($p=0,0000$), аномальної рухової активності ($p<0,0089$), розладів сну та поведінки вночі

($p<0,0168$). Результати наведено в таблиці 3.

Під час огляду через 6 місяців продовжувалась тенденція, виявлена під час огляду через 3 місяці від початку дослідження: в АГ переважали симптоми маячення ($p=0,0001$), галюцинації ($p<0,0059$), у СГ надалі домінували симптоми тривоги ($p=0,0001$), апатії/байдужості ($p=0,0001$), аномальної рухової активності ($p<0,0004$), розладів сну та поведінки вночі ($p=0,0001$). Дані наведено в таблиці 4.

Таблиця 2

Порівняння виявлених нейропсихіатричних симптомів у стаціонарній та амбулаторній групах при первинному огляді

Симптоми	Стаціонарна група		Амбулаторна група		P критерій Манна-Вітні
	медіана (мін.-макс.)	NPI>3 (абс. (%))	медіана (мін.-макс.)	NPI>3 (абс. (%))	
Маячення	0 (0–9)	4 (4,04)	0 (0–12)	22 (22,22)	0,0000
Галюцинації	0 (0–12)	16 (16,16)	0 (0–12)	20 (20,20)	0,0513
Збудження / Агресія	0 (0–12)	32 (32,32)	0 (0–16)	39 (39,39)	0,2228
Депресія / Дисфорія	0 (0–12)	16 (16,16)	0 (0–12)	21 (21,21)	0,0245
Тривога	0 (0–12)	41 (41,41)	0 (0–9)	30 (30,30)	0,2246
Піднесений настрій / Ейфорія	0 (0–6)	1 (1,01)	0 (0–6)	2 (2,02)	0,6646
Апатія / Байдужість	6 (0–12)	67 (67,68)	0 (0–12)	29 (29,29)	0,0000
Розгальмованість	0 (0–12)	13 (13,13)	0 (0–9)	11 (11,11)	0,6646
Дратівливість / Лабільність	0 (0–12)	34 (34,34)	0 (0–12)	42 (42,42)	0,0931

Продовження таблиці 2

Аномальна рухова активність	0 (0–18)	32 (32,32)	0 (0–18)	33 (33,33)	0,8695
Розлади сну та поведінки вночі	1 (0–12)	44 (44,44)	0 (0–12)	43 (43,43)	0,4317
Розлади апетиту	0 (0–12)	20 (20,2)	0 (0–12)	20 (20,20)	0,9112

Таблиця 3

Порівняння виявлених у стаціонарній та амбулаторній групах при огляді через 3 місяці

Симптоми	Стаціонарна група			Амбулаторна група			Р критерій Манна–Вітні
	медіана (мін.-макс.)	NPI>3 абс. (%)	динаміка порівняно з ПО за критерієм Вількоксона	медіана (мін.-макс.)	NPI>3 абс. (%)	динаміка порівняно з ПО за критерієм Вількоксона	
Маячення	0 (0–4)	1 (1,01)	p<0,05	0 (0–12)	15 (15,15)	p<0,01	0,0000
Галюцинації	0 (0–12)	14 (14,14)	НЗ	0 (0–9)	23 (23,23)	НЗ*	0,0149
Збудження / Агресія	0 (0–12)	37 (37,37)	НЗ	0 (0–12)	33 (33,33)	p<0,01	0,6189
Депресія / Дисфорія	0 (0–12)	18 (18,18)	НЗ	0 (0–12)	14 (14,14)	p=0,023	0,3223
Тривога	2 (0–12)	49 (49,49)	НЗ	0 (0–9)	26 (26,26)	НЗ	0,0013
Піднесений настрій / Ейфорія	0 (0–6)	1 (1,01)	НЗ	0 (0–6)	3 (3,03)	НЗ	0,3185
Апатія / Байдужість	9 (0–12)	76 (76,77)	p<0,01	0 (0–12)	36 (36,36)	p<0,01	0,0000
Розгальмованість	0 (0–12)	12 (12,12)	p=0,06	0 (0–6)	10 (10,10)	p=0,09	0,5162
Дратівливість / Лабільність	0 (0–12)	38 (38,38)	НЗ	0 (0–12)	39 (39,39)	p=0,013	0,4740
Аномальна рухова активність	2 (0–18)	49 (49,49)	p<0,01	0 (0–18)	31 (31,31)	p=0,07	0,0089
Розлади сну та поведінки вночі	0 (0–12)	34 (34,34)	p<0,01	0 (0–12)	22 (22,22)	p<0,01	0,0168
Розлади апетиту	0 (0–12)	22 (22,22)	НЗ	0 (0–12)	22 (22,22)	НЗ	0,9320

Примітка (тут і далі): НЗ – відмінність не значуща.

Таблиця 4

Порівняння виявлених нейропсихіатричних симптомів у стаціонарній та амбулаторній групах при огляді через 6 місяців

Симптоми	Стаціонарна група				Амбулаторна група				Р критерій Манна–Вітні
	медіана (мін.-макс.)	NPI>3 абс. (%)	Р*	Р**	медіана (мін.-макс.)	NPI>3 абс. (%)	Р*	Р**	
Маячення	0 (0–1)	1 (1,01)	p<0,05	НЗ	0 (0–6)	8 (8,08)	p<0,01	p<0,01	0,0000
Галюцинації	0 (0–12)	8 (8,08)	НЗ	p<0,05	0 (0–6)	12 (12,12)	p<0,01	p<0,01	0,0059
Збудження / Агресія	0 (0–12)	34 (34,34)	НЗ	НЗ	0 (0–12)	24 (24,24)	p<0,01	p<0,01	0,3171

Продовження таблиці 4

Депресія / Дисфорія	0 (0–6)	8 (8,08)	p<0,01	p<0,01	0 (0–12)	7 (7,07)	p<0,01	p=0,013	0,0825
Тривога	2 (0–12)	48 (48,48)	НЗ	НЗ	0 (0–9)	19 (19,19)	p=0,02	p=0,036	0,0000
Піднесений настрій / Ейфорія	0 (0–6)	2 (2,02)	НЗ	НЗ	0 (0–6)	3 (3,03)	НЗ	НЗ	0,6646
Апатія / Байдужість	9 (0–12)	82 (82,83)	p<0,01	p<0,01	2 (0–12)	49 (49,49)	p<0,01	p=0,013	0,0000
Розгальмованість	0 (0–9)	12 (12,12)	p<0,05	НЗ	0 (0–9)	6 (6,06)	p=0,06	НЗ	0,5790
Дратівливість / Лабільність	0 (0–9)	34 (34,34)	НЗ	p<0,05	0 (0–9)	36 (36,36)	p<0,01	НЗ	0,3496
Аномальна рухова активність	6 (0–18)	56 (56,57)	p<0,01	p<0,05	0 (0–15)	31 (31,31)	НЗ	НЗ	0,0004
Розлади сну та поведінки вночі	0 (0–12)	36 (36,36)	p<0,05	НЗ	0 (0–12)	12 (12,12)	p<0,01	p<0,01	0,0000
Розлади апетиту	0 (0–15)	28 (28,28)	p<0,05	p=0,06	0 (0–12)	24 (24,24)	p=0,06	НЗ	0,2156

Примітки: * – динаміка порівняно з ПО за критерієм Вількоксона; ** – динаміка порівняно з третім місяцем за критерієм Вількоксона.

Порівнюючи симптоми, виявлені під час огляду через 3 місяці, із симптомами, виявленими при ПО, клінічно значуще зменшилися симптоми маячення (p<0,05), розладів сну та поведінки вночі (p<0,01); клінічно значуще посилювалися симптоми апатії/байдужості (p<0,01), аномальної рухової активності (p<0,01).

При порівнянні результатів огляду через 6 місяців у СГ із результатами ПО, окрім зниження симптомів маячення (p<0,05) і розладів сну та поведінки вночі (p<0,05), зменшилися прояви депресії/дисфорії (p<0,01), посилювалися симптоми апатії/байдужості (p<0,01), розгальмованості (p<0,05), аномальної рухової активності (p<0,01), розладів апетиту (p<0,05).

У проміжку між 3 та 6 місяцями зменшились галюцинації (p<0,05), симптоми депресії/дисфорії (p<0,01), дратівливості/лабільності (p<0,05) та посилювались симптоми апатії/байдужості (p<0,01), аномальної рухової активності (p<0,05).

З часу ПО до повторного огляду через 3 місяці в АГ клінічно значуще знизилась симптоми маячення (p<0,01), збудження/агресії (p<0,01), депресії/дисфорії (p=0,023), дратівливості/лабільності (p=0,013), розладів сну та поведінки вночі (p<0,01). На противагу, посилювались симптоми апатії/байдужості (p<0,01).

Порівнюючи симптоми, виявлені під час огляду через 6 місяців та ПО, в АГ клінічно значуще зменшилися симптоми маячення (p<0,01), галюцинації (p<0,01), збудження/агресії (p<0,01), депресії/дисфорії (p<0,01), тривоги (p=0,021), дратівливості/лабільності (p<0,01), розладів сну та поведінки вночі (p<0,01), посилювались симптоми апатії/байдужості (p<0,01). Виявлено тенденцію до зниження розгальмованості (p=0,06) і тенденцію до посилення розладів апетиту (p=0,06).

Аналізуючи динаміку симптомів у період 3–6 місяців, спостерігалось зниження симптомів маячення (p<0,01), галюцинацій (p<0,01), збудження/агресії

(p<0,01), а також зниження симптомів депресії/дисфорії (p=0,013), тривоги (p=0,036), розладів сну та поведінки вночі (p<0,01), посилення апатії/байдужості (p=0,013).

Протягом періоду дослідження в АГ клінічно значуще знизилась вираженість нейропсихіатричних симптомів, а в більшості пацієнтів нейропсихіатричні симптоми через 3 та 6 місяців були легкою вираженості. У СГ протягом дослідження клінічно значуще зросла вираженість нейропсихіатричних симптомів (p<0,01) порівняно з ПО. У СГ клінічно значуще зріс дистрес доглядачів при огляді через 3 місяці (p<0,01) та 6 місяців (p<0,05). В АГ зі зменшенням вираженості симптомів знизився і дистрес доглядачів через 3 місяці (p<0,01) та 6 місяців (p<0,01). У таблиці 5 наведено результати дослідження.

У СГ переважали пацієнти з деменцією тяжкого ступеня. З кожним наступним обстеженням спостерігалось клінічно значуще зниження сумарного балу MMSE (<0,001).

В АГ при кожному наступному огляді, так як і в СГ, спостерігалось клінічно значуще зниження сумарного балу за шкалою MMSE (<0,001). В АГ у більшості пацієнтів була деменція помірного ступеня.

Порівнюючи СГ та АГ за ступенем тяжкості деменції між групами, виявлено клінічно значущу різницю (<0,001) при ПО, огляді через 3 та 6 місяців. Дані наведено в таблиці 6.

У проведеному дослідженні оцінено нейропсихіатричні симптоми в пацієнтів із деменцією, які перебували в різних умовах проживання. Пацієнти АГ проживали в громаді, СГ – у медико-соціальних закладах. Виявлено відмінність між нейропсихіатричними симптомами в групах порівняння: під час періоду спостереження в АГ переважали маячення та галюцинації, у СГ – апатія/байдужість, тривога, аномальна рухова активність та розлади сну й поведінки

вночі. Аналізуючи динаміку в кожній групі, встановлено, що у СГ під впливом лікування зменшилися симптоми маячення, розладів сну, депресії/дисфорії; в АГ клінічно значуще зменшилися симптоми маячення, збудження/агресії, депресії/дисфорії, дратівливості/лабільності та розладів сну. Спільним для обох груп стало посилення апатії/байдужості. Клінічно значущою відмінністю було те, що в АГ протягом періоду спостереження знизилася вираженість нейропсихіатричних симптомів і дистрес доглядачів, на відміну від СГ, де вираженість симптомів і дистрес доглядачів із кожним наступним оглядом посилювався. Дані відмінності могли бути пов'язані з тим, що у СГ переважали пацієнти з деменцією тяжкого ступеня, а в АГ – помірного ступеня. З кожним наступним оглядом у більшості пацієнтів спостерігалось клінічно значуще прогресування

когнітивних порушень, що мало вплив на догляд.

Деменція тяжкого ступеня часто асоціюється з апатією, яка, своєю чергою, дуже сильно пов'язана з когнітивним порушенням і функціональним дефіцитом [17]. Існує низка публікацій, у яких підтверджується значущий вплив апатії, типової при деменції [5], на тягар опіки доглядача [15]. Окрім того, доглядач змушений приділяти щодня більше часу на догляд за пацієнтом, пацієнт із симптомом апатії менш емоційно відповідає на зусилля доглядача, тому часто доглядачі відчують деяке розчарування, бо отримують менше любові та вдячності [4]. Найсильнішим фактором, який асоціюється з дистресом доглядача, є частота та вираженість нейропсихіатричних симптомів [22].

Важливим є своєчасне лікування нейропсихіатричних симптомів, оскільки вони приводять до швидкого прогресу тяжкого ступеня деменції та до швидшого настання смерті [19].

Таблиця 5

Зміни загального балу суми NPI та дистресу доглядачів

Періоди огляду		Сума загального балу NPI								Сума дистресу					
		медіана (мін.-макс.)	ниж.-верх. квартиль	<20		20–50		≥50		P*	P**	медіана (мін.-макс.)	ниж.-верх. квартиль	P*	P**
				абс.	%	абс.	%	абс.	%						
ПО	СГ	21 (0–57)	13–32	46	46,46	44	44,45	9	9,09			15 (0–32)	10–22		
	АГ	21 (0–68)	11–30	49	49,49	48	48,48	2	2,02			14 (0–41)	9–22		
Через 3 міс.	СГ	24 (4–58)	17–33	32	32,32	61	61,62	6	6,06	p<0,01		17 (3–34)	12–22	p<0,01	
	АГ	16 (0–61)	10–26	64	64,65	33	33,33	2	2,02	p<0,01		12 (0–41)	7–18	p<0,01	
Через 6 міс.	СГ	26 (1–61)	18–35	32	32,32	59	59,60	8	8,08	p<0,01	p=0,057	17 (1–33)	12–22	p<0,05	НЗ
	АГ	14 (0–52)	8–22	65	65,66	32	32,32	2	2,02	p<0,01	p=0,06	11 (0–34)	7–17	p<0,01	p<0,01

Примітки: * – динаміка порівняно з ПО за критерієм Вількоксона; ** – динаміка порівняно з третім місяцем за критерієм Вількоксона.

Таблиця 6

Порівняння когнітивного статусу пацієнтів в амбулаторній та стаціонарній групах

Сума MMSE	ПО	Через 3 міс.	Через 6 міс.	P0-3	P0-6	P3-6	Порівняння СГ ат АГ, P		
	медіана (мін.-макс.) [25–75%]	медіана (мін.-макс.) [25–75%]	медіана (мін.-макс.) [25–75%]				ПО	3 міс.	6 міс.
СГ	9 (0–24) [5–14]	9 (0–21) [4–12]	7 (0–19) [1–11]	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
АГ	18 (0–30) [10–22]	16 (0–27) [9–21]	15 (0–30) [8–20]	<0,01	<0,01	<0,01			

Висновки

В амбулаторних умовах за допомогою фармакологічних засобів проведено успішну корекцію симптомів маячення, галюцинацій, депресії/дисфорії, при цьому виявлено клінічно значуще зниження їх частоти, вираженості та дистресу доглядача.

Аналіз отриманих при повторних оглядах даних пацієнтів із деменцією, які перебували в медико-соціальних установах, показав, що в них переважали

симптоми апатії/байдужості, тривоги, аномальної рухової активності, розлади сну та поведінки вночі, значно вищим був рівень вираженості та частоти симптомів, а також дистрес доглядачів.

У вибірці між групами були відмінності, оскільки в СГ переважали пацієнти з тяжким ступенем деменції, в АГ – із помірним. Спільним між групами було те, що з кожним наступним оглядом прогресували когнітивні порушення і посилювалась апатія. У СГ, окрім симптому

апатії/байдужості, клінічно значуще посилювалась аномальна рухова активність.

допомоги хворим на деменцію в позалікарняних умовах.

Надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах має на меті полегшення доглядачам у опіці, сприяння якнайдовшому проживанню пацієнтів із деменцією в громаді, є важливим із морально-етичної точки зору.

Перспективи подальших досліджень

Перспективним напрямком досліджень є вивчення можливостей подальшого розвитку в Україні паліативної

Література

1. Пінчук І. Я. Актуальні питання надання психіатричної допомоги хворим на деменцію / І. Я. Пінчук, О. М. Мишаківська // *НейроNEWS*. – 2014. – № 3 (58). – С. 20–25.
2. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – Москва : МедиаСфера, 2002. – С. 312.
3. Access mode : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/> – Title from screen.
4. *Apathy in Dementia* / R. R. Springer, M. S. Beerli, K. Koifman [et al.] // *Rom. J. Psychopharma.* – 2008. – Vol. 8. – P. 1–14.
5. *Apathy in Dementia* / D. E. Clarke, R. Reekum, M. Simard [et al.] // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 2008. – Vol. 20, № 3. – P. 337–347.
6. *Behavioral Problems in Dementia: A Factor Analysis of the Neuropsychiatric Inventory* / P. Aalten, M. E. de Vugt, R. Lousberg [et al.] // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* – 2003. – Vol. 15. – P. 99–105.
7. *Bergh S. The prevalence and the course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia* / S. Bergh, G. Selbæk // *Nor. Epidemiol.* – 2012. – Vol. 22, № 2. – P. 225–232.
8. *Cerejeira J. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* / J. Cerejeira, L. Lagarto, E. B. Mukaetova-Ladinska // *Front. Neurol.* – 2012. – Vol. 3, № 3. – P. 73.
9. *Course of Neuropsychiatric Symptoms in Residents with Dementia in Nursing Homes Over 2-Year Period* / R. B. Wetzels, S. U. Zuidema, J. F. M. Jonghe [et al.] // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 18, № 12. – P. 1054–1065.
10. *Cummings J. L. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients* / J. L. Cummings // *Neurology.* – 1997. – Vol. 48. – P. S10–S16.
11. *Dementia: a public health priority* [Electronic resource] / WHO. – 2012. – 112 p. – Access mode : http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en. – Title from screen.
12. *Dementia: Fact sheet* / WHO. – 2016. – Access mode : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/> – Title from screen.
13. *Desai A. K. Recognition and Management of Behavioral Disturbances in Dementia* / A. K. Desai, G. T. Grossberg // *J. Clin. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 3, № 3. – P. 93–109.
14. *Folstein M. F. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician* / M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh // *J. Psychiatr. Res.* – 1975. – Vol. 12, № 3. – P. 189–198.
15. *George M. Association between Apathy and Caregiver Burden in Amnesic Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease* / M. George // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 2013. – Vol. 84, № 9. – P. 14–15.
16. *Kales H. C. Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel* / H. C. Kales, L. N. Gitlin, C. G. Lyketsos // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2014. – Vol. 62, № 4. – P. 762–769.
17. *Landes A. M. Prevalence of Apathy, Dysphoria, and Depression in Relation to Dementia Severity in Alzheimer's Disease* / A. M. Landes, S. D. Sperry, M. E. Strauss // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 2005. – Vol. 17, № 3. – P. 342–349.
18. *Mapping scores onto stages: mini-mental state examination and clinical dementia rating* / R. Perneczky, S. Wagenpfeil, K. Komossa [et al.] // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 14, № 2. – P. 139–144.
19. *Neuropsychiatric Symptoms as Predictors of Progression to Severe Alzheimer's Dementia and Death: The Cache County Dementia Progression Study* / M. E. Peters, S. Schwartz, D. Han [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2015. – Vol. 172, № 5. – P. 460–465.
20. *Porsteinsson A. P. Neuropsychiatric Symptoms in Dementia: A Cause or Consequence?* / A. P. Porsteinsson, I. M. Antonsdottir // *Am. J. Psychiatry.* – 2015. – Vol. 172, № 5. – P. 410–411.
21. *Reports by caregivers of behavioral and psychological symptoms of dementia* / F. A. Carvalho Valen, R. Guarnieri, M. Liboni [et al.] // *Dement. Neuropsychol.* – 2007. – Vol. 1. – P. 97–103.
22. *The association between caregiver distress and individual neuropsychiatric symptoms of dementia* / A. Truzzi, L. Valente, E. Engelhardt, J. Laks // *Dement. Neuropsychol.* – 2013. – Vol. 7, № 3. – P. 286–291.
23. *The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period* / G. Selbaek, K. Engedal, J. S. Benth, S. Bergh // *Int. Psychogeriatr.* – 2014. – Vol. 26, № 1. – P. 81–91.

24. World Alzheimer's Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. – Access mode : <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.09.2016 р.

Сравнение нейропсихиатрических нарушений у амбулаторных и стационарных пациентов с деменцией в Украине

Comparison of neuropsychiatric disturbances in outpatients and inpatients dementia in Ukraine

О.М. Мышакивская

О.М. Myshakivska

КУ «Львовская областная клиническая психиатрическая больница», г. Львов, Украина

Lviv Regional Clinical Psychiatric Hospital, Lviv, Ukraine

Цель – представить результаты 6-месячного наблюдения за пациентами с деменцией, которые находились в амбулаторных условиях и медико-социальных учреждениях; изучить динамику нейропсихиатрических симптомов и их влияние на дистресс ухаживающего.

Purpose – to present results supervision during the 6-month period of inpatients, living in long-term care and outpatients with dementia; to study dynamic of neuropsychiatric symptoms and their influence on the caregiver's distress.

Материалы и методы. Проведены отбор и обследование 99 пациентов, проживающих в обычной социальной среде, и 99 пациентов, которые длительно находились в медико-социальных учреждениях. Трижды проведен психиатрический осмотр (первичный осмотр, через 3 и 6 месяцев). С помощью MMSE определены когнитивные нарушения и степень тяжести деменции. Нейропсихиатрические симптомы и дистресс ухаживающего оценены по шкале NPI (версии из 12 пунктов).

Materials and methods. 99 patients living in community and 99 patients living in long-term care facilities were examined three times (first examination, 3rd month and 6th month). Mini-Mental State Examination scores were used to detect cognitive impairment and dementia severity. Neuropsychiatric symptoms and caregiver's distress were evaluated using Neuropsychiatric Inventory scale.

Результаты. В амбулаторной группе пациентов преобладали бред и галлюцинации, в стационарной – апатия/безразличие, тревога, аномальная двигательная активность и расстройства сна и поведения ночью. Общим для обеих групп было усиление апатии/безразличия. Клинически значимым отличием между группами стало то, что в амбулаторной группе в течение периода наблюдения снижалась выраженность нейропсихиатрических симптомов и дистресс ухаживающего, в отличие от стационарной группы, где выраженность симптомов и дистресс ухаживающих с каждым последующим осмотром усиливался. В амбулаторной группе преобладали пациенты с деменцией средней степени, в стационарной – с деменцией тяжелой степени.

Results. The prevalence rates for delusions and hallucinations were observed in outpatient group. In inpatient group dominated the symptoms of apathy/indifference, anxiety, aberrant motor behavior and sleep and night-time behaviour disorders. A common feature for both groups was the strengthening of apathy/indifference. Clinically significant difference between the groups was the fact that during the observation period in outpatient group decreased severity of neuropsychiatric symptoms and distress of carers, unlike in inpatient group where the severity of symptoms and carers distress strengthened with every next examination. In outpatient group prevailed patients with moderate dementia, in inpatient group – with severe.

Выводы. В амбулаторной и стационарной группах в течение периода наблюдения проводилась клинически значимая редукция психотических и аффективных симптомов, нарушений сна, ажитации. В обеих группах наблюдалось значимое усиление апатии/безразличия, с каждым последующим осмотром прогрессировали когнитивные нарушения.

Conclusions. The clinically significant reduction of psychotic and affective symptoms, sleep disturbances, agitation was in the outpatient group and inpatient group during the study. Both groups experienced significant increasing rates of apathy / indifference, cognitive impairment progressed with every next examination.

Ключевые слова: деменция, нейропсихиатрические симптомы, амбулаторные пациенты, стационарные пациенты.

Key words: dementia, neuropsychiatric symptoms, outpatients, inpatients.

Відомості про автора

Мишаківська Ольга Михайлівна – лікар-психіатр КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня»; вул. Кульпарківська, 95, м. Львів, 79021, Україна.

УДК 616.1-006-055.2(477.62)

Г.К. Северин¹, Д.А. Судья², Д.А. Черная², В.Г. Слабкий³

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

¹Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького
Министерства здравоохранения Украины, г. Краматорск, Украина²Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина³ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины»,
г. Киев, Украина

Цель – изучить и проанализировать уровни заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований половой сферы среди женского населения Донецкой области в 2014 г.

Материалы и методы. В работе использован статистический метод (данные статистической отчетности за 2014 г.), метод структурно-логического анализа, а также библиосемантический.

Результаты. Удельный вес женщин репродуктивного возраста, заболевших на злокачественное новообразование женской половой сферы, составляет 21,9%, а лиц в возрасте 50 лет и старше – 78,1%. Первое место среди злокачественных новообразований женской половой сферы у женщин фертильного возраста занимает рак шейки матки (44,6%), второе – яичников (23,1%), третье – тела матки (19,0%), в то время как у лиц 50 лет и старше соответствующие места распределились следующим образом: рак тела матки (49,6%), яичников (25,5%), шейки матки (19,6%). В 2014 г. от злокачественных новообразований женских половых органов умерли 17,0% среди всех зарегистрированных случаев смертей от злокачественных новообразований у женщин всех возрастных групп. Удельный вес умерших от рака шейки матки составил 5,2% из числа умерших от всех злокачественных новообразований, от рака тела матки – 5,3%, рака яичников – 6,6%.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о недостаточном уровне профилактических мероприятий среди женского населения по предупреждению онкологической заболеваемости половых органов среди женщин разных возрастных групп, повышению санитарной культуры населения, культуры питания и недостаточной эффективности специализированной медицинской помощи.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, женская половая сфера, заболеваемость, смертность, Донецкая область.

Введение

Рак представляет собой огромную нагрузку на общество в более и менее экономически развитых странах. Возникновение рака увеличивается из-за роста и старения населения, а также распространенности установленных факторов риска, таких как курение, избыточный вес, отсутствие физической активности, а также изменение репродуктивных моделей, связанных с урбанизацией и экономическим развитием. По оценкам GLOBOCAN, в 2012 г. во всем мире зафиксировано около 14,1 млн новых случаев рака и 8,2 млн случаев смерти. На протяжении многих лет бремя переключилось на менее развитые страны, на которые в настоящее время приходится около 57% случаев заболеваний и 65% всех случаев смерти от рака во всем мире. Ежегодно в мире регистрируется 12,7 млн новых случаев рака, из них более 1 млн приходится на заболевания женской половой сферы [1].

Злокачественные опухоли женских половых органов занимают особое место в клинической онкологии: они являются наиболее часто встречающимися

злокачественными новообразованиями у женщин [2].

Необходимо учитывать то, что смертность женщин от злокачественных новообразований (ЗН) имеет исключительно важное значение, поскольку именно женщины являются воспроизводителями населения и, к сожалению, большинство из них умирает в репродуктивном возрасте [3].

Наши предыдущие исследования показали, что среди ЗН существенное место занимают заболевания женской половой сферы [4].

Цель работы – изучить и проанализировать уровни заболеваемости и смертности от ЗН половой сферы женского населения Донецкой области в 2014 г.

Материалы и методы

В работе использованы следующие методы: статистический – данные статистической отчетности за 2014 г. информационно-аналитического центра медицинской статистики департамента здравоохранения Донецкой облгосадминистрации [5]; структурно-логического анализа; библиосемантический.

Результаты исследования и их обсуждение

К ЗН женской половой сферы относятся: рак тела матки, рак шейки матки, рак вульвы, рак влагалища и рак яичников. Нами изучены количественные показатели зарегистрированных случаев (рис. 1).

Как видно из рис. 1, наибольший удельный вес ЗН женской половой сферы приходится на рак тела матки (44%), на втором месте – рак шейки матки (28%), на третьем – рак яичников (25%). Иные локализации занимают 3%. Учитывая то, что основной массив (97%) всех случаев заболеваний ЗН женской половой сферы

занимают три нозологические единицы (рак тела, шейки матки и яичников), мы и остановились на более детальном их изучении.

Очень важным моментом является то, что среди всех случаев заболеваний ЗН у женского населения Донецкой области в 2014 г. среди всех локализаций рак женской половой сферы составляет 21,9%.

Следующим этапом стало изучение распределения случаев заболеваний злокачественными новообразованиями женской половой сферы по возрастным группам с интервалом в 5 лет (рис. 2).

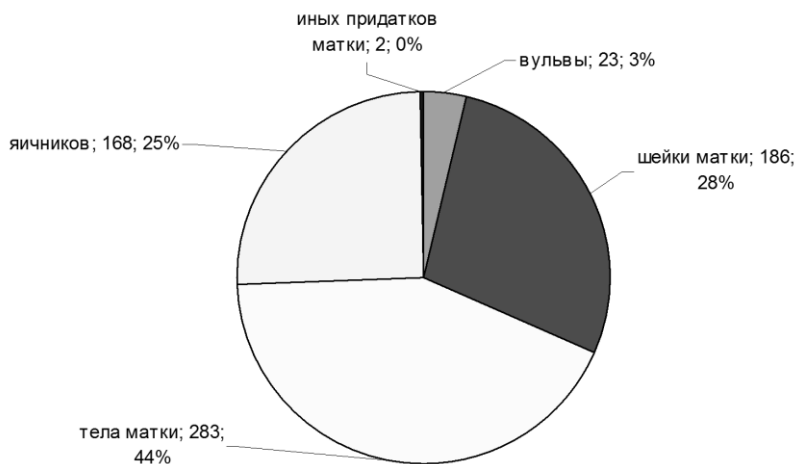


Рис. 1. Распределение случаев злокачественных новообразований половой сферы среди женского населения Донецкой области в 2014 г. (%)

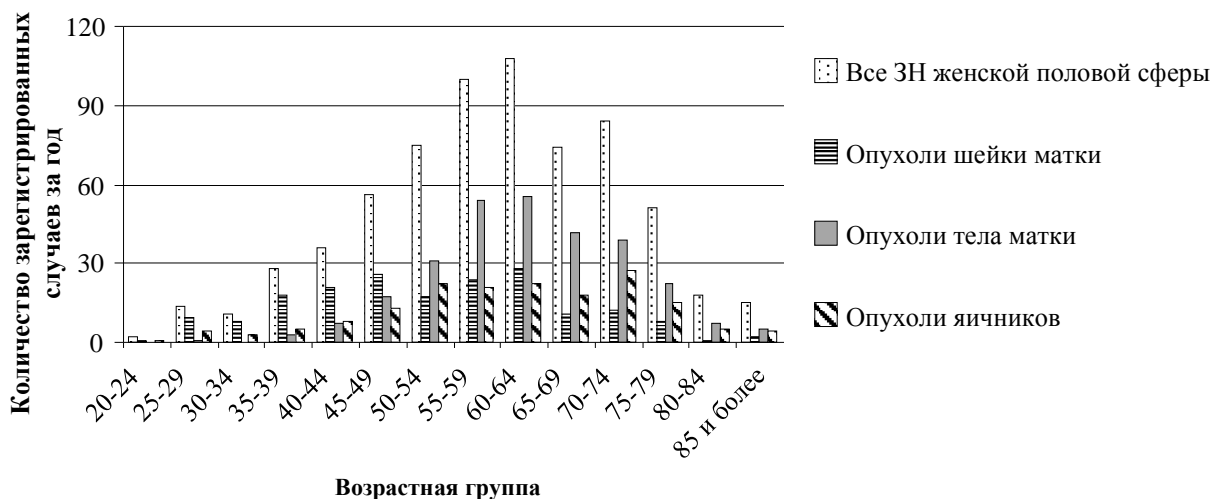


Рис. 2. Распределение случаев злокачественных новообразований половой сферы среди женского населения Донецкой области в 2014 г. по возрастным группам

Как видно из рис. 2, самый высокий показатель поражения всех злокачественных новообразований половой сферы женщин приходится на возрастную группу 60–64 года. На втором месте этот показатель отмечается в группы лиц 55–59 лет. Третье место – у женщин 70–74-летнего возраста. Результаты

исследования показывают, что ЗН тела матки существенно увеличиваются с началом менопаузы и достигают своего максимума в возрастной группе 60–64 года. Несмотря на то, что ЗН шейки матки относятся к визуальным формам рака, количество зарегистрированных случаев (почти в 2 раза чаще по

сравнению с предыдущей возрастной группой) наблюдается уже в возрастной группе 35–39 лет и достигает пика в возрастной группе 60–64-летних женщин, что свидетельствует о недостаточной профилактической работе на уровне первичного звена лечебно-профилактических учреждений области.

Приведенные данные позволяют констатировать, что удельный вес женщин репродуктивного возраста (до 49 лет), заболевших на злокачественное новообразование женской половой сферы, составляет 21,9%, а лиц в возрасте 50 лет и старше – 78,1%. Первое место среди ЗН женской половой сферы у женщин фертильного возраста занимает рак шейки матки (44,6%), второе – яичников (23,1%), третье – тела матки (19,0%), в то время как у лиц 50 лет и старше соответствующие места распределились следующим образом: рак тела матки (49,6%), рак яичников (25,5%) и рак шейки матки (19,6%).

Не менее важным является изучение показателей смертности от этих недугов. Так, в 2014 г. от ЗН женских половых органов умерли 17,0% среди всех зарегистрированных случаев смертей от ЗН у женщин всех возрастных групп. Удельный вес умерших от рака шейки матки составил 5,2% от числа умерших от всех ЗН,

рак тела матки – 5,3%, рак яичников – 6,6%.

Выводы

Полученные данные тесно переплетаются с данными других авторов и свидетельствуют о недостаточном уровне профилактических мероприятий среди женского населения по предупреждению онкологической заболеваемости половых органов среди женщин разных возрастных групп, повышения санитарной культуры населения, культуры питания.

Перспективы дальнейших исследований

Не менее важным является проведение своевременных профилактических осмотров пациенток с целью выявления факторов риска, способствующих появлению онкологического процесса, качественно проводить первичную и вторичную профилактику раковых заболеваний среди женского населения, а при обнаружении очагов онкологического процесса своевременно и качественно оказывать адекватную медицинскую помощь.

Литература

1. *Lindsey A. Torre, Freddie Bray, Rebecca L. Siegel, Jacques Ferlay, Joannie Lortet-Tieulent and Ahmedin Jemal Global cancer statistics, 2012 // CA: A Cancer Journal for Clinicians. – 2015. – Vol. 65, Issue 2. – P. 87–108.*
2. *Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы / Е. М. Аксель // Онкогинекология. – 2012. – № 1. – С. 18–23.*
3. *Організація проведення скринінгу шийки матки в Україні / Н. Г. Гойда, Н. Г. Жилка, Г. О. Слабкий, Л. І. Воробйова. – Київ, 2007. – 23 с.*
4. *Северин Г. К. Смертність жінок Донецької області від злоякісних новоутворень / Г. К. Северин // Здоровье женщины. – 2013. – № 9 (85). – С. 162–164.*
5. *Показатели деятельности учреждений здравоохранения, находящихся на территориях, подконтрольных Украине за 2014 год (статистические материалы). – Донецк, 2015.*

Дата поступления рукописи в редакцию: 14.08.2016 г.

**Онкологічна патологія статевої сфери
у жінок Донецької області**

*Г.К. Северин¹, Д.О. Судья²,
Д.О. Чорна², В.Г. Слабкий³*

¹Донецький національний медичний університет
імені М. Горького Міністерства охорони
здоров'я України, м. Краматорськ, Україна

²Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

³ДУ «Український інститут стратегічних досліджень
Міністерства охорони здоров'я України»,
м. Київ, Україна

Мета – вивчити й проаналізувати рівні захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень статевої сфери серед жіночого населення Донецької області у 2014 р.

Матеріали та методи. У роботі використано статистичний метод (дані статистичної звітності за 2014 р.), метод структурно-логічного аналізу, а також бібліосемантичний.

Результати. Питома вага жінок репродуктивного віку, захворілих на злоякісне новоутворення жіночої статевої сфери, становить 21,9%, а осіб віком 50 років і старше – 78,1%. Перше місце серед злоякісних новоутворень жіночої статевої сфери у жінок фертильного віку займає рак шийки матки (44,6%), друге – яєчників (23,1%), третє – тіла матки (19,0%), тоді як в осіб 50 років і старше відповідні місця розподілилися таким чином: рак тіла матки (49,6%), яєчників (25,5%), шийки матки (19,6%). У 2014 р. від злоякісних новоутворень жіночих статевих органів померли 17,0% серед усіх зареєстрованих випадків смертей від злоякісних новоутворень у жінок усіх вікових груп. Питома вага померлих від раку шийки матки дорівнювала 5,2% з числа померлих від усіх злоякісних новоутворень, від раку тіла матки – 5,3%, від раку яєчників – 6,6%.

Висновки. Отримані дані свідчать про недостатній рівень профілактичних заходів серед жіночого населення щодо попередження онкологічної захворюваності статевих органів серед жінок різних вікових груп, підвищення санітарної культури населення, культури харчування і недостатньої ефективності спеціалізованої медичної допомоги.

Ключові слова: злоякісні новоутворення, жіноча статеві сфера, захворюваність, смертність, Донецька область.

**Oncologic pathology of the sexual sphere
in women of Donetsk region**

*G.K. Severin¹, D.A. Sudya²,
D.A. Chernaya², V.G. Slabkiy³*

¹Donetsk National Medical University
named after M.Gorky of MHC of Ukraine, Donetsk, Ukraine

²Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

³PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches
of MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to study and analyze the morbidity and mortality from malignant neoplasms of the female reproductive organs among the population of Donetsk region in 2014.

Materials and methods. We used a statistical method (statistical reporting data for 2014), structural and logical method of analysis, and bibliosemantical.

Results. The proportion of women of reproductive age who were ill on malignant neoplasm of female genitalia, is 21.9%, and those aged 50 years and older – 78.1%. The first place among malignant tumors of the female genital system in women of childbearing age take cervical cancer (44.6%), the second – the ovaries (23.1%), third – the body of the uterus (19.0%), while in patients 50 years and over the appropriate places were distributed as follows: uterine cancer (49.6%), ovary (25.5%), cervical (19.6%). In 2014, malignant neoplasms of female genital mutilation had died 17.0% of all reported cases of deaths from cancer in women of all age groups. The proportion of deaths from cervical cancer was 5.2% of the number of deaths from all malignant tumors of the uterine body cancer – 5.3% of ovarian cancer – 6.6%.

Conclusions. The findings suggest that insufficient preventive measures among the female population on the prevention of cancer incidence among women of reproductive organs of different age groups, improving health culture of the population, food culture and the lack of effectiveness of specialized medical care.

Key words: cancer, female reproductive organs, morbidity, mortality, Donetsk region.

Ведомости про авторів

Северин Григорій Константинович – к.мед.н., доц., доцент кафедри організації вищого образования, управління охороною здоров'я и гигиени Донецького національного медичного університета ім. М. Горького Міністерства здравоохранення України; бульвар Машиностроителей, 39, 2-й корпус Донбасской государственной машиностроительной академии, г. Краматорск, Донецкая обл., 84331, Україна.

Судья Дани Александрович – студент VI курсу медичного факультета Одеського національного медичного університета; переулк Валиховский, 2, г. Одесса, 65082, Україна.

Черная Дария Александровна – студентка VI курсу медичного факультета Одеського національного медичного університета; переулк Валиховский, 2, г. Одесса, 65082, Україна.

Слабкий Василий Геннадиевич – младший научный сотрудник ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины»; переулк Волго-Донский, 3, г. Киев, 02099, Україна.

УДК 614.2:312.6(477)

С.В. Дудник, І.І. Кошеля

ТЕНДЕНЦІЇ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета – вивчити та проаналізувати тенденції стану здоров'я населення України (показники поширеності хвороб і захворюваності населення) в регіональному аспекті та залежно від місця проживання (міста та сільська місцевість).

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження слугували дані галузевої статистичної звітності за 2011–2015 рр. Основним методом дослідження став статистичний.

Результати та висновки. Рівень первинної захворюваності в цілому по Україні у 2015 р. порівняно з 2011 р. знизився за всіма основними класами хвороб. При цьому у 2015 р. відносно 2011 р. в 11 областях спостерігалася тенденція до поступового зниження рівня захворюваності, у 6 областях – до зростання показників первинної захворюваності; щодо 2014 р. у 14 областях реєструвалося зростання рівня первинної захворюваності. Аналіз динаміки показників поширеності захворювань серед населення України у 2015 р. щодо 2011 р. показав зниження рівня поширеності хвороб, як загального (на 8,55%), так і за всіма основними класами захворювань, крім класу природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій; щодо 2014 р. відбулося зростання рівня поширеності хвороб (на 0,57%). У зазначений період спостерігалися відмінності в показниках поширеності хвороб і захворюваності населення сільської та міської місцевості: загальноукраїнський рівень поширеності хвороб і первинної захворюваності серед міського населення був вищим, ніж серед сільського населення, на 9,2% і 16,6% відповідно.

Ключові слова: населення України, захворюваність населення, поширеність хвороб, регіональний аспект, міста, сільська місцевість, динаміка.

Вступ

Стан здоров'я населення є одним із соціальних індикаторів суспільного прогресу, потенціалом економічного зростання та безпеки держави і посідає чільне місце в системі цінностей будь-якої цивілізованої країни [1, 6]. На стан здоров'я населення впливає низка соціально-економічних, екологічних, біологічних та інших детермінант [5, 14]. Тому вирішення проблеми поліпшення здоров'я населення має бути міжсекторальним [3].

Тенденції захворюваності та поширеності хвороб серед населення є однією з важливих складових стратегічного планування державної політики в охороні здоров'я [4].

Відповідно до прийнятих Організацією Об'єднаних Націй Цілей розвитку тисячоліття, майже всі цілі сталого розвитку безпосередньо пов'язані зі здоров'ям або непрямо сприяють поліпшенню здоров'я і відображають новий акцент дії на неінфекційні захворювання і забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я [2].

Мета роботи – вивчити та проаналізувати тенденції стану здоров'я населення України (показники поширеності хвороб і захворюваності населення) у регіональному аспекті та залежно від місця проживання (міста та сільська місцевість).

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували дані галузевої статистичної звітності за період 2011–2015 рр. Основним методом дослідження став статистичний.

Слід зазначити, що у зв'язку з тимчасовою окупацією АР Крим та м. Севастополь, а також проведенням антитерористичної операції на території Луганської та Донецької областей дані з вищенаведених регіонів наразі або відсутні (АР Крим, м. Севастополь), або неповні за певний проміжок часу (Луганська та Донецька область), тому не можуть бути використані для порівняння та аналізу в динаміці за останні роки.

Результати дослідження та їх обговорення

Отримані в ході дослідження результати засвідчили, що у 2015 р. щодо 2014 р. відбулося зростання рівня поширеності хвороб серед населення України (на 0,57%; 170128,0 на 100 тис. населення у 2014 р. та 171096,7 на 100 тис. населення у 2015 р.). Первинна захворюваність практично залишилась на рівні минулого року і становила 62651,3 на 100 тис. населення, тоді як протягом 2011–2014 рр. спостерігалася тенденція до зниження рівнів поширеності хвороб і захворюваності населення України (табл. 1).

Таблиця 1

Показники поширеності хвороб і захворюваності населення України в динаміці за 2011–2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Показник	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2015
Поширеність хвороб	187 089,0	185 462,7	185 650,9	170 128,0	171 096,7
Захворюваність населення	71 013,7	68 558,1	68 376,9	62 654,2	62 651,3

У структурі поширеності захворювань за класами хвороб серед населення України в 2015 р. перше місце посіли хвороби системи кровообігу (31,0%; 52956,9 на 100 тис. відповідного населення); друге – хвороби органів дихання (19,8%; 33952,9); третє – хвороби органів

травлення (9,9%; 16998,1); четверте – хвороби сечостатевої системи (5,5%; 9382,3); п'яте – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,4%; 9301,8), (рис. 1).

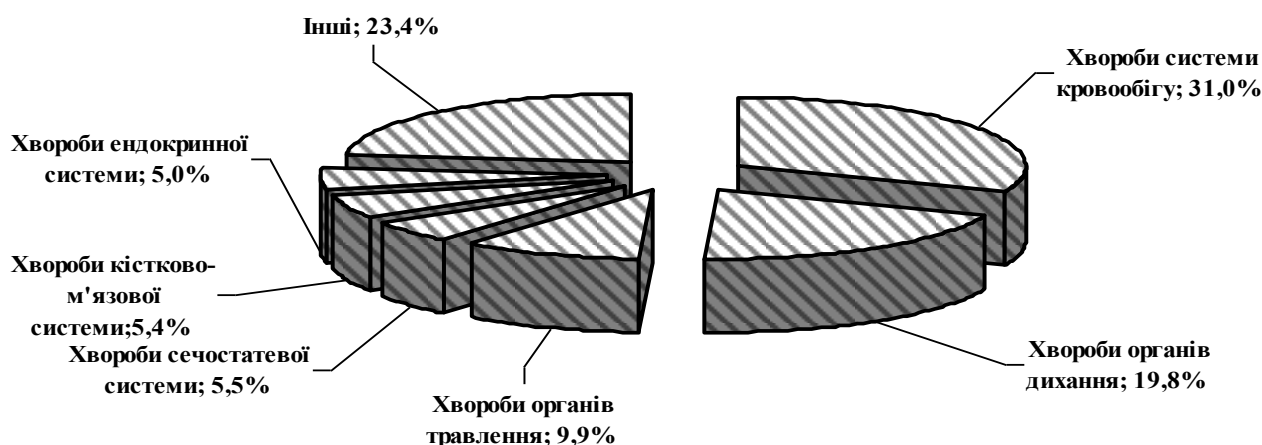


Рис. 1. Структура поширеності хвороб серед населення України за класами хвороб у 2015 р. (%)

Протягом 2011–2015 рр. у структурі поширеності хвороб відзначалося зростання питомої ваги таких класів: новоутворень (з 2,2% у 2011 р. до 2,4% у 2015 р.); ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин (з 4,6% до 5,0% відповідно); хвороб нервової системи (з 2,6% до 2,7%); хвороб органів травлення (з 9,6% до 9,9%); хвороб сечостатевої системи

(з 5,4% до 5,5%), (табл. 2).

Аналіз динаміки показників поширеності захворювань серед населення України у 2015 р. щодо 2011 р. показав їх зниження, як загальне (на 8,55%), так і за всіма основними класами захворювань, крім природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій.

Таблиця 2

Показники та структура поширеності хвороб серед населення України за основними класами хвороб у динаміці за 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. усього населення)

Клас хвороб	2011	%	2014	%	2015	%
Усі хвороби, у т.ч.:	187089,0	100	170128,0	100	171096,7	100
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4174,3	2,2	3427,3	2,0	3347,6	2,0
новоутворення	4159,4	2,2	3965,2	2,3	4085,8	2,4
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1757,2	0,9	1588,6	0,9	1578,4	0,9
ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	8541,0	4,6	8342,3	4,9	8497,3	5,0
розлади психіки та поведінки	4649,1	2,5	3996,4	2,4	3989,9	2,3
хвороби нервової системи	4898,5	2,6	4632,2	2,7	4667,3	2,7
хвороби ока та його придаткового апарату	9246,3	4,9	8372,7	4,9	8374,7	4,9

Продовження таблиці 2

хвороби вуха та соскоподібного відростка	3502,1	1,9	3120,1	1,8	3130,9	1,8
хвороби системи кровообігу	57967,2	31,0	52718,8	31,0	52956,9	31,0
хвороби органів дихання	37602,0	20,1	33696,5	19,8	33952,9	19,8
хвороби органів травлення	18025,3	9,6	16890,0	9,9	16998,1	9,9
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4918,1	2,6	4427,6	2,6	4452,1	2,6
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	10068,6	5,4	9201,1	5,4	9301,8	5,4
хвороби сечостатевої системи	10074,9	5,4	9282,1	5,5	9382,3	5,5
природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	670,0	0,4	657,5	0,4	679,2	0,4
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4985,3	2,7	4276,0	2,5	4240,8	2,5

У 2015 р. порівняно з 2014 р. відбулося підвищення рівня поширеності хвороб за більшістю класів, за винятком: деяких інфекційних та паразитарних хвороб; хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму; розладів психіки та поведінки. Найбільше зростання показників поширеності захворювань у 2015 р. щодо 2014 р. спостерігалось за такими класами: природженими вадами розвитку, деформаціями та хромосомними аномаліями

(на 3,3%; 4276,0 на 100 тис. відповідного населення у 2014 р. і 4240,8 на 100 тис. відповідного населення у 2015 р.); новоутвореннями (на 3,04%; 3965,2 і 4085,8 відповідно); ендокринними хворобами, розладами харчування та порушеннями обміну речовин (на 1,86%; 8342,3 і 8497,3 відповідно); хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини (на 1,09%; 9201,1 і 9301,8); хворобами сечостатевої системи (на 1,08%; 9282,1 і 9382,3 відповідно), (табл. 3).

Таблиця 3

Показники поширеності захворювань серед населення України за основними класами хвороб у динаміці за 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. усього населення)

Клас хвороб	Рік				
	2011	2014	2015	2015/ 2011	2015/ 2014
Усі хвороби, у т.ч.:	187089,0	170128,0	171096,7	-8,55	0,57
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4174,3	3427,3	3347,6	-19,80	-2,33
новоутворення	4159,4	3965,2	4085,8	-1,77	3,04
хвороби крові й кровотворних органів та окремих порушення із залученням імунного механізму	1757,2	1588,6	1578,4	-10,18	-0,64
ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	8541,0	8342,3	8497,3	-0,51	1,86
розлади психіки та поведінки	4649,1	3996,4	3989,9	-14,18	-0,16
хвороби нервової системи	4898,5	4632,2	4667,3	-4,72	0,76
хвороби ока та його придаткового апарату	9246,3	8372,7	8374,7	-9,43	0,02
хвороби вуха та соскоподібного відростка	3502,1	3120,1	3130,9	-10,60	0,35
хвороби системи кровообігу	57967,2	52718,8	52956,9	-8,64	0,45
хвороби органів дихання	37602,0	33696,5	33952,9	-9,70	0,76
хвороби органів травлення	18025,3	16890,0	16998,1	-5,70	0,64
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4918,1	4427,6	4452,1	-9,48	0,55
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	10068,6	9201,1	9301,8	-7,62	1,09
хвороби сечостатевої системи	10074,9	9282,1	9382,3	-6,87	1,08
природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	670,0	657,5	679,2	1,37	3,30
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4985,3	4276,0	4240,8	-14,93	-0,82

Протягом 2011–2015 рр. в 11 областях країни спостерігалось зростання регіонального рівня поширеності хвороб серед населення: у Дніпропетровській – на 2,32% щодо 2011 р. і на 0,91% щодо 2014 р.; у Житомирській – на 5,57% і 2,2%; у Запорізькій – на 1,48% і 1,15%; у Київській – на 1,62% і 2,59%; у Кіровоградській – на 4,19% і 2,21%; у Миколаївській – на 7,84% і 1,53%; у Рівненській – на 4,43% і 2,26%; у Сумській – на 5,6% і 2,47%; у Тернопільській – на 1,47% і 0,68%; у Хмельницькій – на 2,48% і 0,54%; у Чернігівській – на 3,93% і 1,82%. Зниження рівня поширеності хвороб у 2015 р., як щодо 2011 р., так і щодо 2014 р., реєструвалося на 7 адміністративних територіях (у Волинській,

Закарпатській, Львівській, Одеській, Харківській, Черкаській областях і м. Києві). Підвищення рівня поширеності захворювань порівняно з 2014 р. відбулося в 6 областях (у Вінницькій, Полтавській, Донецькій, Луганській, Херсонській, Чернівецькій). Нижчий за загальноукраїнський показник поширеності захворювань спостерігався лише в 6 областях (у Закарпатській, Запорізькій, Донецькій, Луганській, Львівській, Сумській). Найвищі рівні поширеності хвороб серед населення були у м. Київ (233231,8 на 100 тис. населення), Дніпропетровській (217822,9), Київській (206674,2), Вінницькій (205917,5) і Чернігівській (204724,2) областях (табл. 4).

Таблиця 4

Регіональні показники поширеності хвороб серед населення України в динаміці за 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Динаміка (%)	
	2011	2014	2015	2015/2011	2015/2014
Україна	187089,0	170128,0	171096,7	-8,55	0,57
<i>Область</i>					
Вінницька	221403,4	205295,4	205917,5	-6,99	0,30
Волинська	183399,1	177141,3	176475,8	-3,77	-0,38
Дніпропетровська	212892,1	215862,2	217822,9	2,32	0,91
Донецька	182340,5	74577,6	163055,8	-10,58	118,64
Житомирська	167815,2	173350,2	177168,7	5,57	2,20
Закарпатська	167584,9	159324,8	158506,1	-5,42	-0,51
Запорізька	148791,7	149271,0	150989,4	1,48	1,15
Івано-Франківська	191797,5	192505,9	191926,7	0,07	-0,30
Київська	203375,7	201450,8	206674,2	1,62	2,59
Кіровоградська	173167,2	176513,7	180417,9	4,19	2,21
Луганська	157419,3	44113,1	138309,5	-12,14	213,53
Львівська	173054,4	170201,5	170186,6	-1,66	-0,01
Миколаївська	171302,5	181956,7	184738,8	7,84	1,53
Одеська	193061,1	188709,3	186483,0	-3,41	-1,18
Полтавська	184840,4	180193,2	182469,9	-1,28	1,26
Рівненська	182716,3	186591,1	190806,2	4,43	2,26
Сумська	158130,9	162957,6	166989,6	5,60	2,47
Тернопільська	181614,2	183041,7	184280,9	1,47	0,68
Харківська	204064,4	193870,8	193423,9	-5,21	-0,23
Херсонська	176613,0	171888,4	174576,0	-1,15	1,56
Хмельницька	184080,2	187634,1	188651,2	2,48	0,54
Черкаська	205195,2	188344,4	184023,9	-10,32	-2,29
Чернівецька	182367,0	179573,8	179861,9	-1,37	0,16
Чернігівська	196985,6	201059,6	204724,2	3,93	1,82
м. Київ	240616,6	235698,5	233231,8	-3,07	-1,05

У структурі захворюваності населення України у 2015 р. переважали хвороби органів дихання (44,3%), на відміну від структури поширеності хвороб, де першість належала хворобам системи кровообігу; друге місце в структурі захворюваності посіли хвороби системи

кровообігу (6,9%), третє – хвороби сечостатевої системи (6,6%), четверте – травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (6,3%), п'яте – хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,8%), (рис. 2).

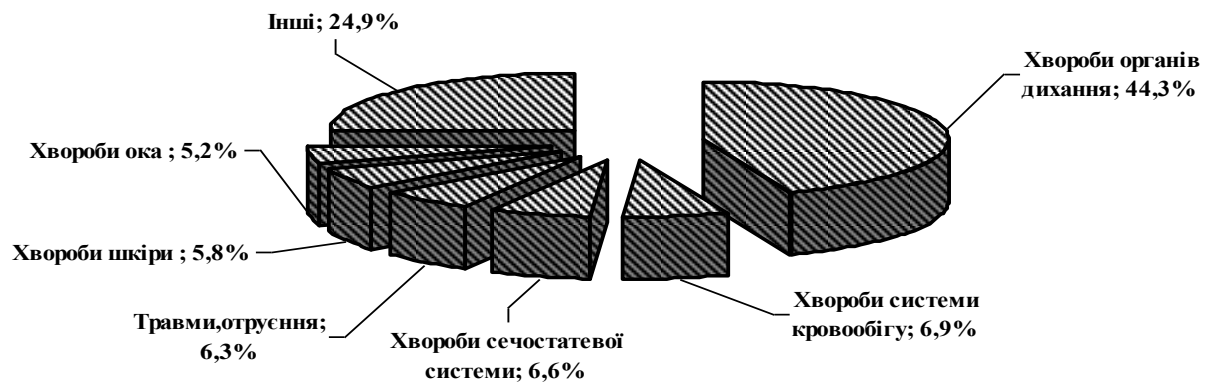


Рис. 2. Структура захворюваності населення України за класами хвороб у 2015 р. (%)

Протягом 2011–2015 рр. у структурі первинної захворюваності спостерігалось збільшення частки таких класів: новоутворень – з 1,3% у 2011 р. до 1,4% у 2015 р., хвороб нервової системи – з 2,3% до 2,4% відповідно; хвороб ока та його придаткового апарату – з 5,1% до 5,2%; хвороб органів дихання – з 43,7% до 44,3%; хвороб органів травлення – з 4,0% до 4,3%; хвороб шкіри та підшкірної клітковини – з 5,8% до 5,9%; хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини – з 4,6% до 4,7%; хвороб сечостатевої системи – з 6,5% до 6,6%.

Аналіз рівня захворюваності населення України показав, що у 2015 р. відносно 2014 р. відбулось його зростання за 10 класами хвороб (новоутвореннями – на 1,29%; розладами психіки та поведінки – на 0,06%; хворобами нервової системи – на 0,57%; хворобами ока та його придаткового апарату – на 0,6%; хворобами органів дихання – на 0,53%; хворобами органів травлення – на 0,87%; хворобами шкіри та підшкірної клітковини – на 0,1%; хворобами кістково-м'язової системи та сполучної

тканини – на 0,18%; хворобами сечостатевої системи – на 1,66%; природженими вадами розвитку, деформаціями та хромосомними аномаліями – на 1,53%), однак загалом рівень первинної захворюваності в 2015 р. був нижчим порівняно з 2011 р. за всіма основними класами хвороб. Слід зазначити, що протягом 2011–2015 рр. поступово відбувалось зниження показників первинної захворюваності за 5 класами хвороб: деякими інфекційними та паразитарними хворобами (-20,49% щодо 2011 р. і -2,91% щодо 2014 р.); хворобами крові й кровотворних органів та окремими порушеннями із залученням імунного механізму (-11,99% і -0,38% відповідно); ендокринними хворобами, розладами харчування та порушеннями обміну речовин (-14,45% і -1,71%); хворобами вуха та соскоподібного відростка (-11,47% і -0,06%); хворобами системи кровообігу (-16,18% і -1,58%); травмами, отруєннями та деякими іншими наслідками дії зовнішніх чинників (-15,23% і -1,12%), (табл. 5).

Таблиця 5

Показники та структура захворюваності населення України за основними класами хвороб у динаміці за 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Клас хвороб	2011	%	2014	%	2015	%	2015/2011	2015/2014
Усі хвороби, у т.ч.:	71013,7	100	62654,2	100	62651,3	100	-11,78	0,0
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2762,7	3,9	2262,4	3,6	2 196,5	3,5	-20,49	-2,91
новоутворення	926,7	1,3	846,0	1,4	856,9	1,4	-7,53	1,29
хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	472,2	0,7	417,2	0,7	415,6	0,7	-11,99	-0,38
ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	1102,0	1,6	959,2	1,5	942,8	1,5	-14,45	-1,71
розлади психіки та поведінки	423,2	0,6	318,8	0,5	319,0	0,5	-24,62	0,06
хвороби нервової системи	1631,8	2,3	1518,1	2,4	1 526,7	2,4	-6,44	0,57
хвороби ока та його придаткового апарату	3631,2	5,1	3251,7	5,2	3 271,1	5,2	-9,92	0,60
хвороби вуха та соскоподібного відростка	2676,3	3,8	2370,8	3,8	2 369,4	3,8	-11,47	-0,06

Продовження таблиці 5

хвороби системи кровообігу	5145,2	7,3	4381,8	7,0	4 312,6	6,9	-16,18	-1,58
хвороби органів дихання	31027,9	43,7	27594,0	44,0	27741,1	44,3	-10,59	0,53
хвороби органів травлення	2871,6	4,0	2645,4	4,2	2 668,3	4,3	-7,08	0,87
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4125,9	5,8	3659,6	5,8	3 663,2	5,8	-11,21	0,10
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3266,5	4,6	2907,6	4,6	2 912,8	4,7	-10,83	0,18
хвороби сечостатевої системи	4594,8	6,5	4093,1	6,5	4 161,2	6,6	-9,44	1,66
природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	121,5	0,2	111,4	0,2	113,1	0,2	-6,91	1,53
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4684,4	6,6	4015,8	6,4	3 970,8	6,3	-15,23	-1,12

У 2015 р. у 18 областях України показники захворюваності населення були вищими за загальноукраїнський показник (62651,3 на 100 тис. населення). Найвищий рівень захворюваності спостерігався у м. Київ (86556,4 на 100 тис. населення), Івано-Франківській (86093,0) та Дніпропетровській (85206,1) областях. Нижчий за загальноукраїнський рівень захворюваності реєструвався у 7 областях України: у Донецькій (51069,9 на 100 тис. населення), Закарпатській (60515,1), Запорізькій (58577,9), Луганській (42779,4), Полтавській (54963,1), Сумській (51629,3) і Херсонській (55021,7) областях.

У 2015 р. щодо 2011 р. в 11 областях

спостерігалася тенденція до поступового зниження рівня захворюваності (у Вінницькій, Волинській, Івано-Франківській, Львівській, Одеській, Полтавській, Харківській, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій областях та м. Київ); у 6 областях – зростання показників первинної захворюваності (у Дніпропетровській – на 1,15% щодо 2011 р. і на 0,01% щодо 2014 р.; у Запорізькій – на 0,15% і 1,52% відповідно; у Кіровоградській – на 3,41% і 3,78%; у Миколаївській – на 3,56% і 0,98%; у Сумській – на 0,53% і 3,39%; у Чернігівській – на 0,11% і 1,92%); порівняно з 2014 р. у 14 областях відбулося зростання рівня первинної захворюваності (табл. 6).

Таблиця 6

Регіональні показники захворюваності населення України в динаміці за 2011, 2014, 2015 рр. (на 100 тис. населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Динаміка (%)	
	2011	2014	2015	2015/2011	2015/2014
<i>Україна</i>	71013,7	62654,2	62651,3	-11,78	0,0
<i>Область</i>					
Вінницька	82266,4	71172,4	70482,8	-14,32	-0,97
Волинська	73804,2	70010,2	69585,4	-5,72	-0,61
Дніпропетровська	84240,4	85195,3	85206,1	1,15	0,01
Донецька	63314,5	23685,3	51069,9	-19,34	115,62
Житомирська	63363,5	61579,0	63218,0	-0,23	2,66
Закарпатська	63937,9	60007,7	60515,1	-5,35	0,85
Запорізька	58491,1	57702,3	58577,9	0,15	1,52
Івано-Франківська	87291,1	87142,5	86093,0	-1,37	-1,20
Київська	73942,9	70512,9	73094,4	-1,15	3,66
Кіровоградська	60593,4	60377,2	62659,6	3,41	3,78
Луганська	58786,3	14201,9	42779,4	-27,23	201,22
Львівська	83273,2	79992,0	79212,4	-4,88	-0,97
Миколаївська	62424,1	64020,0	64648,4	3,56	0,98
Одеська	73225,8	69266,0	68350,9	-6,66	-1,32
Полтавська	59190,1	55783,3	54963,1	-7,14	-1,47
Рівненська	75920,8	74506,4	75732,5	-0,25	1,65
Сумська	51356,1	49934,2	51629,3	0,53	3,39
Тернопільська	68664,3	66110,0	66846,3	-2,65	1,11

Продовження таблиці 6

Харківська	76371,2	68472,9	67399,8	-11,75	-1,57
Херсонська	63302,4	55527,9	55021,7	-13,08	-0,91
Хмельницька	65130,2	63584,9	64506,5	-0,96	1,45
Черкаська	75234,6	68581,9	65966,5	-12,32	-3,81
Чернівецька	69769,3	63644,8	63102,9	-9,55	-0,85
Чернігівська	69896,3	68655,1	69976,1	0,11	1,92
м. Київ	95130,2	88020,4	86556,4	-9,01	-1,66

Відмінності у показниках поширеності хвороб і захворюваності населення відмічалися також для сільської та міської місцевості України. Загальноукраїнський рівень поширеності хвороб та первинної захворюваності міського населення у 2015 р. був вищим, ніж сільського населення, на 9,2% і 16,6% відповідно (село: поширеність – 160961,9 на 100 тис. відповідного населення, захворюваність – 56219,5 на 100 тис. відповідного населення; місто: 175684,9 і 65563,1 відповідно). Поширеність хвороб серед сільського населення у 2015 р. порівняно з 2014 р. зросла на 0,15%, захворюваність – на 0,1%. Загальноукраїнський показник поширеності хвороб серед міського населення також зріс на 0,7%, при цьому показник захворюваності міського населення практично залишився на рівні 2014 р. (зниження на 0,04%). Слід зазначити, що у 2015 р. порівняно з 2014 р. у населення як сільської місцевості, так і міста, спостерігалось зростання показників поширеності хвороб (у 15 областях серед сільського населення та у 13 областях серед міського населення) і первинної захворюваності (у 13 областях серед сільського населення та в 11 областях серед міського

населення). До регіонів із найвищим рівнем поширеності хвороб серед сільських мешканців належали Вінницька (216906,9 на 100 тис. відповідного населення), Київська (208310,1), Івано-Франківська (181735,1), Тернопільська (181422,7) і Чернігівська (179184,7) області. Найвищі показники первинної захворюваності сільського населення відмічалися в Івано-Франківській (81134,3 на 100 тис. відповідного населення), Львівській (79671,6), Вінницькій (69266,1), Київській (67133,2) і Тернопільській (64743,4) областях. У свою чергу, до адміністративних територій із найвищими показниками поширеності хвороб серед міського населення належали м. Київ (233231,8 на 100 тис. відповідного населення), Дніпропетровська (231258,0), Чернігівська (219183,2), Рівненська (218392,3) і Київська (205660,6) області. Найвищий рівень первинної захворюваності міського населення у 2015 р. реєструвався в Івано-Франківській (92607,5 на 100 тис. відповідного населення), Дніпропетровській (92288,2), Рівненській (88880,0) областях, м. Києві (86556,4) та і Чернівецькій (83263,4) області (табл. 7).

Таблиця 7

Регіональні показники поширеності хвороб і захворюваності населення України за місцем мешкання (місто, село) в динаміці за 2014, 2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Село				Місто			
	поширеність		захворюваність		поширеність		захворюваність	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Україна	160723,4	160961,9	56183,7	56219,5	174400,0	175684,9	65593,4	65563,1
<i>Область</i>								
Вінницька	213789,2	214906,9	69980,6	69266,1	196815,8	197017,6	72362,2	71687,4
Волинська	159122,0	159362,3	58600,0	59538,1	193931,8	192363,0	80642,2	78912,7
Дніпропетровська	150071,2	149720,0	49646,6	49306,2	228881,1	231258,0	92229,7	92288,2
Донецька	73947,2	75560,7	20531,8	20148,8	74643,4	177773,8	24014,3	56271,6
Житомирська	158875,9	160260,9	50183,2	49657,6	183666,6	189150,3	69701,3	72827,5
Закарпатська	155570,3	157830,3	58985,0	60329,0	165767,5	159668,1	61762,6	60835,1
Запорізька	122022,6	121273,6	46564,7	46936,0	157456,6	159889,9	61048,1	62064,9
Івано-Франківська	183339,0	181735,1	82469,3	81134,3	204608,3	205315,9	93312,2	92607,5
Київська	203594,9	208310,1	64553,1	67133,2	200113,7	205660,6	74229,7	76787,7
Кіровоградська	157655,6	156895,9	49519,7	50635,1	187899,3	194521,6	66932,4	69869,4
Луганська	69339,1	68296,0	17673,9	17383,5	40269,6	154404,6	13672,9	49888,3
Львівська	162311,3	164918,0	78234,6	79671,6	175367,9	173627,6	81142,7	78912,5
Миколаївська	150831,3	153348,2	49299,0	50205,3	196788,0	199587,3	71034,6	71480,3
Одеська	153644,7	153322,3	54659,9	54726,0	206399,4	203233,1	76634,7	75233,0

Продовження таблиці 7

Полтавська	140036,9	149389,3	38547,9	41390,6	205676,4	203320,3	66720,8	63517,8
Рівненська	163433,0	166032,2	63966,1	63925,3	212329,9	218392,3	86221,2	88880,0
Сумська	143372,9	146185,1	36475,9	36814,5	172225,8	176720,7	56303,2	58558,8
Тернопільська	178520,9	181442,7	63138,2	64743,4	188803,5	187868,9	69897,5	69504,7
Харківська	172901,6	165527,9	54665,2	52656,3	199047,4	200263,4	71881,5	71014,6
Херсонська	145850,3	147920,0	44609,5	43810,8	188565,4	191636,7	62521,0	62197,1
Хмельницька	165834,4	169848,3	48720,8	49852,5	205102,0	203529,8	75495,4	76102,1
Черкаська	177001,0	167078,5	62875,3	57790,8	197163,8	197103,2	73018,8	72276,9
Чернівецька	154943,3	154931,5	48609,0	48212,1	213135,4	213615,2	84132,6	83263,4
Чернігівська	177734,2	179184,7	52691,5	53307,1	214478,5	219183,2	77838,8	79413,0
м. Київ	0,0	0,0	0,0	0,0	235698,5	233231,8	88020,4	86556,4

Рівень поширеності хвороб серед міського населення був вищим, ніж серед сільського, за такими класами хвороб: деякими інфекційними та паразитарними хворобами; новоутвореннями; хворобами ока та його придаткового апарату; хворобами вуха та соскоподібного відростка; хворобами органів дихання; хворобами органів травлення; хворобами шкіри та підшкірної клітковини; хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини; хворобами сечостатевої системи; природженими вадами розвитку, деформаціями та хромосомними аномаліями; травмами, отруєннями та деякими іншими наслідками дії зовнішніх чинників. Серед сільських мешканців більш поширеними були: хвороби крові й кровотворних органів; ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин; хвороби нервової системи; розлади психіки та поведінки; хвороби системи кровообігу. У 2015 р. порівняно з 2014 р. у міських мешканців зріс показник поширеності таких класів: новоутворень – на 3,7% (4440,8 на 100 тис. населення); ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин – на 1,7% (8260,9); хвороб нервової системи – на 1,3% (4636,4); хвороб системи кровообігу – на 1,03% (52202,5); хвороб органів дихання – на 0,3% (34931,2); хвороб органів травлення – на 0,7% (17881,1); хвороб шкіри та підшкірної клітковини – на 0,7% (4825,6); хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини – на 1,9% (9601,0); хвороб

сечостатевої системи – на 1,6% (10358,3); природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій – на 2,9% (706,9). У сільських жителів у 2015 р. щодо 2014 р. відмічалось зростання рівнів поширеності таких класів: новоутворень – на 0,9%; ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин – на 2,2%; розладів психіки та поведінки – на 0,3%; хвороб ока та його придаткового апарату – на 1,6%; хвороб органів дихання – на 1,7%; хвороб органів травлення – на 0,4%; природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій – на 4,3%. Рівні захворюваності сільського населення на хвороби крові, ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин, хвороби нервової системи, хвороби системи кровообігу, хвороби травлення були вищими, ніж у міських мешканців. За рештою основних класів хвороб показники захворюваності були вищими в міських мешканців. У 2015 р. порівняно з 2014 р. серед сільських мешканців зріс рівень захворюваності на такі класи: хвороби ока та його придаткового апарату; хвороби вуха та соскоподібного відростка; хвороби органів дихання; природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії; а серед міських жителів – на новоутворення; розлади психіки та поведінки; хвороби нервової системи; хвороби ока та його придаткового апарату; хвороби органів дихання; хвороби шкіри; хвороби кістково-м'язової системи; хвороби сечостатевої системи (табл. 8).

Таблиця 8

Рівні поширеності хвороб та захворюваності населення України за основними класами хвороб з урахуванням місця мешкання (місто, село) у динаміці за 2014, 2015 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Клас хвороб	Село				Місто			
	поширеність		захворюваність		поширеність		захворюваність	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2510,3	2438,5	1527,7	1470,4	3843,8	3759,2	2596,1	2525,2
Новоутворення	3270,7	3301,6	634,8	621,5	4280,7	4440,8	941,9	963,4

Продовження таблиці 8

Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1898,0	1872,1	579,4	575,0	1448,1	1445,5	343,5	343,4
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	8821,2	9019,6	1062,4	1042,2	8124,8	8260,9	912,2	897,7
Розлади психіки та поведінки	4345,3	4358,3	314,6	306,7	3837,9	3823,1	320,7	324,5
Хвороби нервової системи	4731,5	4735,4	1581,6	1567,4	4587,2	4636,4	1489,3	1508,2
Хвороби ока та його придаткового апарату	6540,2	6644,5	2817,5	2828,7	9205,0	9158,0	3448,9	3471,3
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2388,9	2406,2	1789,8	1806,0	3452,3	3459,0	2634,7	2624,4
Хвороби системи кровообігу	55033,6	54623,5	4465,3	4351,4	51667,3	52202,5	4344,0	4295,1
Хвороби органів дихання	31246,3	31792,1	25525,8	26029,5	34809,5	34931,2	28533,4	28516,0
Хвороби органів травлення	14974,6	15032,2	2753,0	2739,0	17760,1	17888,1	2596,5	2636,3
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3631,7	3627,0	2967,3	2944,7	4789,1	4825,6	3974,1	3988,5
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	8716,3	8640,8	2538,5	2490,1	9421,3	9601,0	3075,2	3104,2
Хвороби сечостатевої системи	7269,5	7226,6	3143,5	3109,8	10196,3	10358,3	4524,5	4637,2
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	592,6	618,0	81,9	82,2	687,0	706,9	124,8	127,1
Симптоми, ознаки, відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	118,7	118,8	101,5	100,2	77,1	77,0	65,2	64,5
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	3424,9	3379,4	3241,3	3182,2	4662,7	4630,7	4367,5	4327,8

Структура поширеності хвороб серед міського та сільського населення України мала однаковий розподіл перших трьох рейтингових місць та п'ятого місця: перше місце посіли хвороби системи кровообігу; друге – хвороби органів дихання; третє – хвороби органів травлення; п'яте – хвороби кістково-м'язової системи. Слід зауважити, що питома вага хвороб системи кровообігу в структурі поширеності хвороб сільського населення (33,9%) була вищою, ніж у структурі поширеності хвороб серед міського населення (29,7%). Частка хвороб органів дихання в структурах поширеності хвороб як серед жителів села, так і серед жителів міста була приблизно однаковою (19,8% і 19,9%). Хвороби органів травлення мали більшу питому вагу в структурі поширеності захворювань серед міських мешканців, яка становила 10,2%, а у сільських мешканців – 9,3%. Четверте місце в структурах поширеності хвороб у жителів міста та села посіли різні класи хвороб. Так, у сільських мешканців на четвертому місці за поширенням знаходилися ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (5,6%), у міських мешканців – хвороби сечостатевої системи (5,9%).

Структури захворюваності населення міста та села мали суттєві відмінності за розподілом рейтингових місць. Так, перше місце в обох структурах захворюваності посіли хвороби органів дихання, а п'яте – хвороби шкіри та підшкірної клітковини. Друге місце в структурі захворюваності сільського населення зайняли хвороби системи кровообігу, третє – травми та отруєння, четверте – хвороби сечостатевої системи. У структурі захворюваності міського населення друге місце посіли

хвороби сечостатевої системи, третє – хвороби системи кровообігу, четверте – травми та отруєння.

Висновки

У 2015 р. порівняно з 2011 р. знизився рівень первинної захворюваності в цілому по Україні за всіма основними класами хвороб. При цьому в 2015 р. щодо 2011 р. в 11 областях спостерігалася тенденція до поступового зниження рівня захворюваності, а в 6 областях – до зростання показників первинної захворюваності; а щодо 2014 р. у 14 областях відмічалася підвищення рівня первинної захворюваності.

Аналіз динаміки показників поширеності захворювань серед населення України у 2015 р. щодо 2011 р. показав їх зниження, як загальне (на 8,55%), так і за всіма основними класами захворювань, крім природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій; щодо 2014 р. відбулося зростання рівня поширеності хвороб (на 0,57%).

За 2011–2015 рр. спостерігалися відмінності в показниках поширеності хвороб і захворюваності населення сільської та міської місцевості. Загальноукраїнський рівень поширеності хвороб та первинної захворюваності серед міського населення був вищим, ніж серед сільського, на 9,2% і 16,6% відповідно.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням детермінант, які впливають на стан здоров'я населення України, та його окремих категорій.

Література

1. Декларация Глобальной министерской конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, г. Москва, 28–29 апреля 2011 г. – Женева : ВОЗ, 2011.
2. Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций / Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций. – Нью-Йорк : Организация Объединенных Наций, 2000 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.un.org/russian/document/declarat/summitdecl.htm>. – Название с экрана.
3. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). – 52 с.
4. Здоров'я-2020. Основи європейської політики та стратегія для XXI ст. – Копенгаген : ЄРБ ВООЗ, 2013. – 224 с.
5. Комиссия по социальным детерминантам здоровья. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоров'я : заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья. – Женева : ВОЗ, 2009 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html. – Название с экрана.
6. Реальное богатство народов : доклад о развитии человека. – Нью-Йорк : Программа развития Организации Объединенных Наций, 2010 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.un.org/ru/development/hdr/2010/hdr_2010_complete.pdf. – Название с экрана.
7. WHO. Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2013 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.euro.who.int/ru/homo>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.09.2016 р.

Тенденции состояния здоровья населения Украины**Health' state tendencies of population in Ukraine***С.В. Дудник, И.И. Кошеля**S.V. Dudnyk, I.I. Koshelia*

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

PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches
of MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Цель – изучить и проанализировать тенденции состояния здоровья населения Украины (показатели распространенности болезней и заболеваемости населения) в региональном аспекте и в зависимости от местожительства (города и сельская местность).

Материалы и методы. Материалами исследования послужили данные отраслевой статистической отчетности за 2011–2015 гг. Основным методом исследования стал статистический.

Результаты и выводы. Уровень первичной заболеваемости в целом по Украине в 2015 г. снизился в сравнении с 2011 г. по всем основным классам болезней. При этом в 2015 г. относительно 2011 г. в 11 областях наблюдалась тенденция к постепенному снижению уровня заболеваемости, в 6 областях – увеличение показателей первичной заболеваемости; относительно 2014 г. в 14 областях регистрировалось повышение уровня первичной заболеваемости. Анализ динамики показателей распространенности заболеваний среди населения Украины в 2015 г. относительно 2011 г. показал снижение уровня распространенности болезней, как общего (на 8,55%), так и по всем основным классам заболеваний, кроме врожденных пороков развития, деформаций и хромосомных аномалий; относительно 2014 г. регистрировалось повышение уровня распространенности болезней (на 0,57%). В указанный период наблюдались отличия в показателях распространенности болезней и заболеваемости населения сельской и городской местности: общеукраинский уровень распространенности болезней и первичной заболеваемости городского населения был выше, чем сельского населения, на 9,2% и 16,6% соответственно.

Ключевые слова: население Украины, заболеваемость населения, распространенность болезней, региональный аспект, города, сельская местность, динамика.

Purpose – to examine and analyze the health' state of population in Ukraine (the prevalence of diseases and morbidity of population) in the regional aspect and depending on the place of living (urban, rural).

Materials and methods. Materials for the research are based on data of sectoral statistical reporting for the period 2011–2015. The following methods were used: analytical, statistical, comparative analysis, systematic approach.

Results and conclusions. In general, in Ukraine in 2015 compared to 2011 the level of primary morbidity for all major classes of diseases has decreased. In 2015 relative to 2011 in 11 regions there was a tendency for a gradual decrease of level of morbidity, in 6 regions the indicators of primary morbidity have increased; in 2015 relative to 2014 in 14 regions the level of primary morbidity has increased. Analysis of the dynamics of the rates of prevalence of diseases among the population of Ukraine in 2015 relative to 2011 showed the decrease of level of the prevalence of diseases, the general level (8.55%) as well as of level according by the main classes of diseases, except for congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities; in 2015 relative to 2014 there was a growth of level of the prevalence of disease among the population (on 0.57%). The differences of the indicators of the prevalence of diseases and morbidity between the population of rural and urban areas have been determined: the general Ukrainian level of the prevalence of diseases and primary morbidity of urban population is higher than the rural population, on 9.2% and 16.6% respectively.

Key words: population in Ukraine, morbidity of the population, prevalence of diseases, the regional aspect, the place of living (urban, rural).

Відомості про авторів

Дудник Світлана Валеріївна – к.мед.н., вчений секретар ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Кошеля Іван Іванович – к.мед.н., пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 616.89.83+615.851

O.V. Kioseva

CHARACTERISTICS OF SATISFACTION WITH LIFE OF UNDERGRADUATE STUDENTS WITH THE ADJUSTMENT DISORDER, WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology
Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose – to analyse the relationship between sociopsychological factors of subjective well-being (satisfaction with life and happiness), hardiness, level of psychological distress, degree of development of disorder of adaptation and associated psychopathologic radicals in the cohort under investigation for early detection of adjustment disorders and addictive behaviour.

Materials and methods. This work is based on the analysis of the mental state and addictive behaviour of 1076 university students. It is presented the division by three groups using agglomerative method. Sociopsychological factors of satisfaction with life and happiness have been analyzed. Research methods: informational and analytical methods, clinic-anamnestic methods, social and demographic methods, clinical and psychopathological method, psychodiagnostic methods, mathematical-statistical methods.

Results. It was found that 879 (80.9%) of junior students tend to use psychoactive substances. It is established that 83.5% of students at the same time take alcohol containing drinks and smoke tobacco products. A low level of satisfaction with life grade 13.22 ± 3.34 was determined for 13.4% (18/134) “not happy enough” respondents with disorder of adaptation. The formed hardiness (grades 24.50 ± 5.55) was proved to maintain a high level of satisfaction with life (grades 23.34 ± 5.10) for “happy enough” girls of the 2nd group.

Conclusions. Feeling of happiness was determined as preventing factor of addictive behavior’ development and intensive psychopathologic radicals associated with psychological distress, maintaining satisfaction with life, acting as predictors of psychological disadaptation.

Key words: happiness, life satisfaction, adjustment disorder, hardiness, students, the youth, stress, psychoactive substances.

Introduction

Mental health of young students substantially represents the general state of the society, determines an intellectual resource of the country’s innovation development and is an important indicator of social well-being of population in any country of the world.

Special attention is focused on the junior students of higher educational establishments facing a complex of stressful events [1]. Completely different living circumstances resulting from a new social status and considerable educational loads may affect the psychoemotional health of young people [3], increase the risk of taking psychoactive substances and suicides among the students [7]. Overcoming emotionally stressful situations by the young boys and girls is a medical and social problem.

The modern scientific approach represents a three-component structure of the subjective well-being, including cognitive, emotional, conative (behavioral) components. The emotional component is represented by the positive or negative emotional pole (depending on the feelings generated by events), which facilitates or hinders overcoming any difficult life circumstances, achievement of objectives, covering the needs and intentions of a personality. The cognitive component includes assessment of one’s own life by the individual and is characterized by the main

aspect – satisfaction with life. The conative component is expressed in the personal attitude to the social realm through a prism of intrapersonal and interpersonal relationships [4].

Relevancy of analyzing satisfaction with life and happiness of youth is dictated by the necessity to determine the factors underlying the psychological equilibrium of a person for early detection and preventive treatment of adjustment disorders and addictive behavior among students.

Purpose – analyze the relationship between sociopsychological factors of subjective well-being (satisfaction with life and happiness), hardiness, level of psychological distress, degree of development of adaptation violations and associated psychopathologic radicals in the cohort under investigation for early detection of adjustment disorders and addictive behavior.

Materials and methods

Subject to the information consent, in compliance with the principles of bioethics and deontology, 1076 persons were examined: 325 young men (30.2%) and 751 young girls (69.8%), at the age of 17–20 years old, from different faculties of one of the universities in our country. It is well-known that most of the students live in hostels, since they come for study from other cities.

Research methods: informational and analytical

methods, clinic-anamnestic methods, social and demographic methods, clinical and psychopathological method, psychodiagnostic methods, mathematical-statistical methods.

For the purpose of analyzing the psychosocial factor of sociocultural phenomenon of happiness, there was held an opinion poll using a unified "Examination Card" worked out by us. In the order of increasing of subjective significance, the students were proposed to answer a question "Can you say in general, are you happy, happy enough, not happy enough?" The Q-dates were studied based upon the frequency analysis of the conceptual context of utterances and subsequent definition of a role of the factors obtained.

Further, their relationship with the level of psychological distress, degree of development of adaptation violations and associated psychopathologic radicals was estimated according to SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised, L.R. Derogatis, as adapted by N.V. Tarabrina, 2001) [5], level of hardiness development among youth according to the method of "Hardiness test" ("Hardiness Survey" Maddi et al., 1984, screening version by Ye.N. Osina, 2013) [2], life satisfaction parameter "Satisfaction with Life Scale" (SWLS Diener E. et al., 1985, as adapted by D.A. Leontyeva, Ye.N. Osina, 2008) [6]. For the exposure of the disorders related to the use of alcohol, applied a test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test – test developed in 1989 by the working group the World Health Organization).

Statistical analysis of the results was carried out using a program package Statistica for Windows, 7.0. (P%), arithmetical mean (M); standard deviation (SD); minimum (min) and maximum (max) of values in the sampling; Kruskal–Wallis criterion. The data presentation format in the text and tables is as follows: $M \pm SD$; (min–max); K-W: H; p-level [8].

Results

It was found that 879 (80.9%) of junior students tend to use psychoactive substances. It is established that 83.5% of students at the same time take alcohol containing drinks and smoke tobacco products.

Using the agglomerative method of minimum variance (clustering by the "k-medium" method) the sampling (n=1076) was distributed into three groups, according to the examination criteria ICD-10: group 1 – practically healthy students n=778 (72.3%), from them used the psychoactive substances 612 (56.9%); group 2 – persons with the symptoms of disorder of adaptation n=210 (19.5%), among them: 186 person used the psychoactive substances, namely: young girls – 134 (72%), young boys – 52 (28%) and group 3 – with the symptoms of adjustment disorder n=88 (8.2%), among them: 73 person used the psychoactive substances: young girls – 41 (56.2%); young boys – 32 (43.8%).

For further study, as agreed, only the girls of the group 2 with the symptoms of disorder of adaptation, who use psychoactive substances were selected, namely: 72.0% (134/186), i.e. 12.5% (134/1076) of the total examined youth. Most of the students in this group 52.86% determined the subjective level of stress as an average one.

For defining the directedness of the obtained interrelations we applied a unifactor dispersive analysis and determined the availability of determined variances between the average values of the parameters under study. The detailed analysis of interrelation of the degree of development of psychopathologic radicals, hardiness, satisfaction with life and feeling of happiness of the girls with disorder of adaptation, who use psychoactive substances, is given in table.

Table

Interrelation of degree of development of psychopathologic radicals, hardiness level, satisfaction with life and feeling of happiness among the young girls of junior courses of the university with disorder of adaptation, who use psychoactive substances (n=134)*

Scale	Happy enough, n=109	Not happy enough, n=18	Very happy, n=7	H; p-level
SOM (grades)	0.36±0.30; 0.0–1.58	0.56±0.30; 0.17–1.08	0.24±0.03; 0.17–0.25	H=9.0; p<0.01
O-C (grades)	0.54±0.33; 0.0–1.50	0.66±0.19; 0.40–1.0	0.29±0.04; 0.20–0.30	H=14.6; p<0.001
INT (grades)	0.56±0.41; 0.0–1.56	0.41±0.20; 0.22–1.11	0.14±0.08; 0.11–0.33	H=9.3; p<0.01
DEP (grades)	0.47±0.30; 0.08–1.62	0.56±0.13; 0.23–0.77	0.01±0.03; 0.0–0.08	H=23.3; p<0.001
ANX (grades)	0.25±0.23; 0.0–1.0	0.56±0.28; 0.2–0.9	0.13±0.08; 0.1–0.3	H=22.8; p<0.001
HOS (grades)	0.35±0.33; 0.0–1.5	0.49±0.35; 0.17–1.33	0.0±0.0; 0.0–0.0	H=20.7; p<0.001
GSI	0.37±0.22; 0.08–0.99	0.48±0.11; 0.31–0.7	0.11±0.03; 0.1–0.17	H=20.2; p<0.001
PDSI	1.21±0.26; 1.0–2.56	1.21±0.13; 1.0–4.0	1.00±0.00; 1.0–1.0	H=20.3; p<0.001

Continuation of Table

PSI	27,08±14,62; 7.0–70.0	35.61±5.77; 28.0–45.0	9.86±2.27; 9.0–15.0	H=22.0; p<0.001
Commitment (grades)	8.42±2.38; 3.0–12.0	6.11±1.94; 4.0–10.0	8.43±1.13; 8.0–11.0	H=14.6; p<0.001
Control (grades)	7.79±1.81; 4.0–11.0	6.39±1.24; 5.0–8.0	8.14±0.38; 8.0–9.0	H=8.0; p<0.05
Challenge (grades)	8.28±2.25; 2.0–12.0	6.22±1.31; 2.0–8.0	6,43±1,13; 6.0–9.0	H=20.1; p<0.001
Hardiness (grades)	24.50±5.55; 13.0–35.0	18.72±3.58; 12.0–24.0	23.00±2.65; 22.0–29.0	H=20.4; p<0.001
Life satisfaction (grades)	23.34±5.10; 10.0–33.0	13.22±3.34; 10.0–21.0	18,71±4,54; 17.0–29.0	H=40.1; p<0.001

Note: * – Scale SCL-90-Revised (L.R. Derogatis, as adapted by N. V. Tarabrina, 2001, according to the method of “Hardiness Survey” screening version by Ye. N. Osina, and test “Satisfaction with Life Scale” Diener E. et al., 1985, as adapted by D. A. Leontyeva, Ye. N. Osina, 2008); SOM – Subscale Somatization; O-C – Subscale Obsessive–Compulsive, INT – Subscale Interpersonal Sensitivity, DEP – Subscale Depression, ANX – Subscale Anxiety, HOS – Subscale Hostility, GSI – General Symptom Index, PDSI – Positive Distress Symptom Index, PSI – Total Number of Positive Answers; H – Kruskal–Wallis criterion.

It was shown that 81.3% (109/134) of girls with the symptoms of disorder of adaptation, who use psychoactive substances, i.e. 10.1% (109/1076) of total examined students, refer themselves to the “happy enough” category; 13.4% (18/134) of respondents, i.e. 1.7% (18/1076) of the total examined cohort, defined themselves as “not happy enough”; 5.2% (7/134) of the 2nd group girls feel “very happy”, which is 0.7% (7/1076) of the total sample group, accordingly.

We determined that “very happy” girls have their self-evaluation data according to scale SCL-90-R within normal limits. At the same time, the average values of such scales as “hardiness”, “commitment”, “challenge” (table) among these student girls, as compared to the normative data, differ to the negative side, thus characterizing a disposition to be in a doubt about one’s own value, inability to assess positively and apply personal resources. The “very happy” students revealed an average level of life satisfaction (18.71±4.54, p<0.001). That is to say, the level of satisfaction with life and happiness is an individual criterion of the degree of self-efficacy.

We established that “not happy enough” woman students have statistically increased normative parameters according to subscales ANX, SOM and indexes PDSI, PSI according to SCL-90-R. Among these girls, we observed a particular increase in the degree of intensity of symptomatology under the anxiety scale (0.56±0.28, p<0.001 with the standard norm 0.47±0.03) and somatization (0.56±0.30, p<0.01 with the standard norm 0.44±0.03), as an experience of a wide range of negative feelings. Emotionally, this was represented by occurrence of a feeling of anxious tonicity and restraint, “slight agitation”, some internal disturbance at the university lessons with the elements of arrest or fussiness in behavior, increased sensitivity to usual interpersonal relations in the student group, fatigability, difficulties in performing usual tasks and poor sleep. The respondents also noted that sometimes they had rapid heart, a feeling of shortness of breath, whole body trembling, sweating of palms, nausea. The youth assessed their state as “subjectively unpleasant”, which was represented by the low

values of life satisfaction (13.22±3.34, p<0.001). A statistically significant ill-developed hardiness was determined among the “not happy enough” girls (18.72±3.58, p<0.001). These students are sometimes prone to demonstrate detachment, dependence, self-accusations. It is represented by the difficulty in assumption of responsibility and reduced self-evaluation.

Conducted cross-correlation analysis between the values of “commitment”, “control”, “challenge”, “hardiness” and “satisfaction with life” for the girls of the 2nd group (the coefficient of correlation of grade of Spearman was used; authenticity is after the level of p<0.001 and p<0.05) showed a presence weak and middle force of reliable positive cross-correlation intercommunication between the investigated indexes: R=0.284, p<0.001; R=0.342, p<0.001; R=0.386, p<0.001; R=0.373, p<0.001. Id est, satisfaction is supported life by the developed vitality and vice versa.

The maximum values (1.58; 1.50; 1.56; 1.62; 1.0; 1.,50) of subscales SOM, O-C, INT, DEP, ANX, HOS and indexes GSI, PDSI, PSI (0.99; 2.56; 70) among “happy enough” girls of the 2nd group mean that the parameters being analyzed are much higher the optimal range. We established that the average value of the “life satisfaction” scale corresponds to the high level (23.34±5.10, p<0.001). At the same time, the minimum value of “satisfaction with life” is considerably lower (min=10.0) and corresponds to the low level of the parameter under study. This goes to prove that a great variety of the parameter under study is typical for the “happy enough” students with the symptoms of disorder of adaptation, who use psychoactive substances. The analyzed parameters at the emotional level appear as discomfort in the process of interpersonal interaction accompanied by occurrence of the lack of self-confidence, feeling of personal deficiency as compared to the others, and also negative expectations relating to any communications with the social environment (groupmates, teachers). That is to say, the level of satisfaction with life and happiness is an indicator of limitation or broadening of possibility of social functioning of a modern student.

We found out that the average values of such scales as “hardiness”, “commitment”, “challenge” (table) among the students of the 2nd group, irrespective of characteristic of a feeling of happiness, as compared to the normative data, considerably differ to the negative side, which shows the degree of development of adaptation violations and intensity of the associated psychopathologic radicals.

Conclusions

Therefore, this study established a significant feedback between life satisfaction and happiness, intensity of psychology distress, degree of development of adaptation violations and associated psychopathologic radicals. It was shown that a phenomenon of adaptation violations among the female individuals is connected with anxiodepressive manifestations, emotional lability and difficulties in the interpersonal communication.

A feeling of happiness was determined as preventing the development of intensive psychopathologic radicals associated with psychological distress, maintaining satisfaction with life, acting as predictors of psychological

disadaptation and addictive behavior. At the same time, without additional hardiness resources, it may not cause direct influence on the degree of development of adaptation violations and addictive behavior.

The findings provided a basis for a complex medical and social assistance to the young people with adjustment disorders.

Thus, finding out of the social and psychological predictors forming of the states of disadaptation and use of psychoactive substances by young people is **priority perspective direction of further researches** of estimation of probability of mental distress and addictive behavior, carries in itself large innovative-methodical potential in relation to optimization of educational-educator process in the university in particular preventively-prophylactic architecture of modern model of medical and social help to the young persons with disorders of adaptation, that use psychoactive substances, and aimed at forming of active, strong personality, that is able to develop bravely the strategy of behavior, carry out a moral choice and bear the responsibility for him.

References

1. *Krasik Ye. D.* Nervno-psikhicheskiie zabolevania u studentov / Ye. D. Krasik, B. S. Polozhyi, Ye. A. Kriukov. – Tomsk, 1982. – P. 7.
2. *Osin Ye. N.* Faktornaia struktura kratkoi versii Testa zhyznestoikosti / Ye. N. Osin // Organizatsionnaia psikhologiiia. – 2013. – Vol. 3, № 3. – P. 42–60.
3. *Psikhologicheskiiie factory emotsyonalnoi dezadaptatsii u studentov* / N. G. Garanian, A. B. Kholmogorova, Ya. G. Yevdokimova, M. V. Moskova // Voprosy psikhologii. – 2009. – № 3. – P. 16–26.
4. *Sveredyuk Ye. V.* Mentalnye reprezentatsii schastya studentov-psikhologov / Ye. V. Sveredyuk // Sovremennye nauchnye issledovaniya i innovatsii [Electronic source]. – 2011. – № 1. – Access mode : <http://web.snauka.ru/issues/2011/05/543>. – Title from screen.
5. *Tarabrina N. V.* Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa / N. V. Tarabrina. – Moscow, 2001. – P. 60.
6. *The Satisfaction with Life Scale* / E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larsen, S. Griffin // Journal of Personality Assessment. – 1985. – Vol. 49. – P. 72.
7. *Voitsekh V. F.* Narusheniie adaptatsii i suitsydalnoie povedeniie u molodizhy / V. F. Voitsekh, Ye. V. Galtsev // Sotsyalnaia i klinicheskaiia psikhiatria. – 2009. – № 2. – P. 17–25.
8. *Yermolaiev O. Yu.* Matematicheskaiia statistika dlia psikhologov: Uchebnik / O. Yu. Yermolaiev. – 2nd ed., amend. – Moscow : Moskovskii psikhologo-sotsialnyi institut: Flinta, 2003. – 336 p. – (biblioteka psikhologa). – P. 29–52.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.09.2016 р.

Особливості задоволеності життям студентів молодших курсів із розладами адаптації, що вживають психоактивні речовини

О.В. Кіосєва

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ, Україна

Мета – дослідити зв'язок між соціально-психологічними чинниками суб'єктивного благополуччя (задоволеності життям і щастям), життєстійкістю, рівнем психологічного дистресу, ступенем прояву адаптаційних порушень і супутніх психопатологічних радикалів у досліджуваного контингенту для ранньої діагностики розладів адаптації та поведінки.

Матеріали та методи. Проведено аналіз психічного стану та поведінки 1076 студентів університету. За рахунок кластеризації здійснено розподіл по групах. Досліджено соціально-психологічні фактори задоволеності життям і щастям. У дослідженні застосовано інформаційно-аналітичний, соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, математико-статистичний методи.

Результати. Виявлено 871 (80,9%) студента, що вживає психоактивні речовини. Серед респондентів 83,5% одночасно вживають алкогольні напої та палять тютюнові вироби. Встановлено низький рівень задоволеності життям (13,22±3,34 балу) у 13,4% (18/134) «недостатньо щасливих» респондентів із порушенням адаптації. Доведено, що сформована життєстійкість (24,50±5,55 балу) підтримує високий рівень задоволеністю життям (23,34±5,10 балу) в «достатньо щасливих» дівчат 2-ї групи.

Висновки. Відчуття щастя перешкоджає розвитку адиктивної поведінки, виразних психопатологічних радикалів, асоційованих із психологічним дистресом, підтримує задоволеність життям, є предиктором психічної дезадаптації.

Ключові слова: щастям, задоволеність життям, розлади адаптації, життєстійкість, студенти, молодь, стрес, психоактивні речовини.

Особенности удовлетворенности жизнью студентов младших курсов с расстройствами адаптации, употребляющих психоактивные вещества

Е.В. Киосєва

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев, Украина

Цель – исследовать связь между социально-психологическими факторами субъективного благополучия (удовлетворенности жизнью и счастья), жизнестойкостью, уровнем психологического дистресса, степенью проявления адаптационных нарушений и сопутствующих психопатологических радикалов у исследуемого контингента для ранней диагностики расстройств адаптации и поведения.

Материалы и методы. Проведен анализ психического состояния поведения 1076 студентов университета. За счет кластеризации осуществлено распределение по группам. Исследованы социально-психологические факторы удовлетворенности жизнью и счастья. В исследовании использованы информационно-аналитический, социально-демографический, клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностический, математико-статистический методы.

Результаты. Выявлен 871 (80,9%) студент, употребляющий психоактивные вещества. Среди респондентов 83,5% одновременно употребляют алкогольные напитки и курят табачные изделия. Установлен низкий уровень удовлетворенности жизнью (13,22±3,34 балла) у 13,4% (18/134) «недостаточно счастливых» респондентов с нарушениями адаптации. Доказано, что сформированная жизнестойкость (24,50±5,55 балла) поддерживает высокий уровень удовлетворенности жизнью (23,34±5,10 балла) у «достаточно счастливых» девушек 2-й группы.

Выводы. Ощущение счастья препятствует развитию адиктивного поведения, выразительных психопатологических радикалов, ассоциируемых с психологическим дистрессом, поддерживает удовлетворенность жизнью, является предиктором психической дезадаптации.

Ключевые слова: счастье, удовлетворенности жизнью, расстройства адаптации, жизнестойкость, студенты, молодежь, стресс, психоактивные вещества.

Відомості про автора

Кіосєва Олена Вікторівна – к.мед.н., докторант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України; вул. Фрунзе, 103, м. Київ, 04080, Україна.

УДК 312.6:616.43-053.2(477.53)

В.П. Лисак

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ПОШИРЕНOSTІ ХВОРОБ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Департамент охорони здоров'я Полтавської обласної адміністрації, м. Полтава, Україна

Мета – вивчити та проаналізувати рівні захворюваності й поширеності хвороб ендокринної системи серед дитячого населення Полтавської області в розрізі адміністративних територій.

Матеріали та методи. Досліджено дані галузевої статистичної звітності за 2011–2015 рр. з використанням статистичного методу.

Результати. За роки дослідження в Полтавській області серед дітей зареєстровано зниження показників захворюваності на хвороби системи ендокринної системи (на 3,1%), поширеності вказаних хвороб (на 8,4%) і підвищення показника первинного виходу на інвалідність (на 54,5%). Виявлено достовірну різницю даних показників за адміністративними територіями.

Висновки. Показники і динаміка захворюваності та поширеності хвороб ендокринної системи серед дитячого населення Полтавської області в розрізі адміністративних територій мають бути враховані при плануванні розвитку спеціалізованої медичної педіатричної служби в області.

Ключові слова: дитяче населення, хвороби системи ендокринної системи, захворюваність, поширеність, первинний вихід на інвалідність, Полтавська область.

Вступ

Показники стану здоров'я дітей відображають соціальне благополуччя населення країни. У зв'язку із соціально-економічними негараздами останніх років динаміка здоров'я дитячого населення України набула негативної тенденції [5]. Зростає кількість дітей із хронічною патологією, підвищується рівень дитячої інвалідності. Така ситуація, на думку дослідників, пов'язана не лише з економічною нестабільністю, але й з погіршенням екологічних умов життя, розповсюдженням шкідливих звичок серед дітей, нехтуванням основними правилами здорового способу життя тощо [1, 2]. Вчені попереджають, що ці фактори позначаються не лише на стані здоров'я, але й на тривалості життя, а також на смертності майбутніх поколінь.

Загально визнано, що інвестування в здоров'я дітей – необхідна умова для забезпечення людського та економічного розвитку. Здорові діти мають кращі шанси прожити здорове продуктивне життя [3].

Наразі в системі охорони здоров'я України проводиться пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [6], але сімейні лікарі недостатньо готові до надання медичної допомоги дитячому населенню [4].

Мета роботи – вивчити та проаналізувати рівні захворюваності й поширеності хвороб ендокринної системи серед дитячого населення Полтавської області в розрізі адміністративних територій.

Матеріали та методи

Досліджено дані галузевої статистичної звітності за 2011–2015 рр. з використанням статистичного методу.

Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі дослідження вивчено та проаналізовано статистичні дані щодо показників захворюваності дитячого населення Полтавської області на хвороби ендокринної системи в динаміці за 2011–2015 рр. (табл. 1).

Аналіз наведених у таблиці 1 даних засвідчив, що за період дослідження показник захворюваності дітей області на хвороби системи ендокринної системи знизився на 3,1% і у 2015 р. становив 9,5 на 1000 дитячого населення. При цьому зниження даного показника зареєстровано на 19 (67,9%) адміністративних територіях, а збільшення – на 9 (32,1%) територіях. Найбільше зростання (28,2 разу) зафіксовано в Семенівському, а найбільше зниження (6,3 разу) – у Гребінківському районі.

Виявлено достовірну різницю в показниках захворюваності дітей на хвороби системи ендокринної системи в розрізі адміністративних територій області. Так, граничні показники коливалися від 1,5 на 1000 дитячого населення в Зінківському до 28,2 у Семенівському районі. Різниця – 18,8 разу, достовірною.

Наступним кроком дослідження стали вивчення та аналіз статистичних показників поширеності хвороб системи ендокринної системи серед дитячого населення Полтавської області в динаміці за 2011–2015 рр. (табл. 2).

Таблиця 1

Захворюваність дитячого населення Полтавської області на хвороби ендокринної системи в динаміці за 2011–2015 рр. (на 1000 відповідного населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік					Зміни, %
	2011	2012	2013	2014	2015	
<i>Місто</i>						
Полтава	14,3	13,4	12,6	18,1	16,5	15,4
Кременчук	5,9	5,1	4,1	6,7	6,2	5,1
Горішні Плавні	6,5	8,0	3,8	3,6	5,6	-13,8
<i>Район</i>						
В. Багачанський	16,1	30,7	23,8	14,5	21,4	32,9
Гадяцький	9,7	10,2	7,4	9,2	14,4	48,5
Глобинський	9,7	8,6	11,9	11,8	13,9	43,3
Гребінківський	21,3	9,6	5,1	4,3	3,4	-84,0
Диканський	9,2	10,6	6,0	5,1	6,0	-34,8
Зінківський	3,7	5,6	5,9	0,9	1,5	-59,5
Карлівський	8,1	16,7	7,2	7,2	7,0	-13,6
Кобеляцький	8,3	4,3	0,9	10,6	3,2	-61,4
Козельщанський	12,6	5,8	7,5	9,1	6,4	-49,2
Котелевський	5,2	8,6	3,8	4,5	3,8	-26,9
Кременчуцький	10,0	7,8	12,3	6,4	7,8	-22,0
Лохвицький	6,3	14,0	6,3	5,0	5,0	-20,6
Лубенський	4,5	5,5	6,0	3,6	8,3	84,4
Машівський	12,1	10,0	15,7	14,1	10,6	-12,4
Миргородський	7,5	5,1	6,0	4,8	3,5	-53,3
Н. Санжарський	6,9	3,4	7,1	10,2	7,9	14,5
Оржицький	3,0	3,0	4,1	1,3	4,1	36,7
Пирятинський	18,0	26,7	40,4	22,0	11,8	-34,4
Полтавський	10,4	9,2	5,8	8,5	5,5	-47,1
Решетилівський	11,1	9,1	7,0	9,2	6,2	-44,1
Семенівський	1,0	8,5	4,7	25,4	28,2	2720
Хорольський	11,1	17,5	12,1	10,7	10,0	-9,9
Чорнухинський	15,6	7,5	7,2	5,2	10,0	-35,9
Чутівський	24,2	8,4	3,8	5,4	8,6	-64,5
Шишацький	18,5	12,9	6,2	13,7	7,8	-57,8
<i>Усього по області</i>	9,8	9,8	8,5	9,9	9,5	-3,1

Таблиця 2

Поширеність хвороб ендокринної системи серед дитячого населення Полтавської області в динаміці за 2011–2015 рр. (на 1000 відповідного населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік					Зміни, %
	2011	2012	2013	2014	2015	
<i>Місто</i>						
Полтава	30,8	32,6	28,6	34,1	36,1	17,2
Кременчук	24,5	22,0	17,7	18,1	19,8	-19,2
Горішні Плавні	22,0	24,5	20,5	20,5	21,3	-3,2

Продовження таблиці 2

Район						
В. Багачанський	41,7	58,5	52,7	44,6	52,3	25,4
Гадяцький	35,5	35,0	36,4	37,0	40,4	13,8
Глобинський	33,6	34,2	41,1	40,5	42,2	25,6
Гребінківський	70,1	69,3	58,0	54,8	45,1	-35,7
Диканський	46,9	39,4	34,7	33,3	31,9	-32,0
Зінківський	34,1	32,9	34,7	49,8	40,3	18,2
Карлівський	43,5	44,7	36,4	40,5	40,9	-6,0
Кобеляцький	44,1	33,9	29,5	34,4	32,0	-27,4
Козельщанський	62,5	58,3	57,2	54,8	54,2	-13,3
Котелевський	31,7	52,4	32,6	42,0	38,0	19,9
Кременчуцький	33,3	37,2	36,2	34,4	33,2	-0,3
Лохвицький	75,9	69,8	35,1	35,9	33,3	-56,1
Лубенський	37,6	27,2	27,3	25,8	27,7	-26,3
Машівський	68,7	61,0	65,9	53,6	57,3	-16,6
Миргородський	20,2	24,6	28,0	27,2	25,4	25,7
Н. Санжарський	30,6	21,8	39,2	40,1	32,3	5,6
Оржицький	26,6	22,2	21,5	19,2	20,0	-24,8
Пирятинський	178,4	177,2	187,3	178,7	145,3	-18,6
Полтавський	30,8	30,3	25,7	29,4	23,5	-23,7
Решетилівський	41,7	40,5	40,8	40,3	35,8	-14,1
Семенівський	53,0	61,0	40,4	43,1	80,1	51,1
Хорольський	40,3	45,1	47,7	46,0	44,6	10,7
Чорнухинський	57,9	50,4	18,9	16,3	19,4	-66,5
Чутівський	79,4	70,2	58,1	50,2	47,8	-39,8
Шишацький	77,9	75,8	67,4	62,5	57,7	-25,9
Усього по області	39,5	38,8	35,2	36,3	36,2	-8,4

За даними табл. 2, показник поширеності хвороб серед дитячого населення області скоротився на 8,4% і становив 36,2 на 1000 дитячого населення. При цьому зменшення показника зареєстровано на території 18 (64,3%) адміністративних одиниць, а збільшення – на 10 (35,7%) територіях. Найбільше підвищення показника зафіксовано в Семенівському (1,5 разу), а найбільше зменшення – у Чорнухинському (2,9 разу) районі.

Встановлено достовірну різницю в показниках поширеності серед дітей хвороб системи ендокринної

системи в розрізі адміністративних територій області. Так, граничні показники коливалися від 19,8 на 1000 дитячого населення в м. Кременчук до 145,3 у Пирятинському районі. Різниця – 7,3 разу, достовірна.

У дослідженні вивчено та проаналізовано статистичні дані щодо рівнів первинного виходу на інвалідність дитячого населення Полтавської області внаслідок хвороб ендокринної системи в динаміці за 2011–2015 рр. (табл. 3).

Таблиця 3

Первинний вихід на інвалідність дитячого населення Полтавської області внаслідок хвороб ендокринної системи в динаміці за 2011–2015 рр. (на 10 тис. відповідного населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік					Зміни, %
	2011	2012	2013	2014	2015	
<i>Місто</i>						
Полтава	2,9	2,7	4,0	4,7	4,6	58,6
Кременчук	2,8	2,0	2,6	4,0	2,9	3,6
Горішні Плавні	2,1	4,0	2,0	1,0	3,0	42,9

Продовження таблиці 3

Район						
В. Багачанський	4,8	-	2,5	2,6	5,1	6,3
Гадяцький	-	2,3	2,4	4,7	1,2	-
Глобинський	3,8	1,3	1,3	1,3	5,2	36,8
Гребінківський	5,8	3,0	-	3,1	7,6	31,0
Диканський	-	2,8	-	9,0	-	-
Зінківський	-	-	1,8	1,7	3,8	-
Карлівський	-	3,4	3,5	3,5	1,7	-
Кобеляцький	2,6	1,3	-	4,1	1,4	-46,2
Козельщанський	3,2	-	-	-	-	-
Котелевський	-	2,9	-	5,9	-	-
Кременчуцький	1,4	1,4	5,7	1,4	1,4	0
Лохвицький	2,9	1,5	4,5	0,0	3,0	3,4
Лубенський	0,8	3,1	5,4	3,9	2,3	187,5
Машівський	6,2	-	-	-	10,0	61,3
Миргородський	3,5	0,9	3,6	1,8	3,7	5,7
Н. Санжарський	-	-	1,9	-	1,9	-
Оржицький	2,3	-	7,6	-	5,2	126,1
Пирятинський	-	2,0	4,0	1,8	1,9	-
Полтавський	1,0	2,0	2,9	1,0	-	-
Решетилівський	-	2,3	-	6,7	4,4	-
Семенівський	-	5,0	-	2,7	9,0	-
Хорольський	6,6	-	1,8	3,6	7,3	10,6
Чорнухинський	5,4	-	-	-	-	-
Чутівський	2,5	7,6	2,6	5,2	7,9	216,0
Шишацький	-	-	2,7	14,0	3,0	-
Усього по області	2,2	2,1	2,9	3,4	3,4	54,5

Аналіз отриманих та наведених у таблиці 3 даних щодо показників первинного виходу на інвалідність дитячого населення Полтавської області внаслідок хвороб ендокринної системи показав збільшення за роки дослідження вказаного показника на 54,5%. Його рівень у 2015 р. становив 3,4 на 10 000 дитячого населення.

За роки дослідження (щорічно) випадки первинного виходу на інвалідність дитячого населення внаслідок хвороб ендокринної системи реєструвалися не в кожній адміністративній одиниці області. У 2015 р. найвищі показники зафіксовано в Машівському (10 на 10 тис. дитячого населення), Семенівському (9,0) і Чутівському (7,9) районах.

Висновки

За роки дослідження (2011–2015 рр.) в Полтавській області серед дитячого населення зареєстровано зниження показників захворюваності на хвороби системи ендокринної системи (на 3,1%), поширеності вказаних хвороб (на 8,4%) і підвищення показника первинного виходу на інвалідність (на 54,5%). Виявлено достовірну різницю даних показників за адміністративними територіями.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням показників захворюваності та поширеності хвороб ендокринної системи серед дитячого населення Полтавської області в розрізі нозологічних одиниць.

Література

1. Дудіна О. О. До стану здоров'я дитячого населення / О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець, У. В. Волошина // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3. – С. 10–11.
2. Дудіна О. О. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дитячого населення / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 2. – С. 49–57.

3. *Загальна характеристика стану здоров'я населення України* / Г. О. Слабкий, С. В. Дудник, О. О. Дудіна, С. Р. Габорець // Регіональні системи охорони здоров'я України 2014 рік : монографія ; за ред. П. С. Мельника. – Київ, 2015. – Ч. I. – С. 6–26.
4. *Матюха Л. Ф.* Результати соціологічного дослідження інтернів щодо їх готовності до надання первинної медичної допомоги дитячому населенню України / Л. Ф. Матюха, Г. О. Слабкий, Т. М. Бухановська // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 2. – С. 52–61.
5. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2013–2014 роки.* – Київ : ЦМС МОЗ України, 2015. – 328 с.
6. *Слабкий Г. О.* Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Г. О. Слабкий, І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Сімейна медицина. – 2014. – № 3 (53). – С. 25–27.

Дата надходження рукопису до редакції: 06.09.2016 р.

Характеристика захворюваності і розповсюдженості захворювань ендокринної системи среди детского населения Полтавской области

В.П. Лысак

Департамент здравоохранения Полтавской областной
государственной администрации, г. Полтава, Украина

Цель – изучить и проанализировать уровни заболеваемости и распространенности болезней эндокринной системы среди детского населения Полтавской области в разрезе административных территорий.

Материалы и методы. Изучены данные отраслевой статистической отчетности за 2011–2015 гг. с использованием статистического метода.

Результаты. За годы исследования в Полтавской области среди детей зарегистрировано снижение показателей заболеваемости болезнями системы эндокринной системы (на 3,1%), распространенности указанных болезней (на 8,4%) и повышение показателя первичного выхода на инвалидность (на 54,5%). Выявлена достоверная разница данных показателей по административным территориям.

Выводы. Показатели и динамика заболеваемости и распространенности болезней эндокринной системы среди детского населения Полтавской области в разрезе административных территорий должны быть учтены при планировании развития специализированной медицинской педиатрической службы в области.

Ключевые слова: детское население, болезни системы эндокринной системы, заболеваемость, распространенность, первичный выход на инвалидность, Полтавская область.

Characteristics of morbidity and prevalence of endocrine system diseases among children of Poltava region

V.P. Lysak

Health Department of the Poltava Regional
State Administration, Poltava, Ukraine

Purpose – to study and analyze the incidence and prevalence of endocrine system diseases among children, Poltava region in the context of administrative territories.

Materials and methods. Studied data of sectoral statistical reports for the 2011–2015 biennium using a statistical method.

Results. During the years of study in the Poltava region among children were registered decline in the incidence of endocrine system diseases (3.1%), the prevalence of these diseases (8.4%) and the increase in the rate of primary disability (54.5%). A significant difference in these indicators on the administrative territories.

Conclusions. Performance and dynamics of the incidence and prevalence of endocrine system diseases among children, Poltava region in the context of administrative territories should be taken into account when planning the development of specialized medical pediatric services in the area.

Key words: child population, endocrine system, incidence, prevalence, primary disability, Poltava region.

Відомості про автора

Лисак Віктор Петрович – директор Департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації; вул. Комсомольська, 44, м. Полтава, 36011, Україна.

УДК 312.6:616-052.004.12(477.46)

М.В. Лобас

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ПОШИРЕНОСТІ ХВОРОБ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСТІ

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

Мета – вивчити та проаналізувати стан здоров'я населення Черкаської області як важливого чинника потреби в медичній допомозі.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження були статистичні звіти закладів охорони здоров'я Черкаської області за період 2011–2015 рр. Використано бібліосемантичний і статистичний методи.

Результати. За п'ять (2011–2015) років дослідження зареєстровано зниження показників захворюваності (на 12,4%) і поширеності хвороб (на 10,3%) у Черкаській області. У структурі захворюваності провідні місця посіли такі класи хвороб: хвороби органів дихання (42,9%), травми та отруєння (7,3%), хвороби сечостатевої системи (6,9%); у структурі поширеності – хвороби системи кровообігу (31,2%), хвороби органів дихання (18,2%), хвороби органів травлення (10,2%).

Висновки. Показники захворюваності та поширеності хвороб є важливим чинником потреби населення в медичній допомозі.

Ключові слова: Черкаська область, населення, показники захворюваності, показники поширеності хвороб, структура, аналіз.

Вступ

Стан здоров'я людей посідає особливе місце в системі цінностей цивілізованої країни [1, 2]. Здоров'я населення країни відображає її соціально-економічне, екологічне, демографічне і санітарно-гігієнічне благополуччя, є одним із соціальних індикаторів суспільного прогресу, важливим чинником, який впливає на якість та ефективність трудових ресурсів [3, 4].

Вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед населення є однією з важливих складових стратегічного планування медичної галузі [5, 6].

Мета роботи – вивчити та проаналізувати стан здоров'я населення Черкаської області як важливого чинника потреби в медичній допомозі.

Матеріали та методи

При виконанні роботи використано бібліосемантичний і статистичний методи. Матеріалами дослідження стали статистичні звіти закладів охорони здоров'я Черкаської області за період 2011–2015 рр.

Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження вивчено дані про кількість і склад населення області (табл. 1).

За даними табл. 1, станом на 01.01.2015 р. в області проживало 1 248 187 осіб, з яких сільське населення становило 43,6%, міське – 56,4%. Частка населення чоловічої статі складала 45,8%, а жіночого – 54,2%. При цьому частка дітей дорівнювала 16,5%.

Далі вивчено та проаналізовано демографічні показники в Черкаській області за 2011–2015 рр. (табл. 2).

Таблиця 1

Характеристика населення Черкаської області станом на 01.01.2015 р.

Загальна чисельність постійного населення (тис. осіб)	У т.ч.	
	міського	сільського
Усього	1 248,187	543,732
Чоловіки	571,210	250,710
Жінки / у т.ч. фертильного віку	676,977 / 298,491	293,022 / 119,072
Діти віком до 18 років	205,422	90,831

Таблиця 2
Демографічні показники Черкаської області у 2011–2015 рр.

Показник	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2015
Народилося (абс.)	12473	12798	12100	12351	11508
Народжуваність (на 1000 нас.)	9,7	10,1	9,6	9,8	9,2
Померло (абс.)	20848	20667	20477	20800	20171
Смертність (на 1000 нас.)	16,3	16,2	16,2	16,6	16,2
Природний приріст (абс.)	-8375	-7869	-8377	-8449	-8663
Природний приріст (на 1000 нас.)	-6,6	-6,1	-6,6	-6,8	-7,0
Народжуваність (на 1000 міського нас.)	9,9	10,1	9,7	9,8	9,3
Смертність (на 1000 міського нас.)	12,8	13,2	13,0	13,3	13,1
Природний приріст (на 1000 міського нас.)	-2,9	-3,1	-3,3	-3,5	-3,8
Народжуваність (на 1000 сільського нас.)	9,5	10,0	9,4	9,9	9,1
Смертність (на 1000 сільського нас.)	20,7	20,2	20,3	20,8	20,2
Природний приріст (на 1000 сільського нас.)	-11,2	-10,2	-10,9	-10,9	-11,1

Аналіз наведених у табл. 2 даних вказав на те, що показники народжуваності та смертності населення в області мали тенденцію до скорочення, але показник смертності в 1,76 разу був вищим за показник народжуваності, що призвело до зростання показника природного убутку населення за роки спостереження на 0,4 з рівнем у 2015 р. 7,0 на 1000 населення.

Показник смертності міського населення в 1,54 разу був меншим за показник смертності сільського

населення. Показник народжуваності сільського населення на 0,2 на 1000 населення був меншим за показник народжуваності міського населення. Дана ситуація призвела до того, що показник природного убутку сільського населення в 2,92 разу був вищим, ніж міського населення.

Наступним кроком дослідження вивчено показники захворюваності та поширеності хвороб серед населення області (табл. 3).

Таблиця 3
Показники захворюваності та поширеності хвороб серед населення Черкаської області у 2011–2015 рр.

Категорія населення	Показник на 10 тис. населення					2015 до 2011	
	2011	2012	2013	2014	2015	абс.	%
<i>Поширеність хвороб</i>							
Усього	20519,5	20051,1	19295,2	18834,4	18402,4	-2117,1	10,3
Доросле населення	20123,5	19716,3	19073,5	18522,3	18140,4	-1983,1	9,6
Населення працездатного віку	15008,9	14680,9	13598,2	13385,0	13169,7	-1839,2	12,2
Населення старше працездатного віку	32025,7	31268,8	31322,2	30025,7	29139,1	-2886,6	9,0
Дитяче населення	22491,8	21735,4	20414,6	20417,8	19732,1	-2759,7	12,3
<i>Захворюваність</i>							
Усього	7523,5	7294,5	7034,3	6858,2	6596,6	-935,9	12,4
Доросле населення	5729,0	5578,3	5353,6	5121,3	4911,8	-817,2	14,3
Населення працездатного віку	6358,0	6130,6	5765,4	5631,0	5449,7	-908,3	14,3
Населення старше працездатного віку	5492,4	5453,7	5468,0	5090,1	4776,8	-715,6	13,0
Дитяче населення	16460,7	15926,7	15518,6	15669,0	15149,3	-1311,4	7,9

Дані табл. 3 засвідчили зниження за роки дослідження (2011–2015 рр.) показників захворюваності (на 12,4%) і поширеності серед населення хвороб (на 10,3%), що опосередковано стало чинником зниження звернення населення по медичну допомогу. Статистичні показники захворюваності населення набули найнижчого рівня зменшення серед дітей (на 7,9%), а найвищого рівня

зменшення – серед населення працездатного віку (на 14,3%). Найбільше знизилися показники поширеності хвороб серед дитячого населення (на 12,3%) і населення працездатного віку (12,2%), а найменше – показники поширеності хвороб серед населення старше працездатного віку (9,0%).

Далі вивчено показники структури захворюваності населення (табл. 4).

Таблиця 4
Структура захворюваності населення Черкаської області (на 100 тис.) у 2015 р.

Клас хвороб та окремі нозологічні форми	Усього населення		У т.ч. дітей до 18 років	
	абс.	%	абс.	%
Усі хвороби, у т.ч.:	65966,5	100,0	151492,5	100,0
- інфекційні та паразитарні	2193,6	3,3	5700,5	3,8
- новоутворення	1084,1	1,6	536,0	0,4
- хвороби крові і кровотворних органів	654,9	1,0	2430,1	1,6
- ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин	1117,2	1,7	2400,4	1,6
- розлади психіки та поведінки	358,1	0,5	414,3	0,3
- хвороби нервової системи	1061,7	1,6	1456,5	1,0
- хвороби ока та його придаткового апарату	3636,9	5,5	4100,8	2,7
- хвороби вуха та соскоподібного відростка	2770,2	4,2	5074,9	3,3
- хвороби системи кровообігу, у т.ч.:	4152,5	6,3	1194,1	0,8
- ішемічна хвороба*	1259,3			
- цереброваскулярні хвороби*	746,6			
- хвороби органів дихання	28304,6	42,9	97877,5	64,6
- хвороби органів травлення	2808,6	4,3	6015,9	4,0
- хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4160,0	6,3	8894,9	5,9
- хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3344,6	5,1	3741,1	2,5
- хвороби сечостатевої системи	4559,8	6,9	3022,1	2,0
- окремі стани, що виникають у перинатальному періоді**	9705,6			
- природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	87,3	0,1	428,9	0,3
- травми та отруєння	4818,5	7,3	7501,1	5,0

Примітки (тут і далі): * – показники розраховані на доросле населення 18 років і старше; ** – показники розраховані на дитяче населення 0–1 рік.

Аналіз наведених у табл. 4 даних щодо структури захворюваності населення області показав, що провідні місця в структурі захворюваності всього населення посіли хвороби органів дихання (42,9%), травми та отруєння (7,3%), хвороби сечостатевої системи (6,9%), а

серед дитячого населення – хвороби органів дихання (64,6%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,9%), травми та отруєння (5,0%).

Наступним кроком дослідження вивчено структуру поширеності хвороб серед населення області (табл. 5).

Таблиця 5
Структура поширеності хвороб серед населення Черкаської області (на 100 тис.) у 2015 р.

Клас хвороб та окремі нозологічні форми	Усього населення		У т.ч. дітей до 18 років	
	абс.	%	абс.	%
Усі хвороби, у т.ч.:	184023,9	100,0	197320,6	100,0
- інфекційні та паразитарні	3114,8	1,7	6733,9	3,4
- новоутворення	4597,7	2,5	1142,5	0,6
- хвороби крові і кровотворних органів	1952,3	1,1	6137,1	3,1
- ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин	9304,1	5,1	7246,5	3,7
- розлади психіки та поведінки	4827,5	2,5	3433,4	1,7
- хвороби нервової системи	3807,2	2,1	4710,8	2,4
- хвороби ока та його придаткового апарату	8966,3	4,9	9086,7	4,6
- хвороби вуха та соскоподібного відростка	3488,5	1,9	5384,5	2,7

Продовження таблиці 5

- хвороби системи кровообігу, у т.ч.:	57497,6	31,2	4611,5	2,3
- ішемічна хвороба*	24477,1			
- цереброваскулярні хвороби*	6151,1			
- хвороби органів дихання	33487,8	18,2	1023230,0	52,0
- хвороби органів травлення	18815,0	10,2	12425,6	6,3
- хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4784,3	2,6	9710,2	4,9
- хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	12590,3	6,7	8553,1	4,3
- хвороби сечостатевої системи	10045,4	5,5	4785,3	2,4
- окремі стани, що виникають у перинатальному періоді**	9705,6			
- природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	649,7	0,4	2633,6	1,3
- травми та отруєння	5139,0	2,8	7674,4	3,9

За наведеними даними в табл. 5, у структурі поширеності хвороб серед усього населення області провідні місця зайняли хвороби системи кровообігу (31,2%), хвороби органів дихання (18,2%), хвороби органів травлення (10,2%), а серед дитячого населення – хвороби органів дихання (52,0%), хвороби органів травлення (6,3%) і хвороби шкіри та підшкірної клітковини (4,9%).

Висновки

У ході дослідження за 2011–2015 рр. встановлено зниження показників захворюваності (на 12,4%) і поширеності хвороб серед населення Черкаської області

(на 10,3%). Показники захворюваності населення набули найнижчого рівня зменшення серед дітей (на 7,9%), а найвищого рівня зменшення – серед населення працездатного віку (на 14,3%). У структурі захворюваності населення провідні місця посіли такі класи хвороб: хвороби органів дихання (42,9%), травми та отруєння (7,3%), хвороби сечостатевої системи (6,9%); у структурі поширеності – хвороби системи кровообігу (31,2%), хвороби органів дихання (18,2%), хвороби органів травлення (10,2%).

Подальші дослідження пов'язані з вивченням ефективності надання медичної допомоги населенню Черкаської області.

Література

1. *Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия* // ЕРК ВОЗ (Мальта, 10–13 сент. 2012 г.). – 18 с.
2. *Колесник М.* Здоровье детей и подростков: фокус на профилактику [Электронный ресурс] / М. Колесник. – Режим доступа : <http://www.umj.com.ua/article/67534/zdorove-detej-i-podrostkov-fokus-na-profilaktiku>. – Название с экрана.
3. *Основные показатели здоровья в Европейском регионе ВОЗ. 2013: В центре внимания – неинфекционные заболевания.* – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2013. – 10 с.
4. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2011–2012 роки.* – Київ : ЦМС МОЗ України, 2013. – 328 с.
5. *Предотвращение хронических болезней: жизненно важное вложение средств : доклад ВОЗ.* – Канада : Агенция общественного здоровья, 2005. – 33 с.
6. *Таллінська хартія: Системи охорони здоров'я для здоров'я та добробуту* [Електронний ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/document/E91438r.pdf>. – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.09.2016 р.

Характеристика захворюваності і розповсюдженості захворювань серед населення Черкаської області

М.В. Лобас

Управління здравоохорони Черкаської області
державної адміністрації, г. Черкаси, Україна

Цель – вивчити і проаналізувати стан здоров'я населення Черкаської області як важливого фактора потреби в медичній допомозі.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження були статистичні звіти закладів охорони здоров'я Черкаської області за період 2011–2015 рр. Використані бібліосемантичний і статистичні методи.

Результати. За п'ять (2011–2015) років дослідження зареєстровано зниження показників захворюваності (на 12,4%) населення Черкаської області і розповсюдженості серед нього захворювань (на 10,3%). В структурі захворюваності провідні місця зайняли наступні класи захворювань: захворювання органів дихання (42,9%), травми і отруєння (7,3%), захворювання мочеполової системи (6,9%); в структурі розповсюдженості – захворювання системи кровообігу (31,2%), захворювання органів дихання (18,2%), захворювання органів травлення (10,2%).

Висновки. Показники захворюваності і розповсюдженості захворювань є важливим фактором потреби населення в медичній допомозі.

Ключові слова: Черкаська область, населення, показники захворюваності, показники розповсюдженості захворювань, структура, аналіз.

Characteristics of morbidity and prevalence of diseases among the population of Cherkassy region

M.V. Lobas

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

Purpose – to study and analyze the health of the population of Cherkassy region as an important factor of health care needs.

Materials and methods. Materials of research were statistical reports of health facilities of Cherkassy region for the period 2011–2015. Bibliosemantic and statistical methods are used.

Results. Within five (2011–2015) years of the study reported a decrease in morbidity rates (12.4%) and prevalence (10.3%) in the Cherkassy region. In the structure of morbidity leading places were the following classes of diseases: respiratory diseases (42.9%), injuries and poisonings (7.3%), diseases of the genitourinary system (6.9%); in the structure of prevalence – circulatory system diseases (31.2%), respiratory diseases (18.2%), digestive diseases (10.2%).

Conclusions. Morbidity and prevalence of diseases are an important factor in population health care needs.

Key words: Cherkassy region, population, morbidity, prevalence of disease, the structure analysis.

Відомості про автора

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

УДК 312.6:311.3.004.12(477.87)

В.В. Скрип

ХАРАКТЕРИСТИКА НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ЙОГО ЗДОРОВ'Я

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета – вивчити і проаналізувати склад мешканців Закарпатської області та стан їхнього здоров'я як важливого чинника потреби населення в медичній допомозі.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження слугували статистичні звіти закладів охорони здоров'я Закарпатської області за період 2015 р. Використано бібліосемантичний та статистичний методи.

Результати. В області проживає 1256737 осіб, у т.ч. міське населення становить 462128 (36,8%), а сільське – 94609 (63,2%); 603177 (48,0%) чоловіків, 630071 (52,0%) жінка, із них 289935 дітей. В області мешкає 77867 (6,2%) осіб з особливими потребами. У 2015 р. показник народжуваності перевищував показник смертності населення: 13,3 проти 12,3 відповідно. Закарпатська область відноситься до регіонів, де відмічається природний приріст населення, який становить +1,0 на 1000 населення. В області спостерігаються високі показники: смертності населення внаслідок хвороб системи кровообігу (740,5); смертності дітей у віці 0–4 роки (на 10 тис. народжених живими – 25,0); смертності дітей у віці до 1 року внаслідок вроджених аномалій (39,3) і станів, що виникають у перинатальному періоді (34,5 на 10 тис. народжених живими); материнської смертності (11,9 на 100 тис. народжених живими). Реєструються високі показники захворюваності всього населення на хвороби системи кровообігу (4782,9), хвороби органів травлення (4229,4), хвороби ока та його придаткового апарату (3458,9), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (2878,9). Провідними класами хвороб щодо їх поширеності серед усього населення є хвороби системи кровообігу (51381,9 на 100 тис. населення), хвороби органів дихання (32496,0), хвороби органів травлення (16714,5), ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин (11736,7).

Висновки. Характеристика населення та медико-демографічної ситуації в області має бути використана при плануванні заходів із реформування системи охорони здоров'я.

Ключові слова: Закарпатська область, населення, характеристика, демографічна ситуація, захворюваність, поширеність хвороб.

Вступ

Одним із важливих завдань держави є збереження здоров'я населення як основного потенціалу виробничих ресурсів країни [2, 5]. Доведено, що здоров'я населення залежить від соціального та економічного благополуччя, спадковості, важливу роль відіграє здоровий спосіб життя, адекватне харчування, належні умови життя та побуту, стан навколишнього середовища [3, 4].

За результатами аналізу стану здоров'я населення України дослідники минулих років відмічали стали негативну тенденцію зростання захворюваності та поширеності хвороб, зменшення абсолютної кількості населення за рахунок збільшення смертності, більше того, прогнозувалося подальше зростання негативних змін цих показників, що стає загрозливим для національної безпеки [6, 8].

Вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед різних вікових груп населення та закономірностей змін вищезазначених показників є

важливою складовою планування стратегічних напрямків розвитку галузі охорони здоров'я [1, 7, 9, 10].

Мета роботи – вивчити та проаналізувати склад жителів Закарпатської області та стан їхнього здоров'я як важливого чинника потреби населення в медичній допомозі.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували статистичні звіти закладів охорони здоров'я Закарпатської області за 2015 р. та дані обласного управління державної статистики. При виконанні роботи використано бібліосемантичний та статистичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення

Відповідно до поставленої мети вивчено кількість населення, яке проживає в області, та його розподіл за місцем проживання (табл. 1).

Таблиця 1

Характеристика населення Закарпатської області, 2015 р. (осіб)

Загальна чисельність постійного населення	Усього	У т.ч.	
		міського	сільського
Усього	1256737	462128	794609
Чоловіки	603177	217617	385560
Жінки / у т.ч. фертильного віку	630071	244511 / 117803	409049 / 198425
Діти віком до 18 років	289935	104016	185919

За даними таблиці 1, в області проживає 1256737 осіб. Міське населення становить 462128 (36,8%), а сільське – 794609 (63,2%); 603177 (48,0%) чоловіків, 630071 (52,0%) жінок, із них 289935 дітей.

Далі, відповідно до програми дослідження, вивчено та проаналізовано структуру населення за віково-статевою характеристикою (табл. 2).

Таблиця 2

Структура постійного населення Закарпатської області за віком і статтю, 2015 р.

Вік, років	Обидві статі		Чоловіки		Жінки	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0–1	36528	2,9	18795	3,1	17733	2,8
2–4	54901	4,4	28151	4,7	26750	4,2
5–14	154891	12,3	79779	13,2	75112	11,9
15–17	43615	3,8	22278	3,7	21337	3,4
18–19	31487	2,5	15947	2,6	15540	2,5
20–29	196929	15,7	99811	16,5	97118	15,4
30–39	195922	15,6	98614	16,3	97308	15,4
40–49	168270	13,4	83345	13,8	84925	13,5
50–59	166540	13,4	77338	12,8	89202	14,2
60–69	113873	9,1	48523	8,0	65350	10,4
70 і старші	93781	7,5	30596	5,1	63185	10,0
Усього	1256737	100,0	603177	100,0	630071	100,0

Аналіз наведених в табл. 2 даних свідчить, що у віковій структурі населення в області найбільше проживає осіб у віці 20–29 років – 196929 осіб (15,7%), 30–39 років – 195922 осіб (15,6%), 40–49 та 50–59 років (по 13,4%); найменше населення у віці 18–19 років (2,5%) та до 1 року життя (2,9%).

Серед чоловіків найбільшу частку становлять особи у віці 20–29, 30–39 та 40–49 років (відповідно 16,5%, 16,3% та 13,8%), а найменшу – у віці 18–19 років (2,6%) та до 1 року життя (3,1%).

Серед жінок найбільшу частку складають особи у віці 20–29, 30–39 та 50–59 років (відповідно 15,4%, 15,4% та 14,2%), а найменшу – у віці 18–19 років (2,5%) та до 1 року життя – 2,8%.

Слід відмітити достовірну різницю в структурі частки чоловіків і жінок пенсійного віку (відповідно 13,1% та 20,4%).

Також вивчено та проаналізовано кількість окремих контингентів населення області, які потребують спеціальної уваги від закладів охорони здоров'я (табл. 3).

Таблиця 3

Контингенти населення з особливими потребами в Закарпатській області, 2015 р. (% від загальної кількості населення області)

Контингент населення	Абс.	%
Інваліди війни	1933	0,2
Учасники бойових дій	6337	0,5
Учасники війни	1808	0,1
Інші особи, прирівняні до них за пільгами	2538	0,2
Інваліди з дитинства	14016	1,1
Інваліди внаслідок загального захворювання	46387	3,7
Інваліди внаслідок трудового каліцтва та професійного захворювання	1148	0,1
Громадяни, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС	3700	0,3
Усього	77867	6,2

За даними табл. 3, в області проживає 77867 (6,2%) осіб з особливими потребами, які потребують особливого нагляду з боку закладів охорони здоров'я. Найбільшу частку даної категорії населення становлять інваліди

внаслідок загального захворювання – 46387 (3,7%) та інваліди з дитинства – 14016 (1,1%).

У дослідженні проведено аналіз демографічної ситуації в області (табл. 4).

Таблиця 4

Показники демографічної ситуації в Закарпатській області, 2015 р.

Показник	Значення
Середня очікувана тривалість життя (років)	71,16
- чоловіки (років)	66,99
- жінки (років)	75,26
Загальний коефіцієнт народжуваності (на 1000 населення)	13,3
- смертність (на 1000 населення)	12,3
- природний приріст (на 1000 населення)	+1,0
Смертність усього населення за причинами смерті (на 100 тис. населення):	
- злоякісні новоутворення	144,9
- хвороби системи кровообігу	740,5
- хвороби органів дихання	35,7
- нещасні випадки, отруєння та травми	65,2
Смертність дітей у віці 0–17 років (на 10 тис. відповідного віку), усього, у т.ч. за причинами:	10,2
- хвороби органів дихання	0,8
- хвороби нервової системи	0,4
- хвороби органів кровообігу	0,3
- зовнішні причини смерті	2,3
Смертність дітей у віці 0–4 роки (на 10 тис. народжених живими), усього, у т.ч. за причинами:	25,0
- інфекційні та паразитарні хвороби	0,6
- хвороби органів дихання	2,3
- хвороби нервової системи	0,7
- вроджені аномалії	8,9
- зовнішні причини смерті	3,7
Мертвонароджуваність	5,3
Смертність дітей у віці до 1 року (на 1000 народжених живими)	10,5
Смертність дітей у віці до 1 року за причинами (на 10 тис. народжених живими):	
- інфекційні та паразитарні хвороби	1,2
- хвороби органів дихання	7,1
- вроджені аномалії	39,3
- стани, що виникають у перинатальному періоді	34,5
- нещасні випадки, травми, отруєння та деякі наслідки дії зовнішніх чинників	13,7
Перинатальна смертність (на 1000 народжених живими і мертвими)	8,2
Рання неонатальна смертність (на 1000 народжених живими)	2,9
Неонатальна смертність (на 1000 народжених живими)	4,9
Постнеонатальна смертність (на 1000 народжених живими)	2,0
Материнська смертність (на 100 тис. народжених живими)	11,9
Сумарний коефіцієнт народжуваності (середня кількість дітей, народжених однією жінкою)	1,942

За даними табл. 4, у 2015 р. показник народжуваності перевищував показник смертності населення (відповідно 13,3 проти 12,3). Закарпатська область відноситься до регіонів, де відмічається природний приріст населення. Він становить +1,0 на 1000 населення. Незважаючи на позитивний природний приріст, сумарний коефіцієнт народжуваності в області залишається недостатнім для відтворення населення і дорівнює 1,942. В області спостерігаються високі показники смертності

всього населення внаслідок хвороб системи кровообігу (740,5), смертності дітей у віці 0–4 роки (на 10 тис. народжених живими – 25,0), смертності дітей у віці до 1 року внаслідок вроджених аномалій (39,3) та станів, що виникають у перинатальному періоді (34,5 на 10 тис. народжених живими), а також материнської смертності (11,9 на 100 тис. народжених живими).

Наступним кроком дослідження було вивчення показників захворюваності населення області (табл. 5).

Таблиця 5
Захворюваність населення
Закарпатської області, 2015 р. (на 100 тис. населення)

Клас хвороб, нозологічна одиниця	Усього населення / дітей до 18 років
Усі хвороби, у т.ч.:	60515,1 / 98031,0
- інфекційні та паразитарні, у т.ч.:	1566,4 / 2924,0
- туберкульоз активний (усі форми)	59,6 / 7,6
- сифіліс	6,6 / 2,1
- гонококова інфекція	6,3 / 0,3
- новоутворення, з них:	649,1 / 406,0
- злоякісні новоутворення	234,7 / 14,1
- у т.ч. у II–IV стадіях (%)	39,9 / 7,3
- хвороби крові і кровотворних органів	719,0 / 2124,0
- ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин	1682,5 / 2728,0
- розлади психіки та поведінки	175,5 / 299,0
- хронічні алкогольні синдроми (хронічний алкоголізм)	93,9 / 0
- гострі психотичні алкогольні розлади (алкогольні психози)	4,5 / 4,8
- розлади психіки від вживання наркотичних речовин (наркоманії)	2,3 / 0
- хвороби нервової системи	1505,4 / 1867,0
- хвороби ока та його придаткового апарату	3458,9 / 3754,0
- хвороби вуха та соскоподібного відростка	1890,5 / 3006,0
- хвороби системи кровообігу, у т.ч.:	4782,9 / 641,0
- ішемічна хвороба*	1857,3 / 0
- цереброваскулярні хвороби*	633,2 / 0
- хвороби органів дихання	27167,0 / 60326,0
- хвороби органів травлення	4229,4 / 5737,0
- хвороби шкіри та підшкірної клітковини	2878,9 / 5524,0
- хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	2270,9 / 1543,0
- хвороби сечостатевої системи	2435,1 / 1469,0
- окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	0 / 711,0
- природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	136,4 / 509,0
- травми та отруєння	3770,8 / 4204,0
- СНІД (кількість випадків)	52 / 0
- ВІЛ-інфіковані	71 / 12

Примітка (тут і далі): * – показники розраховані на доросле населення 18 років і старші.

За даними табл. 5, в області відмічаються високі показники захворюваності всього населення на хвороби системи кровообігу (4782,9), хвороби органів травлення (4229,4), хвороби ока та його придаткового апарату (3458,9), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (2878,9). Високим в області є рівень травм та отруєнь (3770,8 на 100 тис. усього населення та 4204,0 на 100 тис. дитячого населення). Слід зазначити, що показники захворюваності дитячого населення за певними класами хвороб перевищують показники захворюваності всього населення. До таких класів відносяться: інфекційні та паразитарні хвороби (1,87 разу), ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин (1,62 разу), розлади психіки та поведінки (1,70 разу), хвороби

нервової системи (1,24 разу), хвороби ока та його придаткового апарату (1,09 разу), хвороби вуха та соскоподібного відростка (1,59 разу), хвороби органів дихання (2,22 разу), хвороби органів травлення (1,36 разу), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (1,92 разу), травми та отруєння (1,11 разу), природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (3,33 разу), хвороби крові і кровотворних органів (2,95 разу). У дитячого населення зареєстровано перевищення, порівняно з усім населенням, показника захворюваності на гострі психотичні алкогольні розлади (алкогольні психози) на 0,3 на 100 тис. населення.

Далі вивчено показники поширеності хвороб серед населення Закарпатської області (табл. 6).

Таблиця 6

 Поширеність хвороб серед населення
Закарпатської області, 2015 р. (на 100 тис. населення)

Клас хвороб, нозологічна одиниця	Усього населення / дітей до 18 років
Усі хвороби, у т.ч.:	158506,1 / 135576,0
- інфекційні та паразитарні, у т.ч.:	2530,0 / 3446,0
- туберкульоз активний (усі форми)	117,7 / 7,2
- сифіліс	40,6 / 2,1
- гонококова інфекція	9,5 / 0,3
- новоутворення, з них:	2937,0 / 1158,0
- злоякісні новоутворення	1666,3 / 54,5
- у т.ч. у III–IV стадіях (%)	20,4 / 11,4
- хвороби крові і кровотворних органів	2054,0 / 5166,0
- ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин	11736,7 / 9815,0
- розлади психіки та поведінки	2490,8 / 2123,0
- хронічні алкогольні синдроми (хронічний алкоголізм)	1370,5 / 0
- гострі психотичні алкогольні розлади (алкогольні психози)	9,2 / 4,8
- розлади психіки від вживання наркотичних речовин (наркоманії)	20,1 / 0
- хвороби нервової системи	3789,8 / 4506,0
- хвороби ока та його придаткового апарату	6508,3 / 7051,0
- хвороби вуха та соскоподібного відростка	2476,3 / 3358,0
- хвороби системи кровообігу, у т.ч.:	51381,9 / 2468,0
- ішемічна хвороба*	25687,6 / 0
- цереброваскулярні хвороби*	2839,3 / 0
- хвороби органів дихання	32496,0 / 65378,0
- хвороби органів травлення	16714,5 / 9148,0
- хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3700,3 / 6805,0
- хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	5981,4 / 4206,0
- хвороби сечостатевої системи	5768,5 / 2630,0
- окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	0 / 711,0
- природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	872,3 / 2918,0
- травми та отруєння	4006,5 / 4391,0
- СНІД (кількість випадків)	124 / 5
- ВІЛ-інфіковані	421 / 45

Аналіз наведених у табл. 6 даних вказує на те, що провідними класами хвороб щодо їх поширеності серед усього населення є хвороби системи кровообігу (51381,9 на 100 тис. населення), хвороби органів дихання (32496,0), хвороби органів травлення (16714,5), ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин (11736,7). Провідними класами хвороб, що визначають їх поширеність серед дитячого населення області, є: хвороби органів дихання (65378,0), ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин (9815,0), хвороби органів травлення (9148,0), хвороби ока та його придаткового апарату (7051,0), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (6805,0), хвороби крові і кровотворних органів (5166,0).

Висновки

Характеристика населення та медико-демографічної ситуації в області має бути використана при плануванні заходів із реформування системи охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням мережі, структури, потужності та показників діяльності закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги.

Література

1. *Визначення проблемних регіонів України за станом здоров'я населення працездатного віку на основі аналізу динаміки змін показників захворюваності та їх середньострокових прогнозних тенденцій* / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Яценко, Т. К. Кульчицька [та ін.] // Інф. лист про нововведення в системі охорони здоров'я. – Київ, 2010. – 4 с.
2. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г. Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни.* – Женева : ВОЗ, 2002. – 16 с.
3. *Європейська база даних «Здоров'я для всіх»* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>. – Назва з екрана.
4. *Здоров'я людини та демографія. Досвід Європи* // Світовий банк. – 2010. – 72 с.
5. *Людський розвиток в Україні: інноваційний вимір* / Е. М. Лібанова, Т. В. Боліла, Ю. В. Горемікіна [та ін.] ; за ред. Е. М. Лібанової ; НАН України, Ін-т демографії та соц. досліджень. – Київ : Ін-т демографії та соц. досліджень НАН України, 2008. – 314 с.
6. *Медведовська Н. В. Сучасний стан здоров'я населення працездатного віку в Україні* / Н. В. Медведовська // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2 (14). – С. 24–33.
7. *Медведовська Н. В. Характеристика регіональних особливостей стану здоров'я дорослого населення України* / Н. В. Медведовська // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2009 рік; за ред. З. М. Митника. – Київ, 2010. – С. 154–167.
8. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2005–2006 роки.* – Київ, 2007. – 307 с.
9. *Стратегія предупреждения хронических заболеваний в Европе.* – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2005. – 64 с.
10. *Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи* // Здоров'я людини та демографія : звіт. – Київ : ВЕРСО-04, 2009. – 72 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.09.2016 р.

**Характеристика населения Закарпатской области
и основные показатели его здоровья***В.В. Скрип*

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

Цель – изучить и проанализировать состав жителей Закарпатской области и состояние их здоровья как важного фактора потребности населения в медицинской помощи.

Материалы и методы. Материалами исследования стали статистические отчеты учреждений здравоохранения Закарпатской области за 2015 г. Используются библиосемантический и статистический методы.

Результаты. В области проживает 1256737 лиц, в т.ч. городское население составляет 462128 (36,8%), а сельское – 94609 (63,2%); 603177 (48,0%) мужчин, 630071 (52,0%) женщины, из них 289935 детей. В области проживает 77867 (6,2%) лиц с особыми потребностями. В 2015 г. показатель рождаемости превышал показатель смертности населения: 13,3 против 12,3 соответственно. Закарпатская область относится к регионам, где отмечается естественный прирост населения, который составляет +1,0 на 1000 населения. В области наблюдаются высокие показатели: смертности населения вследствие болезней системы кровообращения (740,5); смертности детей в возрасте 0–4 года (на 10 тыс. рожденных живыми – 25,0); смертности детей в возрасте до 1 года в результате врожденных аномалий (39,3) и состояний, которые возникают в перинатальном периоде (34,5 на 10 тыс. рожденных живыми); материнской смертности (11,9 на 100 тыс. рожденных живыми). Регистрируются высокие показатели заболеваемости всего населения болезнями системы кровообращения (4782,9), болезнями органов пищеварения (4229,4), болезнями глаза и его придаточного аппарата (3458,9), болезнями кожи и подкожной клетчатки (2878,9). Ведущими классами болезней относительно их распространенности среди всего населения являются болезни системы кровообращения (51381,9 на 100 тыс. населения), болезни органов дыхания (32496,0), болезни органов пищеварения (16714,5), эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ (11736,7).

Выводы. Характеристика населения и медико-демографической ситуации в области должна быть использована при планировании мероприятий по реформированию системы здравоохранения.

Ключевые слова: Закарпатская область, население, характеристика, демографическая ситуация, заболеваемость, распространенность болезней.

**Characteristics of the population
of Transcarpathian region
and the main indicators of health***V.V. Skryp*

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches
of MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to study and analyze the composition of the residents of the Transcarpathian region and their state of health as an important factor of population health care needs.

Materials and methods. Research used statistical reports of health facilities of the Transcarpathian region for 2015. Bibliosemantic and statistical methods were used.

Results. The region is home to 1,256,737 people, including the urban population of 462,128 (36.8%), and agriculture – 94,609 (63.2%); 603,177 (48.0%) men, 630,071 (52.0%) women, including 289,935 children. The region is home to 77,867 (6.2%) of persons with special needs. In 2015, the birth rate exceeded the mortality rate of the population: 13.3 vs. 12.3, respectively. Transcarpathian region is a region where there is a natural increase of population, which amounts to 1.0 per 1000 population. In the regi there are high rates: mortality due to diseases of the circulatory system (740.5); mortality in children 0–4 years old (10 thousand live births – 25.0.); children under the age of 1 year as a result of congenital anomalies (39.3) and states that occur in the perinatal period (34.5 per 10 thousand live births); maternal mortality rate (11.9 per 100 thousand live births). Records the highest incidence rates of the total population of the circulatory system diseases (4,782.9), digestive diseases (4,229.4), diseases of the eye and adnexa (3,458.9), diseases of the skin and subcutaneous tissue (2,878.9). The leading classes of disease relative to their prevalence in the general population are diseases of the circulatory system (51,381.9 per 100 thousand population), respiratory diseases (32,496.0), digestive diseases (16,714.5), endocrine diseases, nutritional and metabolic (11,736.7).

Conclusions. Characteristics of the population and the medical and demographic situation in the region should be used in the planning of measures to reform the health system.

Key words: Transcarpathian region, population characteristics, demographics, morbidity, prevalence of diseases.

Відомості про автора

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

УДК 614.2:618.2.001.73(477)

О.О. Дудіна, Ю.Ю. Габорець

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ДОСТУПНОСТІ ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета – вивчити та проаналізувати основні аспекти доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги в Україні в процесі її регіоналізації.

Матеріали та методи: дані оперативного моніторингу та статистичні звіти щодо розвитку та показників діяльності перинатальної допомоги за 2014–2015 рр.

Результати. Отримані результати дослідження вказують на те, що понад 60% вагітних із високим перинатальним ризиком народжують дітей у закладах перинатальної допомоги III рівня. Відмічається достовірна різниця показника за регіонами України.

Висновки. Регіоналізація перинатальної допомоги, яка проводиться в Україні, забезпечує підвищення доступності високоспеціалізованої медичної допомоги жінкам із високим перинатальним ризиком.

Ключові слова: регіоналізація перинатальної допомоги, високоспеціалізована медична допомога, жінки з високим перинатальним ризиком.

Вступ

В Україні проводиться створення принципово нової системи перинатальної допомоги [1, 7]. Її принципова відмінність полягає у функціонально-організаційній регіоналізації [3, 4, 6]. Система надання медичної допомоги за принципом регіоналізації передбачає розумний та ефективний розподіл медичної допомоги за закладами охорони здоров'я різних рівнів [2, 5].

Мета роботи – вивчити й проаналізувати основні аспекти доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги в Україні у процесі її регіоналізації.

Матеріали та методи: дані оперативного моніторингу та статистичні звіти щодо розвитку та показників діяльності перинатальної допомоги за 2014–2015 рр.

Результати дослідження та їх обговорення

Трирівнева система перинатальної допомоги створена в усіх регіонах України, за винятком Волинської, Закарпатської й Чернігівської областей, де відсутні заклади перинатальної допомоги (ЗПД) III рівня. При цьому в АР Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Полтавській, Рівненській, Харківській, Хмельницькій областях та м. Києві, за сприяння Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства», організовані та функціонують перинатальні центри III рівня, оснащені необхідною високотехнологічною лікувально-діагностичною апаратурою і підготовленим персоналом для надання висококваліфікованої перинатальної допомоги жінкам і новонародженим із ризиком ризику перинатальної патології та смертності.

У цілому в аналізованих регіонах протягом 2014 р. у ЗПД I рівня перинатальної допомоги розроджено 36,7% вагітних, у 2015 р. – 40,3%, у ЗПД II рівня – відповідно 46,6% і 42,5%, а у ЗПД III рівня – 16,8% і 17,7% (рис.).

Світовий досвід свідчить, що близько 17% пологів потребують вчасного лікування як акушерських, так і неонатальних проблем в умовах ЗПД III рівня. В Україні цей показник у 2015 р. становив 17,7% із суттєвою різницею в розрізі регіонів: від відсутності у Волинській, Закарпатській, Чернігівській областях, <10,0% у Миколаївській, Черкаській і Вінницькій областях до 45,0% у Чернівецькій, 36,0% у Харківській, 32,7% у Сумській областях. При цьому корелятивний зв'язок між частотою показників ускладнених пологів і розроджень вагітних у ЗПД III рівня відсутній.

Одним з основоположних чинників, які викликають зниження рівня життєздатності потомства на всіх етапах його розвитку, є високий рівень захворюваності вагітних і породіль. Тому важливим завданням регіоналізації перинатальної допомоги є профілактика перинатальних ускладнень у жінок із перинатальним ризиком, тяжкою екстрагенітальною патологією і забезпечення доступності їх до спеціалізованої та високоспеціалізованої перинатальної допомоги. Виконання цього завдання можливе за умови розробки регіональних схем руху (маршруту) вагітних, породіль, роділь і новонароджених із ризиком материнської та перинатальної патології і смертності у ЗПД відповідного рівня.

У цілому протягом 2014–2015 рр. забезпечена оптимальна доступність до високоспеціалізованої високотехнологічної перинатальної допомоги під час пологів вагітних із вадами серця (63,2–66,9%) та хворобами системи кровообігу (50,5–47,0%), (табл. 1).

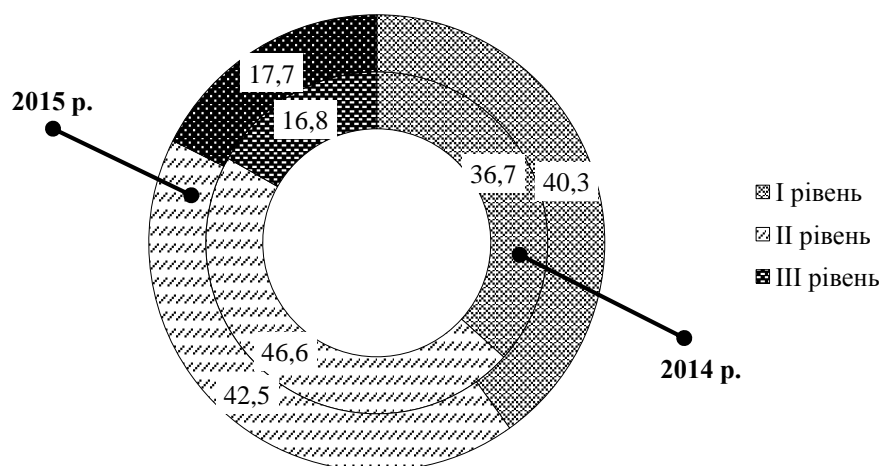


Рис. Частка пологів у закладах перинатальної допомоги I, II, III рівнів, 2014–2015 рр., % до загальної кількості пологів у регіоні

Таблиця 1

Показники доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги для розроджень вагітних у закладах перинатальної допомоги III рівня, 2014–2015 рр., % до загальної кількості в регіоні обслуговування

Адміністративно-територіальна одиниця	Розроджено вагітних із вадами серця		Розроджено вагітних із хворобами системи кровообігу		Розроджено вагітних із цукровим діабетом	
	2014 р.	2015 р.	2014 р.	2015 р.	2014 р.	2015 р.
<i>Область</i>						
Вінницька	39,1	47,3	17,1	19,8	83,9	66,7
Волинська	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Дніпропетровська	82,6	87,9	49,5	66,5	32,8	34,5
Житомирська	50,9	68,6	47,7	58,9	88,1	95,9
Закарпатська	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Запорізька	86,2	99,1	32,9	59,2	77,1	91,7
Івано-Франківська	95,5	100,0	90,2	96,1	100,0	97,5
Київська	0,0	39,5	22,0	19,4	65,1	82,4
Кіровоградська	82,1	53,3	75,5	83,6	95,5	100,0
Львівська	100,0	97,4	72,1	76,3	96,9	91,7
Миколаївська	0,0	20,0	0,0	1,6	0,0	18,6
Одеська	81,6	85,2	65,8	58,0	78,0	80,8
Полтавська	86,2	82,7	79,6	84,7	100,0	100,0
Рівненська	100,0	90,0	56,6	48,0	38,2	33,3
Сумська	90,9	*	34,9	67,7	92,9	100,0
Тернопільська	73,0	91,5	58,9	62,8	77,8	100,0
Харківська	99,6	99,0	81,3	88,1	97,1	96,3
Херсонська	11,8	–	5,6	7,8	46,4	64,4
Хмельницька	49,2	79,7	27,8	23,8	49,1	48,0
Черкаська	47,8	63,0	38,2	34,2	20,4	29,6
Чернівецька	68,6	41,3	78,4	57,7	100,0	57,9
м. Київ	40,8	42,4	32,4	25,0	9,1	5,7
Усього	63,2	66,9	50,5	47,0	46,3	46,9

Характерно, що орієнтовні показники частки розроджень вагітних із вадами серця та хворобами системи кровообігу досягнуті в більшості регіонів, де функціонують ЗПД III рівня, за винятком Вінницької, Київської, Миколаївської та Херсонської областей. При цьому у ЗПД I рівня розроджено >30% вагітних із вадами серця у Волинській, Житомирській, Чернігівській та Черкаській областях і >40% вагітних із хворобами системи кровообігу в Житомирській, Закарпатській та Херсонській областях.

Такою, що не відповідає медичним стандартам супроводу та надання допомоги пацієнткам, залишається частка розроджень вагітних із цукровим діабетом у ЗПД III рівня (46,3–46,9%). При цьому зберігається регіональна дисоціація частки розроджених у ЗПД III рівня вагітних із цукровим діабетом від 90–100% у Житомирській, Запорізькій, Івано-Франківській, Кіровоградській, Львівській, Полтавській, Сумській, Тернопільській та Харківській областях до <40,0% у Дніпропетровській, Миколаївській, Рівненській, Черкаській областях і м. Києві. Незадовільною залишається доступність спеціалізованої медичної допомоги для розроджень вагітних із цукровим діабетом у Закарпатській, Черкаській та Чернівецькій областях, де у ЗПД I рівня розроджено 28,1%, 16,7% і 31,6% відповідно вагітних із цією патологією.

Медичним стандартом супроводу та надання стаціонарної допомоги вагітним із тяжкими формами прееклампсії та еклампсії передбачено госпіталізацію для розродження цих пацієнток у ЗПД II–III рівнів перинатальної допомоги. У 2014–2015 рр. в цілому по Україні частка цих пацієнток у ЗПД II–III рівнів перинатальної допомоги становила 78,0% та 83,0%, що можна вважати задовільним (табл. 2).

При цьому 90,0% і більше вагітних із тяжкими формами прееклампсії та еклампсії розроджено у ЗПД II–III рівнів Дніпропетровської, Одеської, Полтавської, Сумської, Тернопільської, Харківської областей та м. Києва. Проблемним залишається питання забезпечення маршрутизації вагітних із тяжкими формами прееклампсії та еклампсії в Закарпатській, Київській та Чернігівській областях, де у ЗПД II–III рівнів розроджено відповідно 30,4%, 33,3% та 47,4% цих пацієнток.

Відповідно до алгоритму ведення вагітних із перинатальним ризиком, розродження вагітних з антенатальною загибеллю плода здійснюється у ЗПД II–III рівнів. За даними моніторингу, у 2014–2015 рр. у ЗПД II–III рівнів розроджено 75,1–72,2% пацієнток. Достатньою можна вважати роботу із забезпечення маршруту пацієнток із цією патологією в м. Києві, Дніпропетровській, Полтавській, Сумській і Харківській областях, де у ЗПД I рівня розроджено <10% пацієнток від загальної кількості розроджених пацієнток з антенатальною загибеллю плода в регіоні. Потребує доопрацювання питання забезпечення маршрутів цих пацієнток у Волинській, Житомирській, Закарпатській, Київській, Херсонській, Хмельницькій областях, де цей показник перевищує 50%.

Таблиця 2

Показники доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги розроджень вагітних у закладах перинатальної допомоги II–III рівнів, 2014–2015 рр., % до загальної кількості у регіоні обслуговування

Адміністративно-територіальна одиниця	Розроджено вагітних із тяжкими формами прееклампсії, еклампсії		Розроджено вагітних з антенатальною загибеллю плода	
	2014 р.	2015 р.	2014 р.	2015 р.
<i>Область</i>				
Вінницька	76,3	71,1	62,9	53,2
Волинська	60,7	60,9	41,9	37,1
Дніпропетровська	96,2	97,9	91,8	91,5
Житомирська	38,6	50,8	40,3	32,3
Закарпатська	60,2	30,4	55,9	35,0
Запорізька	89,8	80,9	70,6	79,2
Івано-Франківська	90,0	83,9	82,5	86,8
Київська	60,6	33,3	61,9	47,9
Кіровоградська	83,6	67,7	60,3	56,4
Львівська	78,0	84,7	83,6	82,7
Миколаївська	59,8	66,7	40,3	63,4
Одеська	97,2	97,1	85,3	74,6
Полтавська	100,0	100,0	90,2	90,2
Рівненська	67,6	79,6	65,5	56,6
Сумська	100,0	90,5	96,4	94,2
Тернопільська	92,3	93,5	88,7	87,7
Харківська	96,9	97,7	96,6	97,7
Херсонська	87,9	65,4	52,9	48,5
Хмельницька	60,6	72,4	50,7	36,7
Черкаська	42,0	53,2	51,4	54,0
Чернівецька	61,5	65,9	66,0	62,8
Чернігівська	95,0	47,4	83,6	72,6
м. Київ	100,0	100,0	100,0	100,0
Усього	78,0	83,0	75,1	72,2

Ключовою проблемою зменшення перинатальних втрат є створення можливості виходжування дітей з дуже малою масою тіла при народженні, адже саме з ними пов'язана приблизно половина всіх випадків перинатальних втрат. Крім того, діти, що народилися з дуже малою масою тіла, становлять групу ризику щодо розвитку інвалідизуючих захворювань. Надзвичайно високою є залежність як життя, так і здоров'я плода і новонародженої дитини від сучасних медико-організаційних технологій. Наразі доведено, що акушерські стаціонари з кількістю пологів <300 на рік є небезпечними для матері та новонародженого, особливо з малою та дуже малою масою тіла при народженні. Такі відділення не гарантують безпеки медичної допомоги та

не забезпечують постійну підтримку висококваліфікованого рівня лікарів. Концентрація вагітних із високим ризиком передчасних пологів на третій рівень перинатальної допомоги дає змогу забезпечити надання їх новонародженим адекватної допомоги. Згідно з переліком показань до направлення вагітних до ЗПД III рівня відносяться передчасні пологи в терміні 22–24 тижні вагітності, масою тіла при народженні до 1500 г, а до ЗПД II рівня – передчасні пологи в терміні 35–36 тижнів. За даними проекту MOSAIC – організація акушерської допомоги при вкрай передчасних пологах в Європі – частка новонароджених із малою та дуже малою масою тіла, що народилися у відділеннях III рівня допомоги, становила від 63–64% у Данії та Польщі до 80% у Бельгії, Німеччині, Італії та інших країнах, а за даними метааналізу досліджень регіоналізації перинатальної допомоги дітям із дуже малою масою тіла при народженні, у ЗПД III рівня п'яти штатів США сконцентровано $\geq 90\%$ новонароджених із масою тіла при народженні ≤ 1500 г.

В Україні у 2014–2015 рр. у ЗПД III рівня вдалося сконцентрувати народження 59,0–62,0% новонароджених масою тіла при народженні 500–999 г і 52,4–55,3% – масою тіла 1000–1499 г (табл. 3).

При цьому в умовах ЗПД I рівня, що не забезпечують постійну підтримку висококваліфікованого рівня медичних працівників, народжується 12,9% немовлят із дуже малою масою тіла при народженні. Слід підкреслити, що доступність новонароджених із дуже малою (≤ 1500 г) масою тіла при народженні неоднорідна в розрізі регіонів. Так, протягом 2014–2015 рр. у ЗПД III рівня сконцентровано $\geq 90\%$ новонароджених із масою тіла при народженні 500–999 г у Житомирській, Полтавській, Тернопільській та Харківській областях, близько 80% новонароджених із масою тіла при народженні 1000–999 г у Житомирській, Запорізькій, Івано-Франківській, Сумській, Тернопільській та Харківській областях. Менше половини народжень дітей з дуже малою (≤ 1500 г) масою тіла при народженні сконцентровано у ЗПД III рівня Вінницької, Київської, Одеської, Херсонської, Черкаської областей. При цьому $> 20\%$ народжень немовлят із дуже малою масою тіла при народженні сконцентровано у ЗПД I рівня Закарпатської, Миколаївської, Київської, Рівненської областей.

Відповідно до маршрутів пацієнтів, вагітні з передчасними пологами в терміні 35–36 тижнів підлягають розродженню у ЗПД II рівня. За даними МіО, у 2014–2015 рр. у ЗПД II рівня народжено 42,8–39,3% немовлят із масою тіла при народженні 1500–2499 г, а у ЗПД III рівня – 33,0–32,1%. Таким чином, 75,8–71,4% новонароджених із малою (1500–2499 г) масою тіла при народженні забезпечені спеціалізованою і високоспеціалізованою перинатальною допомогою, а 24,3–28,6% – базовою перинатальною допомогою в умовах ЗПД I рівня. При цьому оптимальним можна вважати виконання маршрутів пацієнток із ризиком невиношування вагітності лише в Полтавській і Харківській областях, де у ЗПД I рівня народжено 4,1–3,9% новонароджених із масою тіла при народженні

1500–2499 г. Потребує посилення ця робота в Запорізькій, Київській, Хмельницькій і Черкаській областях, де $> 50\%$ недоношених немовлят із масою тіла при народженні 1500–2499 г отримали лише базову перинатальну допомогу в умовах ЗПД I рівня.

Таблиця 3

Показники доступності новонароджених до високоспеціалізованої перинатальної допомоги в закладах перинатальної допомоги III рівня, 2014–2015 рр., % до загальної кількості в регіоні обслуговування

Адміністративно-територіальна одиниця	Народжено живими з масою тіла 500–999 г		Народжено живими з масою тіла 1000–1499 г	
	2014 р.	2015 р.	2014 р.	2015 р.
<i>Область</i>				
Вінницька	34,6	35,1	38,4	52,4
Волинська	0,0	0,0	0,0	0,0
Дніпропетровська	64,8	65,5	35,4	41,3
Житомирська	84,6	93,5	82,8	77,2
Закарпатська	0,0	0,0	0,0	0,0
Запорізька	82,4	86,1	74,6	82,1
Івано-Франківська	95,7	84,4	85,6	82,3
Київська	48,6	47,1	33,3	47,9
Кіровоградська	88,2	75,0	76,7	63,8
Львівська	78,7	65,6	64,9	65,1
Миколаївська	0,0	4,8	0,0	11,7
Одеська	31,7	53,4	44,4	49,2
Полтавська	81,0	100,0	69,0	69,0
Рівненська	50,0	67,3	59,5	58,5
Сумська	96,2	81,8	73,0	81,8
Тернопільська	96,2	91,3	85,2	93,5
Харківська	87,1	91,1	87,3	84,0
Херсонська	44,0	42,9	49,2	37,7
Хмельницька	75,9	86,1	68,9	77,2
Черкаська	22,7	18,2	22,4	32,8
Чернівецька	92,6	88,9	90,7	78,0
м. Київ	58,4	60,2	58,8	56,3
Усього	59,0	62,0	52,4	55,3

Досвід західних країн показав, що концентрація жінок групи високого ризику в ЗПД III рівня все-таки не дає змоги виключити народження немовлят із перинатальною патологією і дуже малою масою тіла при народженні в базових ЗПД. Тому в економічно розвинених країнах практично паралельно з процесами створення трирівневої системи ЗПД йшла розробка системи переведень вагітних і новонароджених. Наразі система організована таким чином, що в кожному крупному регіоні є об'єднані в єдину мережу заклади всіх трьох рівнів, які вирішують завдання не лише лікування

хворих, що знаходяться в даних установах, але й перерозподілу пацієнтів, щоб найбільш тяжкі хворі потрапляли до установ III рівня, а ті, що одужують, переміщалися до установ нижчого рівня. Така система гарантує як доступність висококваліфікованої допомоги, так і відсутність «простою» добре оснащених реанімаційних ліжок для новонароджених або госпіталізації на них неперофільних пацієнтів.

Складовою регіональної системи перинатальної допомоги в Україні є транспортування вагітних жінок і новонароджених із групи високого перинатального ризику з однієї лікарні до іншої. За даними проведеного моніторингу, транспортування вагітних жінок і новонароджених здійснюється спеціально обладнаними бригадами в усіх, за винятком м. Києва, пілотних регіонах.

Визнано, що частота переведень залежить як від кількості малопотужних ЗПД, так і від наявності й виконання маршрутів пацієнтів. Усього у 2014 р. у ЗПД III рівня та інші заклади третинної медичної допомоги переведено 7,0 тис. вагітних (роділь, породіль), що становило 1,7% від загальної кількості вибулих пацієнток, а у 2015 р. – 6,1 тис. та 1,6% відповідно з коливанням цього показника від 0,1% у м. Києві та Полтавській, 0,3% у Тернопільській, 0,8% у Черкаській, 0,9% у Чернігівській областях до 4,1% у Вінницькій, 3,9% у Чернівецькій, 3,5% в Івано-Франківській областях.

Для оцінки оптимальної кількості переведень новонароджених в Європі існує, так званий, індекс неонатальних трансферів (транспортувань) – ІНТ, який виражає кількість новонароджених, переведених до інших ЗПД на 100 живонароджених. Сучасний показник невідкладних транспортувань новонароджених у країнах Євросоюзу становить приблизно 5–10 випадків на 1000 народжених живими. Низький ІНТ (близько 1%) вказує на оптимальний розподіл ЗПД перинатальної допомоги за рівнями перинатальної допомоги і достатнє виконання функцій ЗПД III рівня стосовно забезпечення повного циклу медичного догляду за новонародженими. У регіонах із великою кількістю малопотужних пологових будинків потреба в переведенні новонароджених також може бути вища, тому що компетенція персоналу в діагностиці перинатальних ризиків і патології знижується через спорадичне виникнення таких випадків і відсутність досвіду роботи.

При середньому (4,1%) в Україні показнику частоти переведень новонароджених у заклади вищого рівня перинатальної допомоги, оптимальний (0,7%) ІНТ спостерігається лише в Полтавській області, а надзвичайно високий ($\geq 6,0\%$) – у Житомирській, Чернівецькій Миколаївській, Черкаській і Волинській областях. Великою залишається і частота переведених із ЗПД III рівня у відділення патології новонароджених дитячих обласних (міських) лікарень новонароджених – 3,5% від загальної кількості народжених у ЗПД III рівня у

2014 р. і 3,4% у 2015 р. відповідно, що може бути зумовлено незабезпеченням повного комплексу медичного догляду новонароджених у ЗПД III рівня.

Важливим компонентом перинатальної допомоги, що забезпечує своєчасну якісну медичну допомогу, безпечно та обгрунтоване переведення пацієнтів з одного рівня на інший, є консультування пацієнтів. Згідно з наказом МОЗ України від 15.08.2011 р. № 514 «Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладу охорони здоров'я», у перинатальних центрах III рівня створюється дистанційний консультативно-діагностичний центр із телемедичними технологіями. Наразі такі центри функціонують у Дніпропетровській, Кіровоградській, Рівненській і Хмельницькій областях, а також у м. Києві. При цьому в клінічних відділеннях Дніпропетровського перинатального центру забезпечується цілодобове скайп-консультування пацієнтів родопомічних закладів області. Крім того, фахівцями ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології Національної академії медичних наук України» постійно проводиться консультування вагітних та новонароджених, які народилися з відхиленнями в стані здоров'я (недоношеність, внутрішньоутробне інфікування тощо) та вагітним із високим ступенем перинатального ризику.

За даними проведеного моніторингу, у 2014 р. здійснено 9,7 тис. консультацій вагітних, роділь і породіль, що становило 2,3% від загальної кількості пацієнток, які закінчили вагітність, у 2015 р. – 8,3 тис. і 2,2% відповідно, але найбільша частота консультацій вагітних, роділь і породіль у 2014–2015 рр. була в Одеській (12,0%, 11%), Кіровоградській (8,0%, 5,1%) та Сумській (5,7%, 2,8%) областях. За цей період відповідно проконсультовано 2,5 тис. новонароджених (0,6% від загальної кількості вибулих новонароджених) та 3,2 тис. (0,8%) новонароджених. Більш повне охоплення новонароджених консультаціями у 2014 р. було в Одеській (5,5%) і Херсонській (4,7%) областях, а у 2015 р. – у Вінницькій (6,8%), Харківській (4,8%) та Херсонській (4,6%) областях. Аналіз здійснення виїзних консультацій у цілому ускладнений тим, що в більшості регіонів виїзні консультації здійснюються центрами екстреної медичної допомоги із залученням спеціалістів ЗПД III рівня.

Висновки

Регіоналізація перинатальної допомоги, яка проводиться в Україні, забезпечує підвищення доступності високоспеціалізованої медичної допомоги жінкам із високим перинатальним ризиком.

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні вивчення даної теми.

Література

1. 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.
2. Дудіна О. О. Перші результати впровадження заходів національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 1. – С. 5–12.
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. Моїсеєнко Р. О. Оптимізація системи надання медичної допомоги дітям і матерям в Україні: реалії і перспективи : монографія / Р. О. Моїсеєнко. – Київ : Логос, 2013. – 232 с.
5. Стан регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / Г. О. Слабкий, О. М. Дзюба, О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 2 (68). – С. 38–41.
6. Терещенко А. В. Аналіз міжнародного і вітчизняного досвіду регіоналізації перинатальної допомоги (огляд літератури) / А. В. Терещенко, О. О. Дудіна, Р. О. Моїсеєнко // Здоров'я жінки. – 2014. – № 7. – С. 37–45.
7. Шунько Є. Є. Впровадження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги в Україні / Є. Є. Шунько // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2011. – Т. 1, № 1. – С. 4–15.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.09.2016 р.

Некоторые вопросы доступности высокоспециализированной перинатальной помощи в Украине

Е.А. Дудина, Ю.Ю. Габорець

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

Цель – изучить и проанализировать основные аспекты доступности высокоспециализированной перинатальной помощи в Украине в процессе ее регионализации.

Материалы и методы: данные оперативного мониторинга и статистические отчеты относительно развития и показателей деятельности перинатальной помощи за 2014–2015 гг.

Результаты. Полученные результаты исследования указывают на то, что более 60% беременных с высоким перинатальным риском рожают детей в учреждениях перинатальной помощи III уровня. Отмечается достоверная разница показателя по регионам Украины.

Выводы. Регионализация перинатальной помощи, которая проводится в Украине, обеспечивает повышение доступности высокоспециализированной медицинской помощи женщинам с высоким перинатальным риском.

Ключевые слова: регионализация перинатальной помощи, высокоспециализированная медицинская помощь, женщины с высоким перинатальным риском.

Some aspects of highly specialised perinatal care availability in Ukraine

O.O. Dudina, Yu.Yu. Gaborets

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches
of MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to study and analysys the principal aspects of highle specialized perinatal care availability in Ukraine in the process of its regionalization.

Materials and methods: the data of operational monitoring and statistical reports on perinatal care development and indices of activity for the years 2014–2015 were taken as the materials of research.

Results. The results of the study obtained indicate that more than 60% of pregnant women with high perinatal risk give birth to babies in tertiary level institutions of perinatal care. Certain difference between the regions of Ukraine is registered.

Conclusions. Regionalization of perinatal care that is being held in Ukraine provides increased availability of highly specialized medical care to women with high perinatal risk.

Key words: regionalization of perinatal care, highly specialized medical care, women with high perinatal risk.

Відомості про авторів

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 615.83:336.7:725.5

О.Ю. Качур

РОЗРАХУНКИ НЕОБХІДНИХ ВИДАТКІВ НА ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ НА РІВНІ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета – обґрунтувати обсяги необхідних видатків на впровадження сучасної системи променевої діагностики на рівні лікарні інтенсивного лікування.

Матеріали та методи. Для проведення розрахунків застосовано преїскурант державного підприємства «Політехмед». При виконанні дослідження використано такі методи: економічний, структурно-логічного аналізу, описового моделювання, бібліосемантичний.

Результати. Розраховано обсяги необхідних видатків для забезпечення пацієнтів лікарні інтенсивного лікування сучасними методами променевої діагностики.

Висновки. Проведені розрахунки потреби у видатках на забезпечення пацієнтів лікарні інтенсивного лікування обладнанням для променевих методів діагностики рекомендуються до використання в ході створення госпітальних округів.

Ключові слова: лікарня інтенсивного лікування, променева діагностика, обладнання, вартість, необхідні видатки.

Вступ

У ході формування госпітальних округів, визначених законодавчо при реформуванні вторинної медичної допомоги населенню [2], центральним елементом стають лікарні інтенсивного лікування (ЛІЛ) пацієнтів [3]. Структура ЛІЛ і потужність структурних підрозділів залежить від кількості, віково-статевої характеристики населення госпітального округу, а також від стану здоров'я населення. Прогнозується, що в ЛІЛ буде надаватися цілодобова стаціонарна медична допомога та в амбулаторному режимі – консультативно-діагностична допомога [4]. Однією зі складових даної допомоги є променева діагностика. Своєчасність (у межах терапевтичного вікна) та якість діагностики дає змогу забезпечити ефективність проведення лікувальних заходів [1, 5, 6].

Мета роботи – обґрунтувати обсяги необхідних видатків для впровадження сучасної системи променевої діагностики на рівні госпітального округу.

Матеріали та методи

Для проведення розрахунків застосовано преїскуранти фірм, які торгують рентгенологічним обладнанням, і виведено середню вартість. При виконанні дослідження використано такі методи: економічний, структурно-логічного аналізу, описового моделювання, бібліосемантичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Враховуючи перспективи реформування вторинного рівня медичної допомоги зі створенням госпітальних округів і визначення лікарні інтенсивного лікування (ЛІЛ) як закладу охорони здоров'я, що формує госпітальний округ, нами проведено розрахунки необхідних видатків на створення сучасної системи променевої діагностики на базі ЛІЛ.

При проведенні розрахунків враховано необхідність забезпечення якісної та своєчасної діагностики захворювань із використанням променевих методів. За основу забезпеченості якості та доступності обрано Клінічні протоколи з основних нозологічних форм, при яких надається медична допомога на вторинному рівні. Клінічні протоколи, затверджені МОЗ України, базуються на даних із доведеною ефективністю і забезпечують сучасний рівень забезпечення пацієнтів сучасними методами променевої діагностики.

На першому етапі дослідження встановлено перелік необхідних методів променевої діагностики для пацієнтів відділень ЛІЛ (табл. 1).

Далі, базуючись на отриманих даних, визначено необхідне обладнання з променевої діагностики для ЛІЛ у розрізі відділень ЛІЛ і відділення променевої діагностики (табл. 2).

Отримані дані стали підставою для проведення подальших розрахунків. Нами розраховано необхідні видатки на придбання обладнання з променевої діагностики для ЛІЛ (табл. 3).

Таблиця 1

**Перелік сучасних методів променевої діагностики
для обстеження пацієнтів за певними спеціальностями
(відділення лікарні інтенсивного лікування)**

Відділення	Необхідні методи променевої діагностики
Приймальне	Ультразвукове дослідження (УЗД), магнітно-резонансна томографія (МРТ), комп'ютерна томографія (КТ), стандартні рентгенологічні методи
Терапевтичне	УЗД, МРТ, КТ, стандартні рентгенологічні методи
Кардіологічне з блоком інтенсивної терапії	Ехокардіографія (ЕхоКГ), ЧП-ЕхоКГ, радіонуклідні методи, КТ-ангіографія, МРТ та ангіо- і коронароангіографія, рентгенографія, доплерокардіографія, аортографії із селективною катетеризацією ниркових артерій
Неврологічне з блоком інтенсивної терапії	Краніографія, спондилографія, пневмоенцефалографія, пневмомієлографія, пневмомедіастинографія; позитивна мієлографія; церебральна ангіографія; КТ, МРТ, позитронно-емісійна томографія (ПЕТ), УЗД: ультразвукова доплерографія (УЗДГ), ехоенцефалографія (ЕхоЕГ)
Інфекційне	УЗД, стандартні рентгенологічні методи
Травматологічне	Рентгенологічна діагностика переломів, КТ, МРТ, УЗД
Хірургічне	УЗД, МРТ, КТ, стандартні рентгенологічні методи
Урологічне	Екскреторна урографія, цистографія, УЗД (сонографія, трансректальне ультразвукове дослідження (ТРУЗД), трансабдомінальна ультразвукова діагностика), КТ, альтернатива МРТ, радіонуклідні методи (динамічна однофотонна емісійна комп'ютерна томографія чи сцинтиграфія) (ОФЕКТ), селективна ангіографія судин нирок
Нейрохірургічне	Рентгенографія, КТ (спіральна КТ, мультиспіральна КТ), контрастна цистерно-вентрикулографія, МРТ, ультразвукова томографія головного мозку чи нейросонографія (НСГ)
Акушерське для жінок з екстрагенітальною патологією та блоком інтенсивної терапії	УЗД, рентгенівські методики із введенням контрастних препаратів у порожнину матки та фаллопієвих труб (гістеросальпінгографія), МРТ
Неонатологічне інтенсивної терапії	НСГ, КТ і МРТ, рентгенографія черепу, УЗД – НСГ
Анестезіології з блоком інтенсивної терапії (реанімаційне)	УЗД, МРТ, КТ, стандартні рентгенологічні методи
Гінекологічне	Рентгенівська мамографія, пневмокістографія, УЗД, МРТ і рідше МСКТ. УЗД, рентгенівські методики із введенням контрастних препаратів у порожнину матки та фаллопієвих труб (гістеросальпінгографія), МРТ
Педіатричне	УЗД, МРТ, КТ, рентгенологічні
Консультативно-діагностичний центр	УЗД, МРТ, КТ, мамографія, стандартні рентгенологічні методи, ангіографія, НСГ

Таблиця 2

**Перелік необхідного обладнання
з променевої діагностики для лікарні інтенсивного лікування**

Відділення	Перелік основного обладнання і устаткування	Перелік додаткового обладнання і устаткування
Променевої діагностики	Мікрохвильовий резонансний томограф Комп'ютерний томограф Мамограф Рентгенапарат цифровий Ехоенцефалограф Апарати УЗД з відповідними датчиками Рентгенівські денціальні апарати Флюорографічний цифровий апарат Ангіографічний рентгенівський апарат	Персональний комп'ютер Модульний прилад для вводу і виводу відеосигналу Проявний комплекс Цифровий плівковий принтер Негатоскоп Переговорні прилади

Продовження таблиці 2

Анестезіології з блоком інтенсивної терапії (реанімаційне)	Апарат рентгенівський діагностичний переносний Апарат УЗД з датчиками	Персональний комп'ютер
Акушерське для жінок з екстрагенітальною патологією та блоком інтенсивної терапії	Апарат УЗД з датчиками	Персональний комп'ютер
Неонатологічне інтенсивної терапії	Апарат УЗД з датчиками	Персональний комп'ютер
Інфекційне	Апарат УЗД з датчиками	Персональний комп'ютер
Хірургічне, травматологічне, нейрохірургічне	Апарат рентгенівський діагностичний переносний Апарат УЗД з датчиками	Персональний комп'ютер Модульний прилад для вводу і виводу відеосигналу

Таблиця 3

Розрахунок видатків на придбання обладнання з променевої діагностики для лікарні інтенсивного лікування (тис. грн)

Перелік обладнання та устаткування	Кількість	Вартість	Сума
Мікрохвильовий резонансний томограф	1	225000,0	225000,0
Рентгенапарат цифровий	2	10000,0	20000,0
Комп'ютерний томограф	1	125000,0	125000,0
Ехоенцефалограф	1	245,0	245,0
Апарати УЗД	9	290,0	2610,0
Датчики до апаратів УЗД	9	67,0	603,0
Рентгенівські дентальні апарати	1	320,0	320,0
Апарат рентгенівський діагностичний переносний	2	620,0	1240,0
Мамограф	1	920,0	920,0
Флюорографічний апарат, цифровий	1	650,0	650,0
Персональний комп'ютер	10	23,0	230,0
Проявний комплекс	3	41,0	123,0
Цифровий плівковий принтер	3	92,3	276,9
Негатоскоп	5	5,7	28,5
Переговорні пристрої	5	2,4	12,0
<i>Усього</i>			373793,4

Висновки

Таким чином, на придбання сучасного обладнання для променевої діагностики для ЛПЛ необхідні видатки в сумі 373793,4 тис. грн. Впровадження сучасних методів променевої діагностики на рівні ЛПЛ може здійснюватися поетапно. Важливим механізмом фінансування створення та забезпечення функціонування служби променевої діагностики може бути механізм державно-приватного партнерства.

Важливим елементом у роботі відділень променевої діагностики є захист медичних працівників і пацієнтів від шкідливої дії променевого навантаження. Проведені розрахунки необхідних видатків на придбання засобів індивідуального захисту медичних працівників та пацієнтів у відділенні променевої діагностики ЛПЛ становлять до 400 тис. грн.

Проведені розрахунки потреби у видатках на забезпечення пацієнтів ЛПЛ обладнанням для променевої діагностики рекомендуються до використання в ході створення госпітальних округів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності використання високовартісного обладнання з променевої діагностики в комунальних та державних закладах охорони здоров'я.

Література

1. Качур О. Ю. Вплив різних моделей організації променевої діагностики на ефективність і терміни її застосування при наданні стаціонарної медичної допомоги / О. Ю. Качур, Г. О. Слабкий // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 4. – С. 29–31.
2. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – Київ, 2009. – 50 с.
3. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, Г. О. Слабкий [та ін.]. – Київ, 2011. – 149 с.
4. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, перспективи / В. В. Лазорининець, Р. В. Салютін, Г. О. Слабкий [та ін.]. – Київ, 2014. – 207 с.
5. Слабкий Г. О. Потреба лікарні інтенсивного лікування в променевих методах дослідження / Г. О. Слабкий, О. Ю. Качур // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 2 (34). – С. 63–67.
6. Kachur O. Yu. Modern approaches to reforming health service system in Ukraine / O. Yu. Kachur, G. O. Slabky // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 4. – С. 38–43.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.09.2016 р.

Расчеты необходимых расходов на внедрение современной системы лучевой диагностики на уровне госпитального округа

А.Ю. Качур

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

Цель – обосновать объемы необходимых расходов для внедрения современной системы лучевой диагностики на уровне больницы интенсивного лечения.

Материалы и методы. Для проведения расчетов применен прейскурант государственного предприятия «Политехмед». При выполнении исследования использованы такие методы: экономический, структурно-логического анализа, описательного моделирования, библиосемантический.

Результаты. Рассчитаны объемы необходимых расходов для обеспечения пациентов больницы интенсивного лечения современными методами лучевой диагностики.

Выводы. Проведенные расчеты потребности в расходах на обеспечение пациентов больницы интенсивного лечения оборудованием для лучевых методов диагностики рекомендуются к использованию в ходе создания госпитальных округов.

Ключевые слова: больница интенсивного лечения, лучевая диагностика, оборудование, стоимость, необходимые расходы.

Calculations of necessary expenditure for the implementation of modern radial diagnostics system on the level of hospital circuit

O.Yu. Kachur

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches
of MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to ground the necessary expenditure for the implementation of modern radial diagnostics system on the level of intensive treatment hospital.

Materials and methods. The price list of the State Enterprise “Politekhmed” was used for calculations. The following methods were used in the course of research: economical, of structural-and-logical analysis, of descriptive modeling, bibliosemantic.

Results. The amounts of necessary expenditure to provide the patients of intensive treatment hospital with modern radial diagnostics methods are estimated.

Conclusions. The calculations of necessary expenditure for ensuring intensive treatment hospital with equipment to provide patients with radial diagnostics methods performed are recommended for use in the course of creating the hospital circuits.

Key words: intensive treatment hospital, radial diagnostics, equipment, cost, necessary expenditure.

Відомості про автора

Качур Олександр Юрійович – к.мед.н., науковий співробітник ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 616-053.31-08

Р.М. Федосюк

ОСНОВНІ ПРІОРИТЕТИ СЛУЖБИ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ УКРАЇНИ У СФЕРІ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ

Київська міська клінічна лікарня № 3, м. Київ, Україна

Мета – обґрунтувати пріоритетні напрямки підвищення рівня безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України в рамках Національного плану дій.

Матеріали та методи. Проведено контент-аналіз рекомендаційної бази та ініціатив із безпеки пацієнтів ВООЗ, європейських міжурядових організацій і міжнародних професійних організацій анестезіологів та інтенсivistів, а також матеріалів Першого Національного конгресу з безпеки пацієнтів та окремих розділів Державних будівельних норм України щодо вимог до архітектурного дизайну й інженерно-технічного забезпечення відділень анестезіології та інтенсивної терапії. Оцінено матеріально-технічну базу та деякі аспекти діяльності служби анестезіології та інтенсивної терапії за даними, відповідно, технічних аудитів 2007 і 2014 рр. та річних звітів за 2014–2015 рр.

Результати. На основі аналізу опрацьованої літератури, вивчення закордонного досвіду із впровадження безпекових ініціатив у медичну практику та оцінки ситуації у вітчизняній системі охорони здоров'я запропоновано вісім пріоритетних напрямків підвищення рівня безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України: інфекційна безпека, хірургічна безпека, фармацевтична безпека, інцидент-моніторинг та звітність, інфраструктурна безпека і технології, навчання, наука, премія.

Висновки. Запропоновані пріоритети мають стати основою плану дій з безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України як складової Національного плану.

Ключові слова: служба анестезіології та інтенсивної терапії, безпека пацієнта, пріоритети, національний план дій.

Вступ

На рубежі ХХ–ХХІ ст. у науковій медичній літературі з'явилися численні публікації щодо вкрай неприйнятної статистики медичних помилок і несприятливих подій в охороні здоров'я [8–10]. Вони стали відправною точкою в усвідомленні суспільством серйозності проблеми та поштовхом до розробки різноманітних стратегій її подолання. За 10 останніх років у світі ініційовані і впроваджені численні програми з безпеки пацієнтів (БП).

В Україні перші системні кроки у цьому напрямку зроблені лише у 2012 р., коли за ініціативи Ради Європи і за участі МОЗ України, Всеукраїнської Ради захисту прав та БП і Уповноваженого Верховної Ради з прав людини у Києві пройшов Перший Національний конгрес з БП, що завершився розробкою драфту «Національного плану дій з БП» та проголошенням одинадцяти стратегічних напрямків діяльності у сфері БП [1].

Мета роботи – обґрунтувати пріоритетні напрямки підвищення рівня БП у службі анестезіології та інтенсивної терапії (АІТ) України на основі критичного аналізу міжнародної і національної настановно-рекомендаційної бази, вивчення передового закордонного досвіду із впровадження ініціатив із БП у повсякденну медичну практику та оцінки ситуації у вітчизняній системі охорони здоров'я.

Матеріали та методи

Для обґрунтування пріоритетних напрямків підвищення рівня БП у структурних підрозділах служби АІТ України:

1) проведено пошук та контент-аналіз рекомендаційної бази Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), європейських міжурядових організацій (Ради Європи та Європейської Комісії) і провідних міжнародних професійних організацій анестезіологів та спеціалістів з інтенсивної терапії (Всесвітньої федерації товариств анестезіологів, Європейського товариства анестезіологів, Європейської ради анестезіологів, Європейського товариства інтенсивної терапії), а також матеріалів Першого Національного конгресу з БП (м. Київ, 2012 р.);

2) вивчено закордонний досвід впровадження деяких міжнародних ініціатив із БП (зокрема, Першої та Другої глобальних ініціатив ВООЗ) у медичну практику різних країн світу [4, 14];

3) досліджено деякі аспекти інфраструктури і діяльності вітчизняної служби АІТ, що стосуються БП, зокрема:

а) архітектурний дизайн та інженерно-технічне забезпечення відділень АІТ (на основі аналізу відповідних розділів чинних Державних будівельних норм України – «Будинки та споруди. Заклади охорони здоров'я. ДБН В. 2.2-10-2001») [1];

б) матеріально-технічну базу (за даними технічних аудитів служби у 2007 і 2014 рр.);

в) доступну статистику ятрогенних ускладнень (за даними щорічних звітів обласних позаштатних анестезіологів за 2014–2015 рр.).

Результати дослідження та їх обговорення

Контент-аналіз міжнародної та вітчизняної рекомендаційної бази у сфері безпеки пацієнтів

Встановлено значну кількість настанов, рекомендацій та ініціатив у сфері БП, контент-аналіз яких дав змогу поділити їх на чотири групи:

- 1) глобальні (ВООЗ);
- 2) європейські (ЄС, Рада Європи, Європейська комісія);
- 3) міжнародні «анестезіологічні» та «інтенсивістські»;
- 4) вітчизняні.

Глобальні ініціативи ВООЗ у сфері БП:

– 2002 р. – резолюція 55-ї Асамблеї ВООЗ №55.18 з БП (заклик до країн-членів ВООЗ привернути пильну увагу до проблеми БП);

– 2004 р. – створення Всесвітнього Альянсу за Безпеку Пацієнтів (the World Alliance for Patient Safety – WAPS) з метою консолідації міжнародних зусиль у сфері БП;

– 2005 р. і дотепер – розробка і впровадження глобальної програми ВООЗ з БП, що охоплює 13 напрямків діяльності [12], зокрема:

– 2005–2006 рр. – поширення Першої глобальної ініціативи ВООЗ з БП «Чистота підвищує безпеку медичної допомоги» («Clean Care is Safer Care»), мета якої – попередження нозокоміальних інфекцій через впровадження правил гігієни рук «Рятуй життя: мий руки» («Save Lives: Clean Your Hands») [4];

– 2007–2008 рр. – поширення Другої глобальної ініціативи ВООЗ з БП «Безпечна хірургія рятує життя» («Safe Surgery Saves Lives»), мета якої – підвищення рівня БП під час операцій та анестезій через впровадження «Чек-листа ВООЗ з безпеки хірургічного втручання» («WHO Surgical Safety Checklist») [14, 16].

Європейські ініціативи у сфері БП:

– 2005 р. – перша конференція з БП «Patient safety – making it happen – the European perspective» під егідою ЄС та Єврокомісії (першочергові завдання у сфері БП для Європейського Союзу);

– 2005–2007 рр. – проект «SIMPATIE» або «Safety improvement for patients in Europe» під егідою Єврокомісії та Ради Європи (термінологія у сфері БП, індикатори БП та інструменти підвищення рівня БП);

– 2008 р. – проект «EUNetPaS» або «European Union Network for Patient Safety» (єдина платформа для співпраці та обміну інформацією у сфері БП усіх 27 членів ЄС);

– 2006 р. – «Rec(2006)7» або «Рекомендації Комітету міністрів Ради Європи урядам держав-членів про управління безпекою пацієнтів та запобігання

інцидентам у сфері охорони здоров'я» (10 основних груп рекомендацій щодо розробки національних програм з БП) [6];

– 2011 р. – «План дій Ради Європи для України 2011–2014» (Проект 1.4.1. «Розробка Національного плану дій з БП») [5].

Міжнародні «анестезіологічні» та «інтенсивістські» ініціативи у сфері БП:

– 2009 р. – «Віденська декларація з БП в інтенсивній терапії» Європейського Товариства Інтенсивної Терапії (ESICM) [11];

– 2010 р. – «Гельсінська декларація з БП в анестезіології» Європейського Товариства Анестезіологів (ESA) та Європейської Ради Анестезіології (ЕВА) при Європейській Спільноті Медичних Спеціалістів (EUMS) [18];

– 2010 р. – «Міжнародні стандарти безпечної анестезіологічної практики» Всесвітньої Федерації Товариств Анестезіологів (WFSA) [7];

– 2010 р. – «Настанови з якості та безпеки післянаркозної допомоги» Європейської Ради Анестезіології (ЕВА) при Європейській Спільноті Медичних Спеціалістів (EUMS) [20];

– 2011 р. – «Рекомендації щодо основних вимог до відділень ІТ: структурні й організаційні аспекти» Європейського Товариства Інтенсивної Терапії (ESICM) [19];

– 2013 р. – «Стартовий пакет з БП в анестезіології» Європейського Товариства Анестезіологів (ESA) та Європейської Ради Анестезіології (ЕВА) при Європейській Спільноті Медичних Спеціалістів (EUMS) [13].

Вітчизняні ініціативи у сфері БП:

– 2012 р. – I Національний конгрес з БП «Безпека пацієнта – Безпека лікаря – Безпека держави» (м. Київ);

– 2014 р. – VI Британсько-Український Симпозіум з анестезіології та ІТ «Новітні тенденції в сучасній анестезіології та інтенсивній терапії – акцент на проблемах безпеки пацієнта та моніторингу» (м. Київ);

– 2016 р. – VII Національний Конгрес анестезіологів України (пленарне засідання «Безпека в анестезіології») (м. Дніпро).

Міжнародні професійні товариства анестезіологів та інтенсивістів із самого початку стали незаперечними лідерами глобального руху за БП. Як зазначено вище, основними їх ініціативами у цій сфері стали «Віденська декларація з БП в інтенсивній терапії» (ESICM, 2009 р.) та «Гельсінська декларація з БП в анестезіології» (спільний документ ESA та ЕВА, 2010 р.).

«Віденська декларація» проголосила такі зобов'язання своїх ініціаторів та учасників:

– поліпшити свої знання щодо причин невдач у сфері БП у відділеннях ІТ;

– покращити своє розуміння наслідків невдач у сфері БП у відділеннях ІТ;

– розробити та впровадити критерії оцінки рівня БП у відділеннях ІТ;

– трансформувати знання безпеки в підвищення якості медичної допомоги пацієнтам.

«Гельсінська декларація» висунула сім основних вимог до національних програм із БП:

1) дотримання мінімальних стандартів інтра- та післянаркозного моніторингу;

2) наявність протоколів та ресурсного забезпечення менеджменту десяти анестезіологічних проблем – передопераційної оцінки та підготовки пацієнтів, перевірки обладнання та медикаментів, маркування шприців, складної або невдалої інтубації, злоякісної гіперлірексії, анафілаксії, токсичної реакції на місцевий анестетик, масивної кровотечі, інфекційного контролю, післяопераційної допомоги (включаючи полегшення болю);

3) дотримання безпечних стандартів седації;

4) впровадження «Чек-листа ВООЗ з безпеки хірургічного втручання» («WHO Surgical Safety Checklist»);

5) подання річних звітів про запроваджені заходи з БП та одержані від них результати;

6) моніторинг захворюваності та летальності, пов'язаних з анестезіологічними причинами;

7) участь в аудитах із безпеки клінічної практики та у системах моніторингу критичних інцидентів.

Перший Національний Конгрес з БП, що пройшов під лозунгом «Безпека пацієнта – Безпека лікаря – Безпека держави» у 2012 р. у м. Києві, став першим в Україні науково-практичним заходом з обговорення та розробки нормативної бази, способів та методів реалізації міжнародних зобов'язань України у сфері БП, що впливають з членства України у Раді Європи, через

розробку та впровадження «Національного плану дій з БП» – одного з 50-ти проектів, що входили до «Плану дій Ради Європи для України 2011–2014» [5]. Своїми партнерами в реалізації проекту Рада Європи в документі назвала МОЗ України, Всеукраїнську Раду захисту прав та безпеки пацієнтів та Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини. Головна мета Плану – поліпшити стан здоров'я громадян України шляхом розробки політики, спрямованої на реалізацію «Рекомендації Комітету міністрів Ради Європи урядам держав-членів про управління безпекою пацієнтів та запобігання інцидентам у сфері охорони здоров'я». Перший Національний Конгрес з БП визначив одинадцять пріоритетних напрямків Національного Плану дій з БП:

1. «Чиста медицина – безпечна медицина».

2. «Безпечна хірургія рятує життя».

3. «Пацієнти за безпеку пацієнтів».

4. «Фармацевтична безпека і фармакологічний нагляд».

5. «Міжнародна класифікація у сфері БП».

6. «Інцидент-звітність»

7. «Рішення для забезпечення БП».

8. «Наукові дослідження у сфері БП».

9. «Навчання та управління знаннями у сфері БП».

10. «Технології для забезпечення БП».

11. «Премія за заслуги у сфері БП».

Наведений вище аналіз дає змогу визначити основну нормативно-правову базу власного плану дій з БП у службі АІТ України (рис. 1).



Рис. 1. Нормативно-правова база плану дій з безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України

Аналіз закордонного досвіду впровадження міжнародних ініціатив із безпеки пацієнтів у медичну практику

За даними ВООЗ, за 10 (2005–2015) років, що минули з моменту запуску Першої її глобальної ініціативи «Чистота підвищує безпеку медичної допомоги», 139 міністерств охорони здоров'я по усьому світу зобов'язались просувати цей інструмент підвищення рівня БП у своїх країнах та майже 18 тис. лікувальних закладів у 179 країнах долучилися до кампанії «Save Lives: Clean Your Hands» («Рятууй життя: мий руки») [17].

Впродовж одного року (жовтень 2007 р. – вересень 2008 р.), що минув з моменту запуску Другої її глобальної ініціативи «Безпечна хірургія рятує життя», ефект від впровадження «Чек-листа з безпеки хірургічного втручання» досліджено експертами ВООЗ у 8 лікарнях 8 міст світу – Торонто (Канада), Нью Делі (Індія), Амману (Йорданія), Окленду (Нова Зеландія), Маніли (Філіппіни), Іфакари (Танзанія), Лондона (Сполучене Королівство) і Сіетлу (США); проспективні дані щодо медичних процесів та кінцевих результатів лікування зібрано у 3733 пацієнтів до та 3955 пацієнтів після впровадження зазначеного чек-листа; встановлено, що у згаданих вище восьми пілотних закладах

внутрішньолікарняна летальність зменшилась з 1,5% до 0,8%, а частота хірургічних ускладнень – з 11% до 7,0% [3].

Оцінка ситуації з безпекою пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України

Вивчення різних аспектів інфраструктури та діяльності вітчизняної служби АІТ, що стосуються сфери БП, підтвердило наявність системних «хронічних» проблем, що потребують вирішення. Так, порівняння міжнародних (Рекомендації ESICM 2010 р.) [19] і вітчизняних (ДБН В. 2.2-10-2001) [1] стандартів архітектурного дизайну та інженерно-технічного забезпечення відділень АІТ продемонструвало суттєве відставання вітчизняних нормативів від загальноприйнятих у сучасному цивілізованому світі мінімальних вимог (табл. 1).

Оцінка матеріально-технічної і технологічної бази служби АІТ України на основі результатів двох загальнонаціональних технічних аудитів, проведених за участі автора у 2007 р. та 2014 р., показала її крайню занедбаність та невідповідність навіть вітчизняним нормативам, передбаченим чинними таблицями оснащення (рис. 2–4).

Таблиця 1

Інфраструктура та інженерно-технічне забезпечення відділень інтенсивної терапії: міжнародні (ESICM) та вітчизняні (ДБН) стандарти

Параметри	Стандарти	
	міжнародні	вітчизняні
І. Площі приміщень		
Площа на 1 ліжко (м ² на 1 ліжко)	20	13
Кімната для зберігання витратних матеріалів (м ²)	5 на 1 ліжко	8
Кімната для зберігання обладнання (м ²)	5 на 1 ліжко	18
Кімната для чистих матеріалів (м ²)	15	4
Кімната для забруднених матеріалів (м ²)	15	4
Технічна міні-майстерня (м ²)	28	Не передбачені
Секретаріат (м ² на 8 ліжок)	20	
Зона обслуговування відвідувачів та родин пацієнтів (м ² на 8 ліжок)	45	
ІІ. Інженерно-технічне забезпечення одного ліжка інтенсивної терапії		
Кількість електричних розеток	16–20	Не регламентовані
Кількість вихідних точок медичного кисню	4	
Кількість вихідних точок медичного повітря	3	
Кількість вихідних точок медичного вакууму	3	

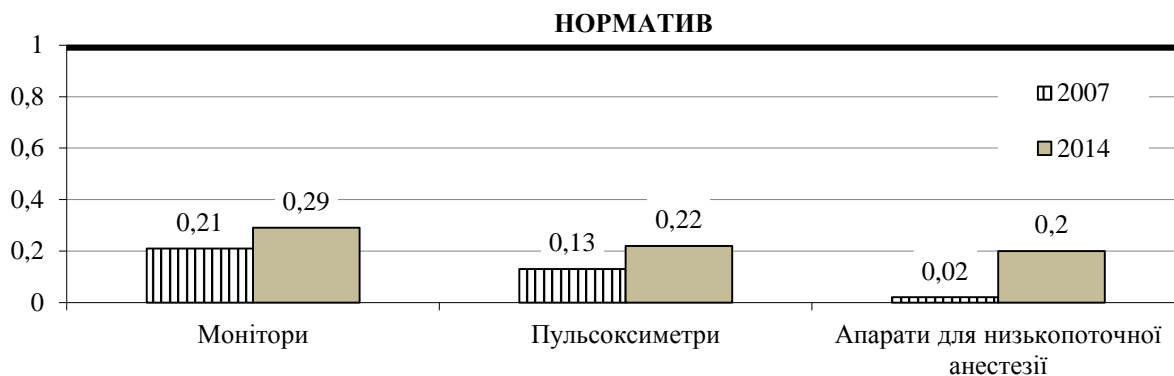


Рис. 2. Рівень забезпечення операційних кімнат обладнанням (одиниць обладнання на один операційний стіл)

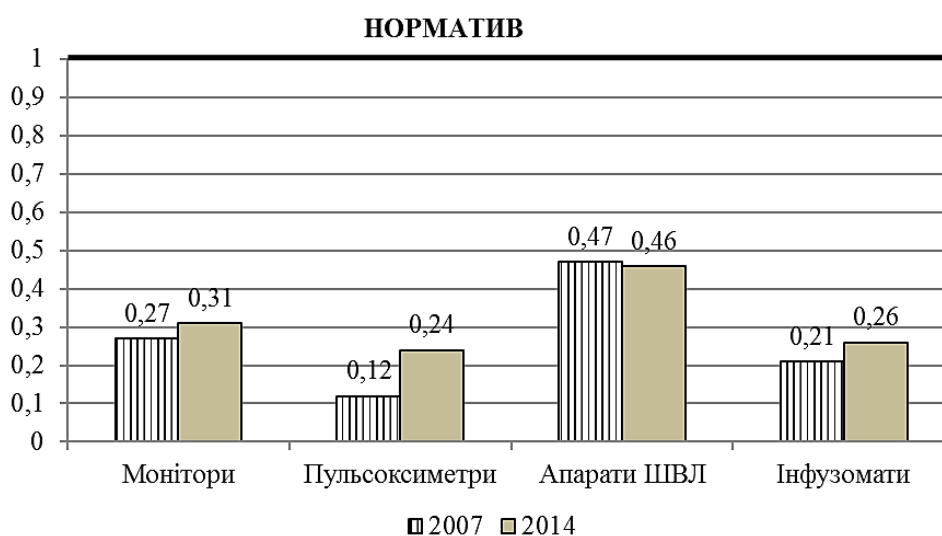


Рис. 3. Рівень забезпечення палат інтенсивної терапії обладнанням (одиниць обладнання на одне ліжко інтенсивної терапії)

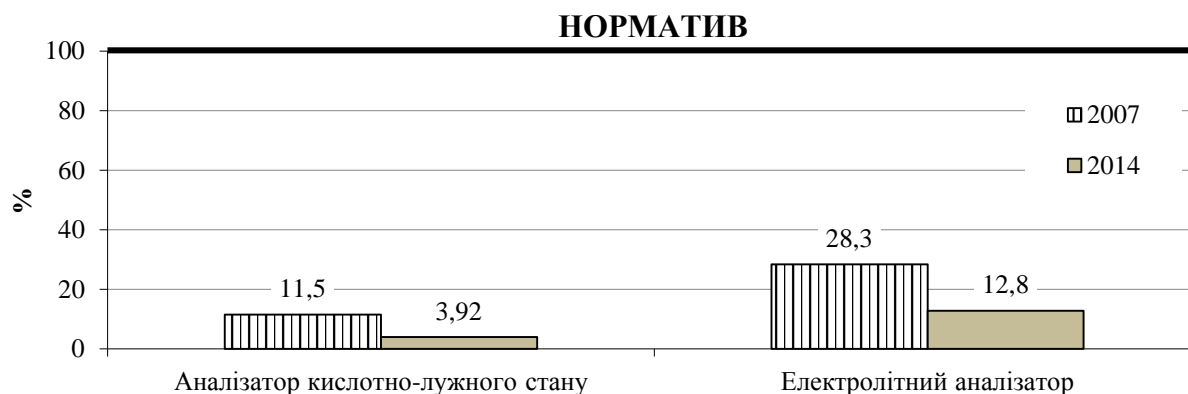


Рис. 4. Відсоток відділень інтенсивної терапії (на 6 та більше ліжок), забезпечених аналізаторами кислотно-лужного стану крові та електролітів

Аналіз єдино доступної, але не офіційної статистики ятрогенних ускладнень у вітчизняній анестезіологічній та реанімаційній практиці (дані щорічних звітів обласних позаштатних анестезіологів) засвідчив мізерну для такої великої служби АІТ кількість

інцидентів із БП, що на порядки відрізняється від значно більшої і, очевидно, більш достовірної статистики медичних помилок та несприятливих подій, отримуваної з закордонних систем інцидент-звітування (табл. 2) [15].

Таблиця 2

Ятрогенні ускладнення в службі анестезіології та інтенсивної терапії України за даними річних звітів головних обласних позаштатних анестезіологів у 2014–2015 рр.

Ускладнення	Кількість (абс.)	
	2014 р.	2015 р.
Смерть пацієнта унаслідок анестезіологічних причин (ускладнень)	20	22
Інвалідність пацієнта внаслідок анестезіологічних причин (ускладнень)	0	2
Хибна операція («не на тому пацієнтові, не на тому органі, не на тій стороні тіла»)	0	2
Ятрогенний пневмоторакс	204	221
Катетер-асоційований сепсис	59	54
Переливання несумісної крові	1	1
Усього	284	302

Отже, вітчизняними реаліями є застаріла інфраструктура, недосконале і недостатньо регламентоване інженерно-технічне забезпечення та занедбана матеріально-технічна база служби АІТ України, а також майже повна відсутність затверджених стандартів анестезіологічної та реанімаційної допомоги і недоступність достовірної статистики медичних помилок

та несприятливих подій в анестезіологічній практиці.

Виходячи з наведеного вище аналізу міжнародної та вітчизняної рекомендаційної бази з БП і закордонного досвіду впровадження відповідних ініціатив у медичну практику, а також оцінки ситуації з БП у вітчизняній анестезіологічній практиці, ми пропонуємо вісім пріоритетів служби АІТ України у сфері БП (рис. 5).

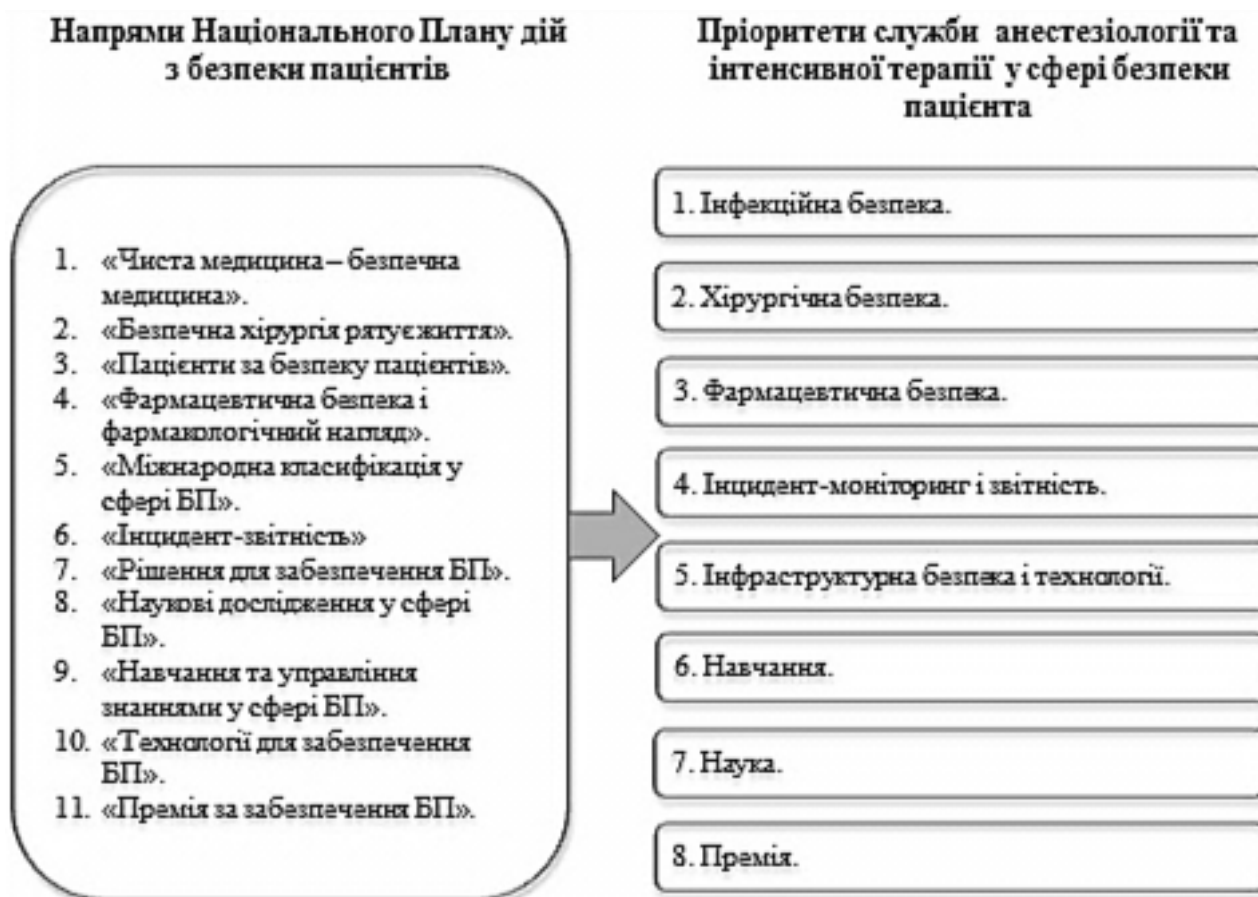


Рис. 5. Основні пріоритети служби анестезіології та інтенсивної терапії України у сфері безпеки пацієнтів

Висновки

Реалізація Проекту 1.4.1. «Плану дій Ради Європи для України на 2011–2014 роки» щодо розробки «Національного плану дій з безпеки пацієнтів» є важливим міжнародним зобов'язанням України у сфері охорони здоров'я.

Участь служби анестезіології України в розробці власного плану дій у сфері БП дає унікальну перспективу зниження частоти медичних помилок та несприятливих подій у вітчизняній анестезіологічній практиці та

наближення стандартів її діяльності до стандартів Європейського Союзу.

Визначені вісім основних пріоритетів мають стати основою власного плану дій у сфері БП для служби АІТ України та невід'ємною складовою загальнонаціонального плану.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження полягають у розробці Національного плану дій з БП для служби АІТ України.

Література

1. Будинки та споруди. Заклади охорони здоров'я. ДБН В. 2.2-10-2001 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://dbn.at.ua/load/normativy/dbn/1-1-0-104>. – Назва з екрана.
2. Зелена книга Національного плану дій з безпеки пацієнтів та матеріали Першого національного конгресу з безпеки пацієнтів. – Київ, 2012. – 300 с.
3. *A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population* / A. B. Haynes T. G. Weiser, W. R. Berry [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2009. – Vol. 360. – P. 491–499.
4. *Clean Care is Safer* / WHO [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/gpsc/en>. – Title from screen.
5. *Council of Europe. Action Plan for Ukraine 2011–2014* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.coe.kiev.ua/uk/DPAInf\(2011\)17E%20Action%20Plan%20Ukraine.pdf](http://www.coe.kiev.ua/uk/DPAInf(2011)17E%20Action%20Plan%20Ukraine.pdf). – Назва з екрана.
6. *Council of Europe. Recommendations of the Committee of Ministers.* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.coe.int/t/dg3/health/recommendations_en.asp#policy. – Назва з екрана.
7. *International Standards for a Safe Practice of Anesthesia* // *Can. J. Anaesth.* – 2010. – Vol. 57 (11). – P. 1027–1034.
8. *James J. T. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care* / J. T. James // *J. Patient. Saf.* – 2013. – Vol. 9. – P. 122–128.
9. *Kohn I. T. To Err is Human: Building a Safer Health System* / I. T. Kohn, J. M. Corrigan, M. S. Donaldson ; Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. – Washington : National Academy Press; 2000. – 8 p.
10. *Makary M. A. Medical error – the third leading cause of death in the US* / M. A. Makary, M. Daniel // *BMJ.* – 2016. – Vol. 353. – P. 12139.
11. *Moreno R. P. Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna* / R. P. Moreno, A. Rhodes, Y. Donchin // *Intensive Care Med.* – 2009. – Vol. 35, № 10. – P. 1667–1672.
12. *Patient Safety – programme areas* / WHO [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en>. – Title from screen.
13. *Patient Safety in Anaesthesiology* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/checklists.html>. – Назва з екрана.
14. *Safe Surgery* / WHO [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en>. – Title from screen.
15. *Surgical never events in the United States* / W. T. Mehtsun, A. M. Ibrahim, M. Diener-West [et al.] // *Surgery.* – 2013. – Vol. 153. – P. 465–472.
16. *Surgical Safety Checklist* / WHO [Electronic resource]. – Access mode : http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf?ua=1. – Title from screen.
17. *Ten years of Clean Care is Safer Care – 2005–2015* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.who.int/gpsc/ccsc_ten-years/en. – Назва з екрана.
18. *The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology* / J. Mellin-Olsen, S. Staender, D. K. Whitaker [et al.] // *Eur. J. Anaesthesiol.* – 2010. – Vol. 27, № 7. – P. 592–597.
19. *Valentin A. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects* / A. Valentin, P. Ferdinande ; ESICM Working Group on Quality Improvement // *Intensive Care Medicine.* – 2011. – Vol. 37, № 10. – P. 1575–1587.
20. *Vimlati L. Quality and safety guidelines of postanaesthesia care* / L. Vimlati, F. Gilsanz, Z. Goldik // *Eur. J. Anaesthesiol.* – 2009. – Vol. 26, № 9. – P. 715–721.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.08.2016 р.

**Основные приоритеты службы анестезиологии
и интенсивной терапии Украины
в сфере безопасности пациентов***Р.Н. Федосюк*Киевская городская клиническая больница № 3,
г. Киев, Украина

Цель – обосновать приоритетные направления повышения уровня безопасности пациентов в службе анестезиологии и интенсивной терапии Украины в рамках Национального плана действий.

Материалы и методы. Проведен контент-анализ рекомендательной базы и инициатив по безопасности пациентов ВОЗ, европейских межправительственных организаций и международных профессиональных организаций анестезиологов и intensivists, а также материалов Первого Национального конгресса по безопасности пациентов и отдельных разделов Государственных строительных норм Украины относительно требований к архитектурному дизайну и инженерно-техническому обеспечению отделений анестезиологии и интенсивной терапии. Оценена материально-техническая база и некоторые аспекты деятельности службы анестезиологии и интенсивной терапии, касающиеся безопасности, по данным, соответственно, технических аудитов 2007 и 2014 гг. и годовых отчетов за 2014–2015 гг.

Результаты. На основе анализа обработанной литературы, изучения зарубежного опыта по внедрению инициатив по безопасности пациентов в медицинскую практику и оценки ситуации в отечественной системе здравоохранения предложены восемь приоритетных направлений повышения уровня безопасности пациентов в службе анестезиологии и интенсивной терапии Украины: инфекционная безопасность, хирургическая безопасность, фармацевтическая безопасность, инцидент-мониторинг и отчетность, инфраструктурная безопасность и технологии, обучение, наука, премия.

Выводы. Предложенные приоритеты должны стать основой плана действий по безопасности пациентов в службе анестезиологии и интенсивной терапии Украины как составляющей Национального плана.

Ключевые слова: служба анестезиологии и интенсивной терапии, безопасность пациента, приоритеты, национальный план действий.

**Principal priorities of the anaesthesiology
and intensive care service of Ukraine
in the field of patient safety***R.M. Fedosiuk*

Kyiv City Clinical Hospital № 3, Kyiv, Ukraine

Purpose – to substantiate priority directions of patient safety enhancement in the anaesthesiology and intensive care service of Ukraine within the framework of the National Action Plan.

Materials and methods. Content analysis of the patient safety-related recommendations and initiatives of the WHO, European intergovernmental organizations, and international professional organizations of anaesthesiologists and intensivists as well as the materials of the First National Congress on patient safety and the individual chapters of the State Building Code of Ukraine regarding ICU's design and their central engineering support services has been conducted. Material and technical base and some patient safety-related aspects of the anaesthesiology and intensive care service activity have been evaluated based on 2007 and 2014 technical audits and 2014 and 2015 regional annual reports, respectively.

Results. Based on the literature worked over, the study of foreign experience in implementing patient safety initiatives into medical practice, and the evaluation of the situation in the national healthcare system, the following eight patient safety priorities for the anaesthesiology and intensive care service of Ukraine have been put forward: infectious safety, surgical safety, pharmaceutical safety, incident monitoring and reporting, infrastructural safety and technology, education, research, and reward.

Conclusions. Suggested priorities should become the basis for the Ukrainian anaesthesiology and intensive care service action plan on patient safety as a part of the corresponding National Plan.

Key words: anaesthesiology and intensive care service, patient safety, priorities, national action plan.

Відомості про автора

Федосюк Роман Миколайович – к.мед.н., доц., завідувач відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії Київської міської клінічної лікарні № 3; вул. Петра Запорозця, 26, м. Київ, 02125, Україна.

УДК 616.89-008.44-082.001.73.001.57

Г.О. Слабкий, Н.С. Зацик

ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ АНТИСУЇЦИДАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета – розробити та навести сучасну функціонально-організаційну модель антисуїцидальної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я України.

Матеріали та методи: бібліосемантичний, структурно-логічний, концептуального моделювання. Методологією дослідження став метод системного підходу.

Результати. Запропоновано функціонально-організаційну модель антисуїцидальної допомоги в Україні. Завдання моделі: проведення комплексної профілактичної роботи; надання психологічної допомоги особам у критичних станах та особам із вираженою саморуйнівною поведінкою; надання стаціонарної допомоги особам, які скоїли суїцидальну спробу; проведення психосоціальної реабілітації особам, які скоїли суїцидальну спробу після проведеного стаціонарного лікування. Наведено алгоритм впровадження моделі в систему охорони здоров'я.

Висновки. Ключовою ідеєю моделі є послідовне вирішення пріоритетного завдання з підвищення ефективності профілактичних заходів щодо попередження саморуйнівної поведінки населення в критичних станах і забезпечення соціально-психологічної адаптації після суїцидальної спроби.

Ключові слова: саморуйнівна поведінка, профілактика, допомога, функціонально-організаційна модель.

Вступ

Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим фактором соціальної єдності, продуктивної праці, суспільного спокою та стабільності оточуючого середовища [7]. Психічне, фізичне та соціальне здоров'я є важливою складовою життя, які тісно взаємопов'язані та залежать один від одного. Їх взаємозв'язок свідчить, що психічне здоров'я є надзвичайно важливим для загального благополуччя окремих осіб, громад та країни в цілому [8].

Психічні та поведінкові розлади є надзвичайно поширеними і уражають до 25% усіх людей у певні періоди їхнього життя. Згідно з показником DALI [6], до 2020 р. тягар розладів психіки та поведінки сягне 15% від усіх хвороб [3].

В Україні показники захворюваності населення на розлади психіки та поведінки є одними з найвищих рівнів серед країн Європи [4, 5] при зростанні рівня саморуйнівної поведінки [2], який є теж одним із найвищих в Європейському регіоні [1].

Мета роботи – розробити та навести сучасну функціонально-організаційну модель антисуїцидальної допомоги в умовах реформування системи охорони України.

Матеріали та методи: бібліосемантичний, структурно-логічний, концептуального моделювання. Методологією дослідження став метод системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Актуальність розробки та запровадження для кожного регіону сучасної моделі антисуїцидальної допомоги мають безпосередньо витікати з аналізу суїцидальної поведінки окремих категорій населення та статистичних даних щодо саморуйнівної поведінки і передусім серед молоді та населення працездатного віку.

Діагностика можливої суїцидальної поведінки ускладнена внаслідок того, що респонденти (пацієнти) приховують власні хворобливі переживання, особливо стосовно суїцидального настрою. Існують методики визначення ризику суїцидальної поведінки. Вони є ефективними при проведенні досліджень у людей без розладів психіки та поведінки, оскільки сприяють виявленню «мішеней» подальшої профілактики та лікування (психопрофілактики і психокорекції). У людей з розладами психіки та поведінки використання таким методик є складним завданням. Слід зазначити, що в умовах соціально-економічної напруженості в суспільстві досить часто виникають критичні гострі соціально-стресові розлади, які можуть спричинити суїцидальну поведінку. До такої категорії населення також відносяться особи, які перенесли кризові стани: учасники бойових дій і терактів; ті, що перенесли втрату родичів, побратимів, друзів; особи з посттравматичним стресовим розладом унаслідок психотравмуючої ситуації. Саме вони потребують створення в країні моделі антисуїцидальної допомоги.

Нами розроблено та запропоновано функціонально-організаційну модель антисуїцидальної допомоги (рис.).

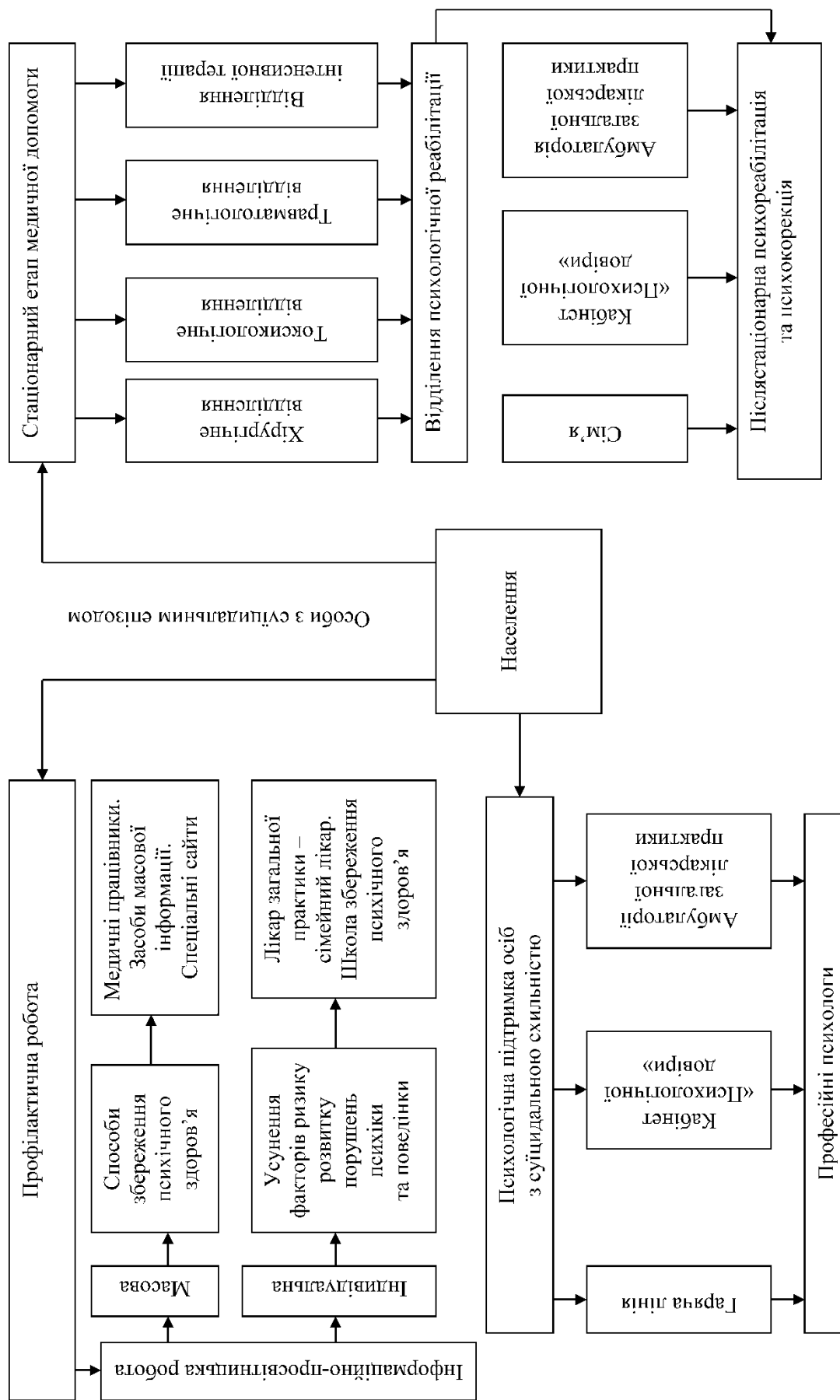


Рис. Функціонально-організаційна модель антисуїцидальної допомоги

Ключовою ідеєю моделі є послідовне вирішення пріоритетного завдання з підвищення ефективності профілактичних заходів щодо попередження саморуйнівної поведінки населення в критичних станах і забезпечення соціально-психологічної адаптації після суїцидальної спроби.

Центральним елементом запропонованої моделі є населення, враховуючи визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, що четверть людей хоча б 1 раз у житті переживає кризовий у психологічному плані стан, із розподілом його на групи можливого високого рівня соціально-стресових розладів і саморуйнівної поведінки.

Завдання антисуїцидальної допомоги:

- проведення широкої масової та індивідуальної профілактичної роботи;
- надання психологічної допомоги особам у критичних станах та особам із вираженою саморуйнівною поведінкою;
- надання стаціонарної допомоги особам, які скоїли суїцидальну спробу;
- проведення психосоціальної реабілітації особам, які скоїли суїцидальну спробу після проведеного стаціонарного лікування.

Розглянемо кожне завдання з точки зору його реального виконання.

Проведення широкої масової та індивідуальної профілактичної роботи

Вирішення цього завдання полягає в інформуванні населення про способи профілактики та пом'якшення дії стресових ситуацій, збереження психічного здоров'я, а також в інформуванні про місця та види психологічної підтримки й допомоги при критичних станах.

Форми інформування та канали комунікації з населенням можуть бути різними: від індивідуальних бесід лікарів загальної практики – сімейних лікарів із пацієнтами до висвітлення даних питань у засобах масової інформації (ЗМІ). Важливе значення має створення сайтів збереження психічного здоров'я як закладами охорони здоров'я, так і професійними громадськими організаціями. Особливу увагу має приділяти система громадського здоров'я, яка наразі створюється в Україні.

Вагомий внесок в ефективність профілактичної роботи можуть зробити працівники первинної медико-санітарної допомоги шляхом організації роботи «Шкіл збереження психічного здоров'я населення», графік роботи яких має знати доросле обслуговуване ними населення.

Надання психологічної допомоги особам у критичних станах та особам із вираженою саморуйнівною поведінкою

Надзвичайно важливе завдання моделі, яке полягає в тому, що особи з високим рівнем саморуйнівної поведінки та в критичних у психологічному плані станах мають отримати в необхідний час висококваліфіковану психологічну підтримку. Вирішувати це завдання мають спільно регіональна і місцева влада, медичні працівники, служби громадського здоров'я, громадські організації.

Заходами його вирішення можуть стати такі кроки: створення і організація цілодобової роботи телефонних гарячих ліній та кабінетів «Психологічної довіри», досвід яких у країнах світу з високим рівнем суїцидальної поведінки населення показав високу ефективність. Для вирішення даного завдання необхідно підготувати в країні значну кількість професійних кваліфікованих психологів.

Надання стаціонарної допомоги особам, які скоїли суїцидальну спробу

Відділення, в якому має надаватися інтенсивна медична допомога при суїцидальній спробі, відповідає механізму суїциду: хірургічне, токсикологічне, реанімаційне тощо. Важливим є те, щоб із появою в пацієнта свідомості почати проводити заходи психологічної корекції та психологічної реабілітації. Після лікування пацієнта у фізичному плані він обов'язково має пройти стаціонарну психологічну реабілітацію. Для цього мають бути створені умови у відділеннях кризових станів або у відділеннях медико-соціальної реабілітації. Тактично вірно, коли даний етап реабілітації проводитиметься не у відділеннях закладів психіатричного профілю, а в закладах загального профілю (за винятком хворих на психічні розлади). Проведення стаціонарного лікування на всіх етапах потребує спеціальної підготовки та кваліфікації медичного персоналу.

Проведення психосоціальної реабілітації особам, які скоїли суїцидальну спробу після проведеного стаціонарного лікування

Вирішення даного завдання є важливим кроком у соціальній адаптації особи, яка скоїла суїцидальну спробу, а даний етап – обов'язковим. Закладом, де може бути здійснений післястаціонарний етап психокорекції та психореабілітації, має бути кабінет «Психологічної довіри». Обов'язковою умовою діяльності даного кабінету, як і надання допомоги на всіх інших етапах, є збереження конфіденційності інформації про пацієнта і факт його звертання по медичну допомогу.

Крім кабінетів «Психологічної довіри», реабілітаційні заходи можуть проводитися і в амбулаторії загальної лікарської практики. Умовою для цього може бути наявність в амбулаторії кваліфікованого психолога або відповідна підготовка лікаря загальної практики – сімейного лікаря.

Надзвичайно важливою умовою ефективної психологічної реабілітації та можливості повторення випадку саморуйнівної поведінки є психологічний клімат у сім'ї та психологічна підтримка потерпілої особи членами родини. Слід ураховувати, що стигма в сім'ї тільки посилить рівень саморуйнівної поведінки. Тому сім'я, до появи потерпілої особи після виписки зі стаціонару, має бути підготовлена. Така підготовка членів родини, а в подальшому і їх психологічний супровід, здійснюється професійним психологом.

Для практичного впровадження запровадженої моделі в практику охорони здоров'я та громадського здоров'я нами розроблено відповідний алгоритм (табл.).

Таблиця

**Алгоритм впровадження функціонально-організаційної моделі
антисуїцидальної допомоги в систему охорони здоров'я України**

Етап впровадження	Рівень впровадження		
	центральний	регіональний	місцевий
Перший (6–8 місяців)	Прийняття необхідних законодавчих та нормативно-правових актів. Комунікації з цільовими групами	Підготовка стратегічного плану створення антисуїцидальної служби	Інформування про перспективи створення антисуїцидальної служби
Другий (до 6 місяців)	Створення системи підготовки кадрів. Розробка методичного забезпечення. Комунікації з цільовими групами	Визначення потреб у структурі і мережі служби та ресурсах. Розрахунки потреби необхідного персоналу. Комунікації з медичними працівниками, ЗМІ, населенням	Обрахування потреби в ресурсах. Комунікації з населенням
Третій (до 1 року)	Підготовка кадрів служби. Аналіз та усунення ризиків та проблем. Комунікації з цільовими групами	Організація роботи «Гарячої лінії». Визначення джерел фінансування. Комунікації з населенням	Організація кабінетів «Психологічної довіри». Дооснащення сімейних амбулаторій. Комунікації з населенням.
Четвертий (постійний)	Методичний супровід. Підготовка кадрів. Моніторинг та оцінка	Контроль за визначеними індикаторами. Фінансування	Забезпечення комплексного надання профілактичної та реабілітаційної допомоги

Даний алгоритм передбачає заходи нормативно-правового та організаційного характеру. Особливої уваги потребує підготовка достатньої кількості психологів, працівників системи громадського здоров'я та спеціально підготовлених медичних працівників. Для підготовки медичних працівників пропонується впровадити у вищих медичних навчальних закладах післядипломної освіти курси тематичного удосконалення з особливостей надання медичної допомоги пацієнтам із високою саморуйнівною поведінкою.

Висновки

Наведено функціонально-організаційну модель антисуїцидальної поведінки. Ключовою ідеєю моделі є послідовне вирішення пріоритетного завдання з підвищення ефективності профілактичних заходів щодо попередження саморуйнівної поведінки населення в критичних станах і забезпечення соціально-психологічної адаптації після суїцидальної спроби.

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні вивчення даної теми.

Література

1. *Европейская база данных «Здоровье для всех»* [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014. — Режим доступа : http://data.euro.who.int/hfad/b/shell_ru.html. – Название с экрана.
2. *Загородній С. М.* Характеристика саморуйнівної поведінки населення України / С. М. Загородній, В. М. Якимець // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2. – С. 35–39.
3. *Здоровье и системы здравоохранения : доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г.* – Женева : ВОЗ, 2009. – 178 с.
4. *Кульчицька Т. К.* Особливості стану здоров'я різних груп населення / Т. К. Кульчицька, Н. О. Кульчицька, Г. В. Лізунова // Матеріали X з'їзду ВУЛГ. – Київ, 2009. – С. 316–317.
5. *Мировая статистика здравоохранения, 2009 г.* – Женева : ВОЗ, 2009. – С. 100–104.
6. *Нуллер Ю. Л.* Структура психических расстройств / Ю. Л. Нуллер. – Киев, 2008. – 139 с.
7. *Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда : доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.* – Женева : ВОЗ, 2001. – 167 с.

8. Юрьев Е. Системы психиатрической помощи: возможные модели управления и реформирования / Е. Юрьев // Вестник ассоциации психиатров Украины. – 2003. – № 1–2. – С. 124–138.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.08.2016 р.

Характеристика функционально-организационной модели антисуицидальной помощи

Г.А. Слабкий, Н.С. Защик

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

Цель – разработать и представить современную функционально-организационную модель антисуицидальной помощи в условиях реформирования системы здравоохранения Украины.

Материалы и методы: библиосемантический, структурно-логического, концептуального моделирования. Методологией исследования стал метод системного подхода.

Результаты. Предложена функционально-организационная модель антисуицидальной помощи в Украине. Задачи модели: проведение комплексной профилактической работы; предоставление психологической помощи лицам в критических состояниях и лицам с выраженным саморазрушительным поведением; предоставление стационарной помощи лицам, которые совершили суицидальную попытку; проведение психосоциальной реабилитации лицам, которые совершили суицидальную попытку после проведенного стационарного лечения. Представлен алгоритм внедрения модели в систему здравоохранения.

Выводы. Ключевой идеей модели является последовательное решение приоритетной задачи по повышению эффективности профилактических мер предупреждения саморазрушительного поведения населения в критических состояниях и обеспечения социально-психологической адаптации после суицидальной попытки.

Ключевые слова: саморазрушительное поведение, профилактика, помощь, функционально-организационная модель.

Characteristics of functional-and-organizational model of antisuicidal aid

G.O. Slabkiy, N.S. Zashchik

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches of MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to work out and present contemporary functional-and-organizational model of anti-suicidal aid in the frames of reforming the system of health care in Ukraine.

Materials and methods: bibliosemantic, structural-and-logical, method of conceptual modeling. Systemic approach method was used as methodology of research.

Results. Functional-and-organizational model of anti-suicidal aid in Ukraine is proposed. Applications of the model are: carrying out comprehensive preventive work; providing psychological assistance to persons in critical conditions and people with pronounced self destructive behavior; providing permanent assistance to persons who have committed a suicidal attempt; carrying out psychosocial rehabilitation of persons who have committed a suicidal attempt after in-patient treatment. The algorithm of model implementation in the system of health care is presented.

Conclusions. A key idea of the model is a consistent solution of priority tasks of improving the efficiency of prophylactic measures on prevention of self-destructive behavior in critical conditions and provision of social and psychological adaptation after a suicidal attempt.

Key words: self destructive behavior, prevention, aid, functional-and-organizational model.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., в.о. директора ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

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

УДК 616.314-089

В.В. Чернявский

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Проведенный мониторинг и клинические обследования у работников металлургических предприятий наглядно продемонстрировали четкую взаимосвязь состояния стоматологической заболеваемости со стажем работы, а он, в свою очередь, связан с возрастом, что и определяет потребность в зубопротезировании. Повышение потребительского спроса на стоматологические ортопедические услуги вынуждают руководителей ЛПУ искать новые пути по их совершенствованию. Одним из таких путей является экономическое совершенствование деятельности медицинских учреждений, которое определяется двумя направлениями – по видам предлагаемых услуг и по используемым стоматологическим материалам.

Цель – разработать и предложить экспериментальный бизнес-план, который заключается в покрытии стоимости стоматологических материалов руководством одного из металлургических комбинатов, на принципах государственно-частного партнерства.

Методы: системного подхода; эпидемиологический; рентгенологическое обследование; статистический; вариационной статистики с использованием стандартного офисного пакета прикладных программ MS Excel для Windows XP.

Результаты и выводы. Результативность государственно-частного партнерства наглядно продемонстрировала, что благодаря совместной работе достигнуты желаемые результаты для всех сторон: для населения – оптимальные ортопедические конструкции, которые в разы превосходят малозатратные технологии (штампованно-паянные); для бизнеса – оздоровление своих сотрудников и признание его вклада в решение социальных проблем; для стоматологических учреждений – повышение доходности ортопедических отделений.

Ключевые слова: заболеваемость, причины, партнерство, бизнес-план, зубопротезирование.

Введение

По обращаемости, стоматологическая помощь является одним из самых массовых видов медицинской помощи и занимает второе место после семейных врачей центров первичной медико-санитарной помощи. Распространенность стоматологических заболеваний в Украине, в зависимости от региональных особенностей, составляет от 96% до 100% [3, 13]. Удельный вес стоматологических заболеваний среди общей заболеваемости населения по обращаемости достигает 20–25% (третье место) [6, 12].

Несмотря на все проводимые усилия по профилактике стоматологических заболеваний, у 83% населения нашей страны в возрасте 20–50 лет нарушена целостность зубных рядов. Необходимость в ортопедическом лечении среди населения составляет 67–83% [2].

Здоровые зубы оказывают существенное влияние на эстетику, внешний вид, психологическое состояние человека, при этом обеспечивая полноценную речь и питание, высокий уровень коммуникабельности в любом возрасте [10, 11].

Нарушение целостности зубных рядов неминуемо приводит к функциональным расстройствам, у пациентов возникают определенные комплексы (во время общения с другими людьми они прикрывают полость рта рукой,

отказываются от приема определенных видов пищи), что отражается на качестве их повседневной жизни [4].

В последние 15 лет во многих цивилизованных странах наметился интерес ученых (стоматологов, остеологов, специалистов в области биоинженерии, биохимии, физических наук и т.д.) к роли стоматологического здоровья в обеспечении и улучшении качества жизни [3].

Совершенствование качества медицинских услуг по предоставлению стоматологической помощи является важнейшей задачей деятельности любого учреждения здравоохранения, оказывающей прямое влияние на состояние здоровья обслуживаемого населения.

Успешное достижение данной цели обеспечивается системой организационно-управленческих решений и внедрением инновационных моделей управления.

Основной причиной недостатков в обеспечении данного вида медицинской помощи является недооценка проблем и несвоевременное предоставление стоматологических ортопедической помощи. Так, у пациентов с нарушением целостности зубных рядов во время приема пищи формируется неправильный пищевой комок (крупнодисперсный абразивный конгломерат), который не функционально эвакуируется из полости рта по пищеводу в желудок. В течение суток происходит несколько раз травматизация слизистых пищевода и

желудка, провоцируя развитие острых, а в последствие и хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, которые могут привести к злокачественному образованию [7, 10].

Медицинские топ-менеджеры уделяют недостаточно внимания планированию финансовых средств на данный вид стоматологической помощи. По данным информационно-аналитического центра медицинской статистики, стоматологическими учреждениями в целом выполняется не более 17,0% от потребности в данном виде медицинских услуг, что крайне мало для такого промышленного региона, как г. Запорожье [8, 12].

Цель работы – повысить эффективность работы за счет методологических подходов к совершенствованию плано-нормативных показателей работы стоматологических ортопедических отделений.

Материалы и методы

Материалы и методы, использованные в работе:

- метод системного подхода использовался для проведения количественного и качественного анализа, выявления существующих проблем в организации стоматологической ортопедической помощи;

- эпидемиологический метод – для установления причинно-следственной связи о причинах возникновения болезней и способах их предупреждения;

- клинические методы – для постановки диагноза;

- статистический метод – для определения уровня заболеваемости и показателей деятельности стоматологической помощи.

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

Результаты исследования и их обсуждение

На основании проведенного мониторинга за последние три года в г. Запорожье отмечен динамический рост стоматологической заболеваемости за счет снижения профилактической работы на промпредприятиях. Удельный вес стоматологических заболеваний за три года сместился с 584 случаев до 735 на 1000 жителей, что в 1,3 раза больше, чем в 2013 г. В таблице представлена интенсивность кариеса по индексу КПУ и его составляющих: кариозные зубы, количество запломбированных и удаленных зубов на одного больного проживающего в промышленном регионе, каковым является г. Запорожье.

По данным таблицы, с возрастом интенсивность кариеса (КПУ) увеличивается, а также растет среднее число удаленных зубов. Что же касается запломбированных зубов, то этот показатель уменьшается, отмечается волнообразное движение по числу кариозных зубов, к 30–39 годам данный показатель возрастает, к 40–49 – снижается, в 50–59 лет происходит

незначительный подъем, а в группе 60 лет и старше – снижается [2].

Таблиця

Возрастные показатели интенсивности индекса КПУ среди пациентов промышленного региона г. Запорожья

Возрастная группа	Интенсивность кариеса зубов			
	К	П	У	КПУ
20–29 лет	2,05	10,11	2,05	14,21
30–39 лет	2,52	11,05	4,27	18,23
40–49 лет	1,99	7,72	7,57	17,19
50–59 лет	2,91	8,84	10,22	18,58
60 лет и старше	1,80	3,21	17,96	22,97

Примечания: наибольшее число кариозных зубов (2,91) установлено в возрастной группе 50–59 лет; запломбированных зубов (11,05) – в возрастной группе 30–39 лет; удаленных зубов на одного обследованного – в возрастной группе 60 лет и старше (17,96).

Результаты клинических обследований показали, что пациенты, которые трудятся на металлургических предприятиях, по трудовому стажу и индексу КПУ распределились следующим образом: на первом месте – лица со стажем 30–39 лет (36,4%), на втором – 40 лет и более (22,0%), на третьем – 20–29 лет (20,6%), на четвертом – 10–19 лет (12,3%), на пятом – до 10 лет (8,7% лиц). Данный мониторинг наглядно продемонстрировал четкую взаимосвязь состояния стоматологической заболеваемости (КПУ) со стажем работы, который, в свою очередь, связан с возрастом.

Изучение влияния производственных факторов у вышеупомянутого контингента больных, участвовавших в данном исследовании, наглядно продемонстрировало, что у рабочих металлургических комбинатов влияние лимбической системы многократно выше (в 4,8 раза), чем в инженерно-технических работников. Это связано с тяжелыми физическими нагрузками и перенапряжением, связанным с производственно-технологическими операциями, влиянием вредных производственных факторов, что и определяет высокую потребность в стоматологической ортопедической помощи.

Нами установлено, что стоматологи-ортопеды редко уделяли достаточно внимания специфическим характеристикам, связанным с профессиональными вредностями у работников металлургических комбинатов, – 86,2% случаев, данному контингенту стоматологических больных предлагалось зубопротезирование по малозатратным технологиям, что, в свою очередь, приводило к снижению сроков эксплуатации изготовленных протезов [5, 11].

В результате проведенного исследования выявлено, что наиболее часто применяемыми среди ортопедических конструкций являлись металлические штампованные коронки. Клинические исследования показали, что треть таких коронок изготавливались при протезировании частичными съемными пластиночными протезами с целью

минимизации травмирования зубов кламмерной системой, а две трети – с целью восстановления анатомической формы зуба. Традиционно штампованные коронки в общем объеме составляли 72,3%, второе место среди всех видов протезирования занимали паяно-штампованные мостовидные протезы (67,5%). Среди пациентов старших возрастных групп данные конструкции были востребованы, так как оплата за этот вид протезирования производилась из местного бюджета и за личные средства граждан. Третье место занимали частичные и полные съемные пластиночные протезы из акриловых пластмасс (89,1%).

Повышение потребительского спроса на стоматологические ортопедические услуги вынуждает стоматологические учреждения искать пути последующего совершенствования своей работы.

Одним из таких путей является экономическое совершенствование деятельности стоматологических учреждений, которая определяется двумя направлениями – по видам предлагаемых услуг и по используемым стоматологическим материалам [1, 9].

Опыт развитых стран показывает, что в социально-экономическом развитии внедрение системы государственно-частного партнерства занимает ведущую позицию для обеспечения развития социальной сферы, позволяет привлечь дополнительные ассигнования, которые должны поступать за счет сотрудничества государственной медицины и инвесторов.

Нами разработан и предложен экспериментальный бизнес-план руководству одного из металлургических комбинатов г. Запорожья по зубопротезированию их работников, задействованных в цехах с горячим циклом производства (*по требованию администрации металлургического комбината, мы не указываем полное название, т.к. данная информация является конфиденциальной*).

Суть бизнес-плана заключается в следующем: администрация комбината выделяет финансовые средства для частичной компенсации стоимости предстоящего зубопротезирования в объеме 30% от стоимости услуги (на компенсацию стоимости стоматологических

материалов), остальную сумму работник оплачивает самостоятельно.

Данная компенсация позволяет сотрудникам комбината производить зубопротезирование с использованием современных ортопедических конструкций (цельнолитые мостовидные протезы и т.д.) и отказаться от протезирования по малозатратным технологиям.

Нами установлено, что потенциальные выгоды, которые возникают при государственно-частном партнерстве, заключаются в том, что данный формат взаимоотношений может обеспечить:

- мотивацию со стороны работников комбината на своевременное зубопротезирование;
- большую медицинскую эффективность;
- разнообразие в подходах – за счет использования различных методов и расширения числа возможных вариантов;
- более высокое качество медико-экономических решений;
- повышение качества предоставляемых услуг;
- снижение социальной напряженности и негативного отношения к бизнесу со стороны населения – за счет признания его вклада в решение социальных проблем.

Выводы

Результативность государственно-частного партнерства наглядно демонстрирует, что благодаря совместной работе достигнуты желаемые результаты для всех сторон: для населения – оптимальные ортопедические конструкции, которые в разы превосходят малозатратные технологии (штампованно-паянные); для бизнеса – оздоровление своих сотрудников и признание его вклада в решение социальных проблем; для стоматологических учреждений – повышение доходности ортопедических отделений.

Перспективы исследований направлены на дальнейшее исследование затронутой темы в статье.

Литература

1. Бугорков І. В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи стоматологічної ортопедичної допомоги на регіональному рівні : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / І. В. Бугорков. – Київ, 2013. – 36 с.
2. Качественные аспекты оказания стоматологической помощи / А. В. Возный, В. И. Долгинцев, А. В. Брагин, В. М. Семенюк // Социология медицины. – 2005. – № 2 (7). – С. 44–45.
3. Кицул І. С. Состояние региональной системы стоматологической помощи населению и пути ее оптимизации / І. С. Кицул, І. Н. Попова // Главный врач. – 2006. – № 2. – С. 87–92.
4. Леонтьев В. К. Здоровые зубы и качество жизни / В. К. Леонтьев // Стоматология. – 2000. – № 5. – С. 9–13.
5. Методические подходы к изучению сроков пользования и сроков службы зубных протезов / В. Г. Бутова, М. Р. Кирилина, А. Ф. Лебедева [и др.] // Стоматология для всех. – 2010. – № 2. – С. 26–28.
6. Населення України – 2008 / Демографічний щорічник. – Київ : Держкомстат України, 2010. – 449 с.
7. Образцов Ю. Л. Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни, критерии оценки / Ю. Л. Образцов // Стоматология. – 2006. – № 4. – С. 41–43.
8. Орехова Л. Ю. Стоматологическая деятельность / Л. Ю. Орехова, Т. В. Кудрявцева. – Москва : Медицинская книга, 2003. – С. 27–39.
9. Савичук Н. О. Современные подходы к изучению стоматологического здоровья / Н. О. Савичук // Дентальные технологии. – 2010. – № 2. – С. 7–10.

10. Симаповская О. Е. Влияние стоматологического здоровья на качество жизни / О. Е. Симаповская // Стоматология. – 2008. – № 5. – С. 75–77.
11. Сравнительная оценка эффективности дентальных имплантатов в зависимости от сроков их нагружения после двухфазной имплантации / В. Н. Олесова, Ю. Н. Магамедханов, И. Ю. Мушеев [и др.] // Российский вестник дентальной имплантологии. – 2004. – № 2 (6). – С. 36–39.
12. Стоматологічна допомога в Україні / за ред. О. В. Аніщенко. – Київ, 2011. – 86 с.
13. Чижевский И. В. Клиническое и гигиеническое обоснование профилактики кариеса зубов у детей в промышленном развитом регионе : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / И. В. Чижевский. – Киев, 2004. – 33 с.

Дата поступления рукописи в редакцию: 15.09.2016 г.

Концептуальні підходи до вдосконалення стоматологічної ортопедичної допомоги

Conceptual approaches on improving of dental orthopedic care

В.В. Чернявський

Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

V.V. Cherniavskiy

Zaporozhye State Medical University, Zaporozhye, Ukraine

Проведений моніторинг та клінічні обстеження працівників металургійних підприємств наочно продемонстрували чіткий взаємозв'язок стану стоматологічної захворюваності (КПУ) зі стажем роботи, який, своєю чергою, пов'язаний з віком, що і визначає потребу в зубопротезуванні. Підвищення споживчого попиту на стоматологічні ортопедичні послуги змушує керівників ЛПЗ шукати нові шляхи щодо їх вдосконалення. Одним із таких шляхів є економічне вдосконалення діяльності медичних установ, яке визначається двома напрямками – видами запропонованих послуг і стоматологічними матеріалами, що використовуються.

Мета – розробити та запропонувати експериментальний бізнес-план, який полягає в покритті вартості стоматологічних матеріалів керівництвом одного з металургійних комбінатів, на принципах державно-приватного партнерства.

Методи: системного підходу; епідеміологічний; рентгенологічне обстеження; статистичний; метод варіаційної статистики з використанням стандартного офісного пакету із застосуванням програм MS Excel для Windows XP.

Результати та висновки. Результативність державно-приватного партнерства наочно продемонструвала, що завдяки спільній роботі досягнуто бажаних результатів для всіх сторін: для населення – оптимальні ортопедичні конструкції, які в разі перевершують маловитратні технології (штамповано-паяні); для бізнесу – оздоровлення своїх співробітників і визнання його внеску у вирішення соціальних проблем; для стоматологічних закладів – підвищення прибутковості ортопедичних відділень.

Ключові слова: захворюваність, причини, партнерство, бізнес-план, зубопротезування.

Accomplished monitoring and clinical examination of metallurgical plant employees, clearly illustrated distinct relationship between condition of dental prevalence with work experience. And work experience, therefore, related to the age, which determines the need for prosthetic dentistry.

Upturn in consumer demand on dental orthopaedic services are forcing managers of medical preventive institutions to search new ways of its improving. One of such ways is economical improving of medical institutions functioning, which determines by two directions – on the kinds of offered services and on applied dental materials.

Purpose – to develop and offer experimental business-plan, that covers the price of dental materials by the plant's management of one of the metallurgical plants on principals of public-private partnership.

Methods: a method of systemic approach; epidemiological; X-ray examination; statistical; method of variation statistics using standard office suite applications using MS Excel for Windows XP.

Results and conclusions. The performance of public-private partnership clearly demonstrated, that in the result of co-operative work, have been achieved desired results for all the sides: for population – optimal orthopaedic constructions, which exceed by several times the low-cost technology (stamp-plumbed); for business – sanitation of its employees and the recognition of its contribution in solution of social problems; for dental institutions – increase in profitability of orthopaedic departments.

Key words: prevalence, causes, partnership, business-plan, prosthetic dentistry.

Відомости про автора

Чернявський Вадим Витальєвич – асистент кафедри терапевтической, ортопедической и детской стоматологии Запорожского государственного медицинского университета; просп. Маяковского, 26, г. Запорожье, 69035, Украина.

УДК 614.2:616.21-082(1-22)

О.В. Якимець

ДОСТУПНІСТЬ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета – вивчити та проаналізувати доступність спеціалізованої отоларингологічної допомоги сільському населенню. **Матеріали та методи.** Використано соціологічний метод дослідження, із застосуванням якого обстежено 400 дорослих жителів сільської місцевості Рівненської області. Конфіденційність даних про респондентів збережено.

Результати. Встановлено, що 28,0% опитаних сільських жителів мають хронічні хвороби вуха, горла чи носа, але тільки 45,53% знаходяться під диспансерним наглядом лікаря-отоларинголога, а 13,5% – лікаря загальної практики – сімейного лікаря; 6,0% ніколи не відвідували лікаря-отоларинголога. Серед респондентів 81,0% хоча б один раз на рік відвідують лікаря-отоларинголога. 23,0% мають можливість звернутися до лікаря-отоларинголога протягом доби з моменту виникнення потреби. При зверненні до лікаря-отоларинголога основними факторами, які визначають доступність медичної допомоги, є: наявність загальної черги (77,5%), навіть при гострому стані (76,95%), проходженні диспансерного огляду (82,35%) і за направленням лікаря загальної практики – сімейного лікаря (84,42%), а також неможливість отримання повного первинного обсягу медичної допомоги за один день (36,69%). Серед опитаних 30,32% отримали медичну допомогу повністю безоплатно.

Висновки. Результати дослідження вказують на недостатній рівень доступності спеціалізованої отоларингологічної медичної допомоги сільському населенню та недосконалість її організації. А це слід враховувати при проведенні реформи системи охорони здоров'я.

Ключові слова: сільське населення, спеціалізована амбулаторно-поліклінічна отоларингологічна допомога, доступність.

Вступ

У структурі захворюваності та поширеності хвороб серед населення України хвороби вуха, горла та носа займають значну частку, при чому в сільського населення реєструються вищі показники порівняно з міським [2, 6, 9].

В Україні проводиться реформування системи медичної допомоги населенню [7]. Пріоритетним напрямком є впровадження системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини, як найбільш доступного виду медичної допомоги [3, 4, 8]. На вторинному рівні планується створити госпітальні округи з формуванням на вторинному амбулаторно-поліклінічному рівні консультативних поліклінік та консультативно-діагностичних центрів [1, 5].

У зв'язку з цим доступність амбулаторної спеціалізованої отоларингологічної медичної допомоги сільському населенню відіграє важливу роль.

Мета роботи – вивчити та проаналізувати доступність спеціалізованої отоларингологічної допомоги сільському населенню.

Матеріали та методи

У роботі використано соціологічний метод дослідження, із застосуванням якого обстежено 400 дорослих жителів сільської місцевості Рівненської

області. Анкета соціологічного дослідження затверджена комісією з біоетики ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Дослідження відповідало технології отримання первинних даних існуючій в Україні нормативно-правовій базі та міжнародним і вітчизняним вимогам щодо медичної етики в медичних дослідженнях. Конфіденційність даних про респондентів збережена.

Результати дослідження та їх обговорення

У таблиці 1 наведено характеристику респондентів, які взяли участь у дослідженні.

За наведеними даними, у дослідженні взяли участь 39,0% чоловіків і 61,0% жінок. За віком найбільшу групу становили респонденти 60 років і старші (38,25%), а найменшу – до 20 років (3,75%). За соціальним статусом опитані розподілилися таким чином: найбільшу частку склали пенсіонери (42,0%), службовці (22,75%) та безробітні (10,5%), а найменшу – інваліди (4,25%), особи, які працюють (4,75%), та особи, що навчаються (7,75%).

Далі висвітлено питання наявності захворювань отоларингологічного профілю та частоти звернення респондентів з цієї причини до закладів охорони здоров'я (табл. 2).

Встановлено, що 28,0% опитаних сільських жителів мають хронічні хвороби вуха, горла та носа, але тільки 45,53% знаходяться під диспансерним наглядом лікаря-отоларинголога, а 13,5% – лікаря загальної

практики – сімейного лікаря; 41,96% хворих не знаходяться під наглядом системи охорони здоров'я. Частка тих, які жодного разу не хворіли на хвороби вуха, горла чи носа, становить 4,75%, при цьому 6,0% ніколи не відвідували лікаря-отоларинголога. Частка тих, які хоча б один раз на рік відвідують лікаря-отоларинголога, дорівнює 81,0% з урахуванням профілактичних оглядів.

У дослідженні проведено оцінку сільськими респондентами рівня доступності спеціалізованої отоларингологічної допомоги (табл. 3).

Таблиця 1
Характеристика респондентів

Характеристика респондентів	Абс.	%
<i>Стать</i>		
Чоловіки	156	39,0
Жінки	244	61,0
<i>Вік</i>		
До 20 років	15	3,75
20–29 років	24	6,0
30–39 років	49	12,25
40–49 років	72	18,0
50–59 років	87	21,75
60 років і старші	153	38,25
<i>Соціальний статус</i>		
Навчається	31	7,75
Приватний підприємець	32	8,00
Службовець	91	22,75
Працюючий	19	4,75
Безробітний	42	10,5
Інвалід	17	4,25
Пенсіонер	168	42,0
<i>Освіта</i>		
Неповна базова середня освіта	152	38,0
Повна базова середня освіта	95	23,75
Середня-спеціальна освіта	74	18,5
Неповна вища освіта	47	11,75
Повна вища освіта	32	8,0

Таблиця 2
Наявність захворювань із боку вуха, горла чи носа та показники звернення респондентів по медичну допомогу

Показник	Абс.	%
Має хронічні захворювання вуха, горла чи носа	112	28,0
Має гострі захворювання вуха, горла чи носа 1 раз на рік	129	32,25
Має гострі захворювання вуха, горла чи носа 2 рази на рік	78	19,5
Має гострі захворювання вуха, горла чи носа 3 і більше разів на рік	137	34,25
Має гострі захворювання вуха, горла чи носа 1 раз на декілька років	37	9,25
Не має хвороб вуха, горла чи носа	19	4,75
Знаходиться під диспансерним наглядом у лікаря-отоларинголога	51	45,53
Знаходиться під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики – сімейного лікаря з приводу хвороб вуха, горла чи носа	14	13,5
Не знаходиться на диспансерному обліку, хоча має хронічне захворювання вуха, горла чи носа	47	41,96
<i>Частота відвідування лікаря-отоларинголога</i>		
Щоквартально	16	4,0
Декілька разів на рік	93	23,25
Щорічно	215	53,75
Один раз на декілька років	52	13,0
Не відвідує	24	6,0

Таблиця 3
Рівень доступності спеціалізованої отоларингологічної допомоги сільському населенню

Показник	Абс.	%
Можливість звернутися до лікаря-отоларинголога протягом доби з моменту потреби	92	23,0
<i>Причина неможливості звернення (n=308)</i>		
Відсутність громадського транспорту	29	9,42
Нерегулярна робота громадського транспорту	89	28,90
Відсутність коштів на оплату транспорту	48	15,58
Відсутність лікаря в найближчому закладі охорони здоров'я	22	7,14
Черга до лікаря на декілька днів	34	11,04
Відсутність телефонного зв'язку із закладом охорони здоров'я	47	15,26

Продовження таблиці 3

Неможливість через фізичний стан	15	4,87
Інші причини	24	7,79
<i>Доступність при зверненні до лікаря-отоларинголога (n=308)</i>		
Загальна черга	239	77,50
Черга за талонами	69	22,40
При диспансерному огляді загальна черга (n=51)	42	82,35
При гострому стані поза чергою	71	23,05
При гострому стані загальна черга	237	76,95
За направленням лікаря загальної практики – сімейного лікаря (загальна черга)	261	84,42
За направленням лікаря загальної практики – сімейного лікаря (поза чергою)	47	15,26
Повний первинний обсяг медичної допомоги за 1 день	195	63,31
Повний первинний обсяг медичної допомоги за 2 дні	82	26,62
Повний первинний обсяг медичної допомоги отримується за 3 дні і більше	31	10,06
<i>Отримання необхідної допомоги при первинному зверненні до лікаря загальної практики – сімейного лікаря (n=92)</i>		
Отримав повністю	26	28,26
Отримав частково	21	22,83
Отримав направлення до лікаря-отоларинголога	37	40,22
Не отримав	8	8,69
<i>Рівень безоплатності при зверненні до лікаря-отоларинголога (n=376)</i>		
Повністю безоплатно	114	30,32
Оплата обстежень	127	36,17
Оплата лікарю	69	18,35
Внесення добровільної пожертви	57	15,16

З аналізу наведених у таблиці 3 даних виявлено, що частка тих, хто має можливість звернутися до лікаря-отоларинголога протягом доби з моменту потреби, становить 23,0%. Основні причини несвоєчасного звернення або незвернення до лікаря-отоларинголога такі: нерегулярна робота громадського транспорту (28,9%), відсутність коштів на оплату транспорту (15,58%), відсутність телефонного зв'язку із закладом охорони здоров'я (15,56%).

При зверненні до лікаря-отоларинголога основні фактори, які визначають доступність медичної допомоги: наявність загальної черги (77,5%), навіть при гострому стані (76,95%), проходженні диспансерного огляду (82,35%) і за направленням лікаря загальної практики – сімейного лікаря (84,42%), а також неможливість отримання повного первинного обсягу медичної допомоги за один день (36,69%).

При цьому 30,32% отримали медичну допомогу повністю безоплатно, а 36,17% оплачували діагностичні послуги, 15,16% вносили добровільні пожертви та 18,35% оплачували лікарю.

У роботі також вивчено питання отримання медичної допомоги при хворобах вуха, горла чи носа в лікаря загальної практики – сімейного лікаря. За такою допомогою зверталось 23,0% респондентів. При цьому 40,22% із них отримали скерування до лікаря-отоларинголога і тільки 28,26% отримали медичну допомогу в повному обсязі.

Висновки

Отримані результати дослідження вказують на недостатній рівень доступності спеціалізованої отоларингологічної медичної допомоги сільському населенню та недосконалість її організації. А це слід враховувати при проведенні реформи системи охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням якості амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої отоларингологічної допомоги вторинного рівня.

Література

1. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – Київ, 2009. – 50 с.
2. *Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги населенню в регіональному аспекті. 2013 рік.* – Київ : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. – 168 с.
3. *Оцінка структури та надання первинної медичної допомоги в Україні : монографія / Винки Г. В. Буерма, Дионн С. Крингос, Г. О. Слабкий.* – Київ, 2010. – 124 с.
4. *Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина : монографія / З. М. Митник, Г. О. Слабкий, Н. П. Крижина [та ін.] / за ред. В. М. Князевича ; Міністерство охорони здоров'я України.* – Київ, 2010. – 404 с.
5. *Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, Г. О. Слабкий [та ін.].* – Київ, 2011. – 149 с.
6. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2013–2014 роки.* – Київ : ЦМС МОЗ України, 2015. – 328 с.
7. *Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення.* – Київ, 2014. – 207 с.
8. *Слабкий Г. О.* Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Г. О. Слабкий, І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Сімейна медицина. 2014. – № 3 (53). – С. 25–27.
9. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України».* – Київ, 2016. – 452 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.09.2016 р.

**Доступность специализированной
амбулаторно-поликлинической
отоларингологической помощи
сельскому населению***А.В. Якимець*

ГУ «Український інститут стратегічних досліджень
Міністерства здравоохранення України»,
г. Киев, Україна

Цель – изучить и проанализировать доступность специализированной отоларингологической помощи сельскому населению.

Материалы и методы. Использован социологический метод исследования, с применением которого обследовано 400 взрослых жителей сельской местности Ровенской области. Конфиденциальность данных о респондентах сохранена.

Результаты. Установлено, что 28,0% опрошенных сельских жителей имеют хронические болезни уха, горла или носа, но только 45,53% находятся под диспансерным наблюдением врача-отоларинголога, а 13,5% – врача общей практики – семейного врача; 6,0% никогда не посещали врача-отоларинголога. Среди респондентов 81,0% хотя бы один раз в год посещают врача-отоларинголога. 23,0% опрошенных имеют возможность обратиться к врачу-отоларингологу в течение суток с момента возникновения потребности. При обращении к врачу-отоларингологу основными факторами, которые определяют доступность медицинской помощи, являются: наличие общей очереди (77,5%), даже при остром состоянии (76,95%), прохождении диспансерного наблюдения (82,35%) и по направлению врача общей практики – семейного врача (84,42%), а также невозможность получения полного первичного объема медицинской помощи за один день (36,69%). Среди опрошенных 30,32% получили медицинскую помощь полностью бесплатно.

Выводы. Результаты исследования указывают на недостаточный уровень доступности специализированной отоларингологической медицинской помощи сельскому населению и недостаточность ее организации. А это следует учитывать при проведении реформы системы здравоохранения.

Ключевые слова: сельское население, специализированная амбулаторно-поликлиническая отоларингологическая помощь, доступность.

**Availability of specialized
outpatient otolaryngology aid
to the rural population***O.V. Yakymets*

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches
of MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to examine and analyze the availability of specialized otolaryngology to the rural population.

Materials and methods. Used sociological research method, using which surveyed 400 adult residents of rural areas of Rivne region. Data privacy of respondents saved.

Results. Established that 28.0% of respondents villagers with chronic diseases of ear, nose or throat, but only 45.53% are under medical supervision of a doctor, otolaryngologist, and 13.5% – a general practitioner – family doctor; 6.0% have never visited a doctor-otolaryngologist. Among respondents 81.0% at least once a year visit the doctor, otolaryngologist. 23.0% have an opportunity to see a doctor, otolaryngologist within days from the date of need. In his address to the doctor-otolaryngologist main factors that determine the availability of medical care, are: the availability overall basis (77.5%), even in acute state (76.95%), passing the dispensary examination (82.35%) and the direction general practitioner – family doctor (84.42%) and the inability to obtain the full amount of primary health care in a day (36.69%). Among those polled 30.32% were treated completely free.

Conclusions. The survey results point to insufficient availability of otolaryngology specialist medical care to the rural population and the inadequacy of its organization. This should be considered when carrying out health reform.

Key words: rural population, specialized outpatient otolaryngology care, availability.

Відомості про автора

Якимець Олександр Володимирович – к.мед.н., пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 614.2:725.51(477)

Л.В. Крохмалюк, П.М. Лисенко

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ МОЗ УКРАЇНИ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета – вивчити та проаналізувати мережу закладів охорони здоров'я системи МОЗ України.

Матеріали та методи. Використано дані галузевої статистичної звітності за 2015 рр. Основними методами дослідження були бібліосемантичний і статистичний.

Результати. Медична допомога населенню України у 2015 р. надавалась у 1457 лікарняних закладах різних типів із числом ліжок 278753, зокрема: у 24 обласних, 327 міських лікарнях, 446 центральних районних та 91 районній лікарні; спеціалізована допомога надавалась у 111 лікарнях; дитячому населенню – у 27 обласних та 327 міських дитячих лікарнях.

Висновки. У системі МОЗ України функціонує розгалужена мережа закладів охорони здоров'я, які розподіляються за потужністю, рівнем надання медичної допомоги та спеціалізацією.

Ключові слова: МОЗ України, система охорони здоров'я, заклади охорони здоров'я, мережа.

Вступ

Мережа системи охорони здоров'я – це структура медичних закладів із відповідними матеріальними, фінансовими, трудовими та інформаційними ресурсами [9].

Стан мережі охорони здоров'я формується кількістю медичних закладів у цілому та за окремими видами; профільною та територіальною структурою закладів; обсягом ресурсів та їх розподілом у мережі, їх структурою та ефективністю використання [3–5].

Залежно від форми власності, організаційно-правової форми та виду медичної допомоги, що надається, заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) мають певний визначений поділ. Так, залежно від форми власності, ЗОЗ створюються як державні, комунальні, приватні. За організаційно-правовою формою ЗОЗ створюються як бюджетні установи, державні та комунальні некомерційні підприємства, господарські товариства, приватні підприємства, відокремлені підрозділи юридичних осіб, об'єднання підприємств тощо [10–12].

Медична допомога або інші види господарської діяльності можуть забезпечуватися іншими ЗОЗ відповідно до їх профілю та спеціалізації, зазначених у переліку ЗОЗ, затвердженому центральним органом виконавчої влади, який формує державну політику у сфері охорони здоров'я, у т.ч. клінічними лікарнями, університетськими клініками, університетськими лікарнями, аптеками, а також закладами, що здійснюють організацію і регулювання діяльності установ та окремі програми і заходи в системі охорони здоров'я [1, 6, 7].

Мережа, потужність, ресурсне забезпечення є факторами забезпечення доступності, якості та ефективності медичної допомоги населенню [2, 8].

Мета роботи – вивчити та проаналізувати мережу ЗОЗ системи МОЗ України.

Матеріали та методи

Аналіз мережі ЗОЗ і показників їх діяльності потребує вивчення їх структури за рівнями надання медичної допомоги.

Система показників, яка розглядається нижче, не тільки посідає значне місце в медичній статистиці, але й має велику соціальну значущість. Вона характеризує забезпеченість населення медичними послугами, їх доступність і якість. Врешті це означає рівень людського розвитку суспільства.

Головним методологічним завданням є вибір системи показників та принципу їх узагальнення, тобто одержання певних комплексних оцінок. Система показників може визначатися на основі затверджених форм облікової та звітної документації, наприклад, талону амбулаторного пацієнта, медичної картки стаціонарного хворого, звіту лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ) тощо.

Аналіз діяльності ЗОЗ проводиться диференційовано: як у розрізі окремих видів медичних закладів (амбулаторно-поліклінічних, стаціонарів, диспансерів, санітарно-епідеміологічних та ін.); так і в розрізі окремих служб і профілів медичної допомоги.

У дослідженні використано дані галузевої статистичної звітності за 2015 р. Основними методами дослідження були бібліосемантичний і статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Медична допомога населенню України у 2015 р. надавалась 1457 лікарняними закладами різних типів (табл. 1) з числом ліжок 278753, зокрема: 24 обласними, 327 міськими лікарнями, 446 центральними районними та 91 районною лікарнею; спеціалізована допомога надавалась 111 лікарнями; для дитячого населення –

27 обласними та 327 міськими дитячими лікарнями.

Таблиця 1

Лікарняні заклади системи МОЗ України, 2015 р.

Тип закладу	Кількість
Обласні лікарні	24
Дитячі обласні лікарні	27
Міські лікарні	327
Дитячі міські лікарні	60
Міські лікарні швидкої допомоги	13
Госпіталі інвалідів війни	29
Усі спеціалізовані лікарні	111
Інфекційні лікарні для дорослих	20
Інфекційні лікарні для дітей	4
Туберкульозні лікарні для дорослих	33
Туберкульозні лікарні для дітей	2
Офтальмологічні лікарні	3
Лікарні відновного лікування	10
Центри боротьби зі СНІДом	8
Інші лікарні	31
Центральні районні лікарні	446
Районні лікарні	91
Дільничні лікарні	53
Пологові будинки	74
Клініки науково-дослідних інститутів	13
Лепрозорії	1
Психіатричні лікарні	62
Наркологічні	3
Лікарня «Хоспіс»	7
Госпрозрахункові лікарняні заклади	1
Інші лікарняні заклади	4
Усього	1457

Розподіл кількості ліжок серед міських, обласних, центральних районних, районних, дитячих міських лікарень, дільничних лікарень та пологових будинків у 2015 р. наведено в табл. 2.

До 25 ліжок налічувалося у 76 лікувальних закладах, у т.ч. у 48 дільничних лікарнях, 26 міських лікарнях і 1 дитячій міській лікарні; від 26 до 50 ліжок – у 56 закладах, у т.ч. у 42 міських лікарнях, 6 дитячих міських лікарнях, 5 дільничних лікарнях і 3 центральних районних лікарнях; від 51 до 99 ліжок – у 92 лікувальних закладах, у т.ч. у 36 центральних районних лікарнях, 35 міських лікарнях, 12 дитячих міських лікарнях і 8 пологових будинках; від 100 до 300 ліжок – у 591 лікувальному закладі, у т.ч. у 358 центральних районних лікарнях, 131 міській лікарні, 65 пологових будинках, 36 дитячих міських лікарнях і 1 обласній лікарні; від 301 до 500 ліжок – у 117 лікувальних закладах, у т.ч. у 68 міських лікарнях, 45 центральних районних лікарнях, 3 дитячих міських лікарнях і 1 пологовому будинку; від 501 до 999 ліжок – у

51 лікувальному закладі, у т.ч. у 25 міських лікарнях, 20 обласних лікарнях, 4 центральних районних лікарнях і 2 дитячих міських лікарнях; 1000 і більше ліжок налічувалося лише у 3 обласних лікарнях.

Таблиця 2

Розподіл лікарняних закладів за кількістю ліжок у системі МОЗ України, 2015 р.

Тип закладу	Кількість ліжок (усього по Україні)
<i>до 25 (включно)</i>	
Міські лікарні	26
Дитячі міські лікарні	1
Дільничні лікарні	48
<i>26–50</i>	
Міські лікарні	42
Дитячі міські лікарні	6
Центральні районні лікарні	3
Дільничні лікарні	5
<i>51–99</i>	
Міські лікарні	35
Дитячі міські лікарні	12
Центральні районні лікарні	36
Пологові будинки	8
<i>100–300</i>	
Міські лікарні	131
Обласні лікарні	1
Дитячі міські лікарні	36
Центральні районні лікарні	358
Пологові будинки	65
<i>301–500</i>	
Міські лікарні	68
Дитячі міські лікарні	3
Центральні районні лікарні	45
Пологові будинки	1
<i>501–999</i>	
Міські лікарні	25
Обласні лікарні	20
Дитячі міські лікарні	2
Центральні районні лікарні	4
<i>1000 і більше</i>	
Обласні лікарні	3

У 2015 р. первинну медичну допомогу в Україні надавали 99 поліклінік із числом відвідувань у поліклініці 34975562, до яких входили 4 студентські поліклініки із числом відвідувань у закладі 1511770. Первинну допомогу надавали 465 амбулаторій із числом відвідувань у закладі 3549434, у т.ч. 442 сільські з числом відвідувань 3150799. Дитячому населенню первинну медичну допомогу надавали 29 дитячих поліклінік із числом відвідувань у закладі 7458935. До 11 госпрозрахункових поліклінічних

амбулаторій здійснено 650042 відвідування. У 2015 р. в Україні працювали 9 медико-діагностичних центрів із числом відвідувань у центрах 803590, 1 клініко-діагностичний центр для дітей з числом відвідувань за рік 61550. До 17 центрів СНІДу здійснено 317005 відвідувань.

Отже, до 1207 закладів первинної допомоги здійснено 139074329 відвідувань та 23873287 відвідувань удома, обслуговування проведено 36629,25 на зайнятих посадах лікарів. До 476 закладів сімейної медицини здійснено 7560173 відвідування та 1842960 відвідувань удома з кадровим потенціалом у 2316 лікарів на зайнятих посадах, з них у сільській місцевості знаходилося 422 сімейні амбулаторії з кількістю відвідувань у закладі 3095715, удома – 784792 із числом 1078,25 зайнятої посади лікарів.

До 565 центрів первинної медико-санітарної допомоги з 23789,5 зайнятої посади лікарів у 2015 р. звернулися 90867481 пацієнт і 19230449 пацієнтів удома. Серед них 157 центрів розташовані у містах і 408 – у сільській місцевості, до яких звернулись 43246229 і 47621252 пацієнти відповідно.

Ліжковий фонд ЛПЗ у 2015 р. становив: 39458 терапевтичних ліжок; 14358 кардіологічних; 934 кардіоревматологічні для дітей; 1888 ревматологічних для дорослих, 35 – для дітей; 961 алергологічне для дорослих, 658 – для дітей; 2815 пульмонологічних для дорослих, 776 – для дітей; 2911 ендокринологічних для дорослих, 509 – для дітей; 3322 гастроентерологічні для дорослих, 889 – для дітей; 1246 гематологічних для дорослих, 612 – для дітей; 1331 нефрологічне для дорослих, 823 – для

дітей; 114 імунологічних для дорослих, 184 – для дітей; 9170 інфекційних для дорослих, 8437 – для дітей; 23422 хірургічні для дорослих, 1367 – для дітей; 300 нейрохірургічних для дітей; 532 кардіохірургічні для дорослих, 213 – для дітей; 1177 судинної хірургії; 930 торакальної хірургії для дорослих, 145 – для дітей; 905 опікових для дорослих, 185 – для дітей; 1683 ортопедичні для дорослих, 547 – для дітей; 12443 травматологічні для дорослих, 859 – для дітей; 1233 стоматологічні для дорослих, 131 – для дітей; 3030 гнійної хірургії для дорослих, 579 – для дітей; 4912 урологічних для дорослих, 527 – для дітей; 947 проктологічних; 8210 онкологічних для дорослих, 292 – для дітей; 11361 для вагітних та роділь; 6945 для патології вагітності; 15071 гінекологічне для дорослих, 151 – для дітей; 106 для проведення абортів; 15100 фізіотричних для дорослих, 899 – для дітей; 23724 неврологічні для дорослих, 1679 – для дітей; 30213 психіатричних для дорослих, 1439 – для дітей; 220 психосоматичних; 3968 наркологічних; 4545 офтальмологічних для дорослих, 917 – для дітей; 4945 отоларингологічних для дорослих, 1327 – для дітей; 2733 шкірно-венерологічні для дорослих, 539 – для дітей; 17142 педіатричні соматичні; 2179 радіологічних, рентген; 1469 відновного лікування для дорослих, 310 – для дітей; 2464 інші для дорослих, 350 – для дітей. Усього по Україні – 308143 ліжка.

Амбулаторно-поліклінічну допомогу надавали спеціалізовані відділення і кабінети, які знаходяться у складі амбулаторно-поліклінічного закладу (табл. 3).

Таблиця 3

Спеціалізовані відділення (кабінети) в закладах, які надавали амбулаторно-поліклінічну допомогу, 2015 р.

Відділення (кабінети)	Число амбулаторно-поліклінічних закладів (підрозділів), які мають дане відділення (кабінет)
Підліткові	350
Пульмонологічні	240
Ревматологічні	301
Кардіологічні	702
Гастроентерологічні	375
Ендокринологічні	827
Алергологічні	150
Імунологічні	90
Інфекційні для дорослих	725
Інфекційні для дітей	204
Лікарський контроль за тими, що займаються фізкультурою і спортом	56
Травматологічні (ортопедичні) для дорослих	782
Травматологічні (ортопедичні) для дітей	216
Урологічні	686
Онкологічні	606
Жіночі консультації	342
Акушерсько-гінекологічні	917
Оглядові	1011

Продовження таблиці 3

Планування сім'ї та репродукції людини	81
З медичної генетики (медико-генетична консультація)	73
Дитячі (відділення, кабінети)	1041
Щеплення	1067
Офтальмологічні	1063
Отоларингологічні	1065
Сурдологічні	69
Фтизіатричні	540
Неврологічні	1190
Психіатричні	593
Психотерапевтичні	123
Наркологічні	518
Наркологічні госпрозрахункові	162
Наркологічні для підлітків	15
Анонімного лікування наркологічних хворих	27
Експертизи алкогольного сп'яніння	41
Антиалкогольної пропаганди та профілактичної допомоги	10
Дерматовенерологічні	797
Відновного лікування	113
Профілактики	344
Пункти медичної допомоги вдома дорослому населенню	133
Пункти медичної допомоги вдома дитячому населенню	27
Гематологічні	119
Логопедичні	252
Лікувальної фізкультури для дорослих	685
Лікувальної фізкультури для дітей	218
Соціально-правові	265
Статистики	1252
Відділення статистики в складі оргметодвідділу	123
Загальної практики – сімейної медицини	799

Понад 1000 структурних підрозділів надавали такі види допомоги, як неврологічну, отоларингологічну, офтальмологічну, щеплення, дитячому населенню. Менше 50 структурних підрозділів у складі амбулаторно-поліклінічних закладів припадало на спеціалізовані кабінети і відділення з проблем алкогольного та наркотичного лікування.

Кількість закладів (відділень), які надавали екстрену та планово-консультативну допомогу

населенню, у 2015 р. становила 62 із числом обслуговуваних осіб 158146.

Відділення і кабінети сімейного лікаря у 2015 р. мали: центральні районні лікарні – 59, районні лікарні – 30, дільничні лікарні – 34, амбулаторії – 4, міські лікарні і поліклініки – 108, інші заклади – 564.

У 2015 р. медичну допомогу надавали 293 диспансери (табл. 4), до яких надійшло майже 504 тис. хворих, у т.ч. 178676 сільських мешканців.

Таблиця 4
Диспансери системи МОЗ України, 2015 р.

Кількість закладів	З них мають стаціонари	Кількість ліжок на 31.12.2015	Середньорічні ліжка	Госпіталізовано хворих	У т.ч. сільських жителів	Ліжко-дні
<i>Фтизіатричні</i>						
82	66	11694	11960,0	43484	18816	3418230
<i>Онкологічні</i>						
31	31	8587	8122,0	242656	82404	2874321

Продовження таблиці 4

<i>Шкірно-венерологічні</i>						
57	37	2425	2430,8	48150	13715	744752
<i>Психоневрологічні</i>						
23	11	1215	1215,0	18201	4100	401514
<i>Лікарсько-фізкультурні</i>						
20	1	30	30,0	858	61	9796
<i>Ендокринологічні</i>						
5	4	315	315,0	9644	3094	108249
<i>Наркологічні</i>						
33	23	2457	2457,0	60618	19586	828104
<i>Наркологічні, міжрайонні</i>						
2	-	-	-	-	-	-
<i>Кардіологічні</i>						
15	14	1747	1717,5	58781	29234	598449
<i>Радіаційного захисту населення</i>						
7	6	920	920,0	21531	7666	296948
Усього по Україні						
273	193	29390	29167,3	503923	178676	9280363

Поряд із диспансерами медичну допомогу на первинному рівні надавав 1891 денний стаціонар (табл. 5) із загальною кількістю ліжок 62270, у т.ч. 5053 – для дітей, в яких проліковано 2636191 хворого, з них 211363 дитини. Працювали 1525 стаціонарів удома із загальною кількістю пролікованих 2246375 осіб.

Таблиця 5
Денні стаціонари системи МОЗ України, 2015 р.

Денні стаціонари при амбулаторно-поліклінічних закладах					Стаціонари вдома	
кількість закладів	кількість ліжок		проліковано хворих		кількість закладів	проліковано хворих
	усього	у т.ч. для дітей	усього	у т.ч. для дітей		
<i>Поліклініки</i>						
91	4006	248	243933	9093	64	198592
<i>Дитячі поліклініки</i>						
24	590	590	19762	19762	22	20078
<i>Міські лікарні</i>						
226	8797	589	358234	23599	114	177908
<i>Дитячі міські лікарні</i>						
31	878	870	31446	31373	17	26353
<i>Центральні районні та районні лікарні</i>						
412	11723	618	471404	24367	243	232746
<i>Дільничні лікарні та амбулаторії</i>						
421	2380	112	104913	9326	469	104105
<i>Пологові будинки</i>						
54	1069	10	53098	1240	2	349
<i>Диспансери</i>						
79	1751	40	57857	1931	7	27479
<i>Інші заклади</i>						
553	31076	1976	1295544	90672	587	1458765
Усього по Україні						
1891	62270	5053	2636191	211363	1525	2246375

Первинну медичну допомогу надавали 38 лікарських і 509 фельдшерських здоровпунктів (табл. 6), 13205 фельдшерсько-акушерських пунктів (табл. 7). Робота стоматологічних закладів наведена в табл. 8.

Планова потужність амбулаторно-поліклінічних закладів у 2015 р. становила 841968 відвідувань.

Майже половина населення держави є мешканцями сільської місцевості, тому забезпечення цієї категорії населення потребує значних витрат. У сільській місцевості у 2015 р. працювали 74 лікарняні заклади, до яких госпіталізовано 3412067 хворих, яким медичну допомогу надавали 41493,5 лікарів; 525 самостійних амбулаторій із 17272,25 штатної посади лікарів, 1 стоматологічна поліклініка, 29 станцій та відділень швидкої медичної допомоги, 1 станція переливання крові. В усіх амбулаторно-поліклінічних закладах сільської місцевості надано допомогу 160080749 хворим на амбулаторному прийомі і 11791728 хворим – удома (з урахуванням стоматологічної допомоги).

Таблиця 6
Здоровпункти системи МОЗ України, 2015 р.

Кількість здоровпунктів	Крім того, на договірних засадах
<i>Лікарські</i>	
38	22
<i>Фельдшерські</i>	
509	59

Таблиця 7
Фельдшерські пункти системи МОЗ України, 2015 р.

Кількість закладів	Кількість відвідувань
<i>Фельдшерсько-акушерські пункти</i>	
13205	43315070

Таблиця 8
Мережа закладів стоматологічної допомоги та кількість звернень населення до них, 2015 р.

Кількість закладів	Кількість відвідувань
<i>Стоматологічні поліклініки для дорослих</i>	
149	12360867
<i>Стоматологічні поліклініки для дітей</i>	
21	1949871
<i>Стоматологічні поліклініки вищих медичних навчальних закладів і науково-дослідних інститутів</i>	
6	494240
<i>Стоматологічні поліклініки госпрозрахункові</i>	
21	254985
<i>ЛПЗ, які мають стоматологічні відділення (кабінети)</i>	
1646	22220087
<i>у т.ч. центральні районні лікарні</i>	
409	11793829
<i>районні лікарні</i>	
81	1048020
<i>дільничні лікарні</i>	
39	151422
<i>сільські амбулаторії</i>	
370	1092829
<i>ЛПЗ, які мають госпрозрахункові стоматологічні відділення</i>	
116	821727
Усього по Україні	
1959	38101777
<i>Госпрозрахункові зубопротезні відділення</i>	
687	0
<i>Число осіб, які одержали протези</i>	
327942	0
<i>у т.ч. сільських жителів</i>	
73779	0

В усіх закладах медичну допомогу населенню у 2015 р. надавав 175061 лікар.

Служба крові є однією з головних у системі охорони здоров'я, побудованою за регіонально-територіальним принципом, яка у 2015 р. налічувала 40 станцій переливання крові з числом зайнятих лікарських посад 764,25 (табл. 9).

У Дніпропетровській і Запорізькій області функціонувало по 4 станції переливання крові, у Полтавській – 3, в усіх інших регіонах – по 2 та 1 станції.

Оздоровчою діяльністю у 2015 р. в Україні займалися 125 санаторно-курортних закладів (табл. 10) загальною потужністю майже 16 тис. ліжок, на

яких проліковано 131038 хворих.

Таблиця 9
Станції переливання крові та їх забезпеченість лікарями, 2015 р.

Показник	Значення показника
Кількість станцій переливання крові	40
Кількість лікарських посад штатних	886,25
Кількість лікарських посад зайнятих	764,25
Укомплектованість лікарських посад, %	86,23

Таблиця 10
Санаторно-курортні заклади системи МОЗ України, 2015 р.

Кількість закладів	Кількість ліжок		Надійшло хворих	Проведено ліжко-днів
	цілорічних	у місяць максимального розгортання		
А. САНАТОРІЇ				
<i>1. Бюджетні, усього</i>				
Цілорічні заклади				
		15760		
123	15451	(130 у сезонних закладах)	124695	3935496
а) Санаторії для дорослих, усього				
25	3287	3287	26293	819637
у т.ч. для хворих на туберкульоз				
23	2647	2647	16355	686737
з них для хворих на кістково-суглобний туберкульоз				
7	840	840	4897	215307
б) Санаторії для дітей, усього				
		12473		
98	12164	(130 у сезонних закладах)	98402	3115859
у т.ч. для хворих на туберкульоз				
38	5286	5361	32614	1482328
з них для хворих на кістково-суглобний туберкульоз				
4	935	935	8005	301128
із захворюваннями: органів дихання				
11	1410	1480	15645	370915
органів травлення				
5	930	930	8738	215961
опорно-рухової системи				
4	300	300	1906	85182
нервової системи та з дитячим церебральним паралічем				
1	500	500	4014	132048
<i>2. Госпрозрахункові</i>				
1	215	215	2073	36534
а) Санаторії для дорослих				
1	215	215	2073	36534
Б. САНАТОРІЇ ДЛЯ БАТЬКІВ З ДІТЬМИ				
2	530	530	6343	140391

Серед усього числа санаторіїв 98 були для дітей і 2 – для батьків із дітьми, усього проліковано понад 100 тис. дітей, у т.ч. хворих на туберкульоз (32614 осіб), із захворюваннями органів дихання (15645 осіб), органів травлення (8738 осіб), опорно-рухової системи (1906 осіб), нервової системи та з дитячим церебральним паралічем (4014 осіб). У санаторіях для батьків із дітьми оздоровлення пройшли 6343 особи.

Серед усіх санаторіїв був 1 госпрозрахунковий, в якому проліковано 2073 дорослі пацієнти.

В усіх санаторіях протягом 2015 р. проведено 4075887 ліжко-днів. Поряд із санаторним лікуванням 29 центрів здоров'я надавали профілактичну допомогу.

Будинок дитини (табл. 11) є комунальним закладом охорони здоров'я для медико-соціального захисту дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, а також дітей із вадами фізичного та розумового розвитку. Будинки дитини знаходяться у віданні органів охорони здоров'я, у них виховуються діти від народження до трирічного віку, а діти з дефектами розумового і фізичного розвитку – до чотирирічного. Для ослаблених дітей, інфікованих туберкульозом, дітей з ураженням центральної нервової системи, органів слуху, мови та іншими захворюваннями створено спеціалізовані будинки дитини.

Таблиця 11

Будинки дитини системи МОЗ України, 2015 р.

Кількість закладів	Кількість місць станом на 31.12.2015 р.	Кількість дітей станом на 31.12.2015 р.	Проведено ліжко-днів
<i>Україна</i>			
39	3796	2553	939180
<i>Одеська область</i>			
4	455	291	104126
<i>Харківська область</i>			
4	375	182	76896
<i>Дніпропетровська область</i>			
3	275	255	88813

Із 39 будинків дитини найбільше (по 4 на регіон) розташовано на території Одеської і Харківської областей, у 6 регіонах – по 2 будинки дитини, в інших 16 регіонах – по 1.

Швидка медична допомога – спеціалізована медико-санітарна служба (табл. 12), завданням якої є надання першої медичної допомоги при станах, загрозливих для життя, потерпілим від нещасних випадків (поранення, переломи, опіки, отруєння, ураження електричним струмом тощо) або при раптових захворюваннях, а також транспортування потерпілих до лікарень.

Таблиця 12

Станції швидкої медичної допомоги в Україні, 2015 р.

Показник	Самостійні	Об'єднані
Кількість станцій (відділень) швидкої медичної допомоги	44	2
Кількість виїздів на виклик, усього	8515112	17081
у т.ч. у зв'язку з транспортуванням хворих	360279	175
Кількість осіб, яким надана допомога амбулаторно та на виїздах	8768899	18139

У 2015 р. в Україні функціонувало 44 самостійні та 2 об'єднані станції швидкої медичної допомоги. Усього за рік здійснено 8515112 викликів та надано першу медичну допомогу 8768899 постраждалим самостійними станціями та 18139 – об'єднаними.

Мережу ЗОЗ формують поряд із поліклінічними та стаціонарними закладами такі структури, як уже згадані центри здоров'я, бюро судмедекспертизи, патолого-анатомічне бюро, інформаційно-методичні центри медичної статистики міського та обласного підпорядкування (табл. 13). У 2015 р. в системі охорони здоров'я функціонувало 103 такі заклади.

Таблиця 13

Інші заклади охорони здоров'я системи МОЗ України, 2015 р.

Найменування закладу	Кількість
Центри здоров'я	29
Бюро судмедекспертизи	26
Патолого-анатомічне бюро	15
Обласні інформаційно-методичні центри медичної статистики	24
Міські інформаційно-методичні центри медичної статистики	9

Висновки

У системі МОЗ України функціонує розгалужена мережа закладів, які розподіляються за потужністю, рівнем надання медичної допомоги і спеціалізацією.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням забезпеченості санепідблагополуччя в ЗОЗ України на сучасному етапі реформування галузі.

Література

1. *Діяльність будинків дитини, що перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України, у 2015 році* / МОЗ України, Центр медичної статистики МОЗ України. – Київ, 2016. – 51 с.
2. *Забезпечення закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням*. – Київ, 2014. – 192 с.
3. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – Київ, 2009. – 50 с.
4. *Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи* : спеціалізоване видання / В. В. Лазоришинець, Н. О. Лісневська, Л. Я. Ковальчук [та ін.]. – Київ, 2014. – 608 с.
5. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2013–2014 роки*. – Київ : ЦМС МОЗ України, 2015. – 328 с.
6. *Регіональні системи охорони здоров'я України. 2014 рік. Частина II* : монографія / за ред. П. С. Мельника. – Київ, 2015. – 394 с.
7. *Регіональні системи охорони здоров'я України. 2014 рік. Частина I* : монографія / за ред. П. С. Мельника. – Київ, 2015. – 392 с.
8. *Слабкий Г. О.* Модель лікарні майбутнього / Г. О. Слабкий, Г. Я. Пархоменко. – Київ, 2010. – 60 с.
9. *Характеристика мережі закладів охорони здоров'я, забезпеченості населення лікарняними ліжками та основні показники їх використання* / Г. О. Слабкий, Г. Я. Пархоменко, Н. Ю. Кондратюк, О. М. Торжевська // Український медичний часопис. – 2014. – № 5 (103). – С. 130–133.
10. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік*. – Київ, 2014. – 438 с.
11. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік* / за ред. В. В. Шафранського ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с.
12. *Щорічна доповідь. Приватна медицина в Україні. 2010 рік* : монографія / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Яценко, Л. А. Чепелевська [та ін.]. – Київ, 2011. – 105 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.09.2016 р.

Характеристика сети учреждений здравоохранения в системе МЗ Украины**Characteristics of the network of health care facilities in the system of MHC of Ukraine***Л.В. Крохмалюк, П.М. Лысенко*

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

L.V. Krokhmalyuk, P.M. Lysenko

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches
of MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Цель – изучить и проанализировать сеть заведений здравоохранения системы МЗ Украины.

Материалы и методы. Использованы данные отраслевой статистической отчетности за 2015 г. Основными методами исследования были библиосемантический и статистический.

Результаты. Медицинская помощь населению Украины в 2015 г. предоставлялась в 1457 больничных заведениях разных типов с числом коек 278753, в частности: в 24 областных, 327 городских больницах, 446 центральных районных и 91 районной больнице; специализированная помощь предоставлялась в 111 больнице; детскому населению – в 27 областных и 327 городских детских больницах.

Выводы. В системе МЗ Украины функционирует разветвленная сеть заведений здравоохранения, которые распределяются по мощности, уровню предоставления медицинской помощи и специализации.

Ключевые слова: МЗ Украины, система здравоохранения, учреждения здравоохранения, сеть.

Purpose – to study and analyze the network of health institutions of MHC of Ukraine system.

Materials and methods. We used data of sectoral statistical reporting for 2015. The main research methods were bibliosemantic and statistical.

Results. Medical aid to the population of Ukraine in 2015 was provided in 1457 for various types of hospital services with the number of beds 278 753, in particular: in the 24 provincial, 327 city hospitals, 446 district and 91 central district hospital; specialized care provided in 111 hospitals; to children's population – in 27 regional and 327 municipal children's hospitals.

Conclusions. The MHC of Ukraine system operates an extensive network of health care institutions, which are distributed on the power level of care and expertise.

Key words: MHC of Ukraine, the health care system, health care facilities, network.

Відомості про авторів

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

Лисенко Павло Миколайович – науковий співробітник відділу нормативно-правового регулювання в охороні здоров'я та історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 616-006-055.2:314.2(477)

Н.Г. Гойда¹, Р.О. Моїсєнко¹, А.В. Терещенко², О.О. Дудіна²

ЗАСТОСУВАННЯ SWOT-АНАЛІЗУ ПРИ ОЦІНЦІ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕГІОНАЛІЗАЦІЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета – провести оцінку впровадження регіоналізації перинатальної допомоги із застосуванням SWOT-аналізу.

Матеріали та методи. Здійснено SWOT-аналіз регіоналізації перинатальної допомоги. Використано методи системного аналізу, статистичний, бібліосемантичний.

Результати. Виявлено основні можливості і сильні сторони регіоналізації перинатальної допомоги – державний характер сфери охорони здоров'я, використання досвіду інших країн, наявність нормативно-правової бази, системи моніторингу і оцінки, трирівневої системи перинатальної допомоги, єдиного алгоритму ведення пацієнтів із перинатальним ризиком, збільшення виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні, зменшення рівня малюкової смертності. Загрози і слабкі сторони включали несприятливу соціально-економічну ситуацію, перебої і недоліки міжбюджетного фінансування сфери охорони здоров'я, відсутність у більшості закладів Сертифікатів відповідності ISO9001, недостатнє виконання маршрутів пацієнтів, невідповідність перинатальних витрат рівням закладів перинатальної допомоги.

Висновки. Дані SWOT-аналізу дали змогу виявити можливості і сильні сторони та розкрити інституційні обмеження впровадження регіоналізації перинатальної допомоги в Україні.

Ключові слова: SWOT-аналіз, регіоналізація, перинатальна допомога, новонароджені.

Вступ

Збереження життя та здоров'я матерів і дітей є актуальним та стратегічно важливим пріоритетним завданням держави в галузі охорони здоров'я. Поряд з економічним та соціальним розвитком суспільства перинатальна допомога є частиною національної системи охорони здоров'я, а основним завданням її є поліпшення стану здоров'я жінок і дітей шляхом підвищення рівня народжуваності, безпечності пологів, покращення стану здоров'я нових народжуваних поколінь, попередження материнської та малюкової смертності [2, 8].

Впровадження сучасних перинатальних технологій у діяльність закладів охорони здоров'я акушерсько-неонатологічної служби, регіоналізації перинатальної допомоги (РПД) сприяли зменшенню в останнє десятиріччя захворюваності вагітних і новонароджених [1, 8].

Проте, незважаючи на позитивну тенденцію, стан здоров'я жінок та дітей в Україні не відповідає міжнародним стандартам.

Йдеться про високий рівень екстрагенітальної патології вагітних, захворюваності недоношених новонароджених. Високими, у 2–3 рази вищими за середні показники у країнах Євросоюзу, залишаються (станом на 2015 р.) рівні материнської (14,6 на 100 тис. народжених живими) та перинатальної (9,1 на 1000 народжених живими і мертвими) смертності. І наразі перед Україною стоїть складне завдання, пов'язане з необхідністю всебічного реформування сфери охорони здоров'я, включаючи заходи щодо поліпшення

якості та ефективності перинатальної допомоги. Розробка подальших напрямків РПД має базуватися на аналізі успішності її реалізації, виявленні та оцінці її слабких і сильних сторін.

Тому з метою забезпечення більш повного аналізу і оцінки впровадження РПД та перспектив її подальшого розвитку проведено SWOT-аналіз РПД в Україні.

Мета роботи – провести оцінку впровадження РПД із застосуванням SWOT-аналізу.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали нормативно-правові документи з РПД, дані моніторингу й оцінки РПД, а також дані Держкомстату України та ДП «Центр медичної статистики МОЗ України». Використано методи системного аналізу, статистичний, бібліосемантичний.

Результати дослідження та їх обговорення

У розвинених країнах РПД є найважливішою організаційною моделлю на шляху оптимізації медичної допомоги матерям і дітям, зниження рівня смертності, захворюваності та інвалідності [4, 5, 12].

За даними надійних досліджень, організація трирівневої системи перинатальної допомоги, модернізація технічного оснащення в Японії, США та країнах Західної Європи дали змогу знизити в декілька разів материнські і плодово-малюкові втрати, рівні захворюваності та смертності новонароджених і дітей раннього віку [13–16].

Регіоналізація передбачає: забезпечення наступності та етапності в наданні медичної допомоги на основі чіткого розподілу закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги; запровадження єдиних стандартів, рекомендацій та порядку госпіталізації вагітних до родопомічних закладів відповідно до визначених обсягів надання допомоги вагітним та новонародженим; задоволення населення якістю і доступністю медичної допомоги.

В Україні реформування перинатальної допомоги здійснюється на виконання Указу Президента від 12.03.2010 р. «Про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 рр.», яким передбачено модернізацію системи третинної (високоспеціалізованої) медичної, у тому числі перинатальної допомоги, а також створення перинатальних центрів II рівня перинатальної допомоги.

Відповідно до концепції, затвердженої наказом МОЗ України від 02.02.2011 р. № 52 «Про затвердження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів концепції», РПД розглядається 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 їхнім новонародженим дітям, підвищення рівня доступності та якості рододопомоги, її безпечності та економічного використання ресурсів.

Нині створена нормативно-правова база РПД, шляхи практичної реалізації трирівневої системи перинатальної допомоги та інструменти моніторингу і оцінки ефективності надання такої допомоги. У ході впровадження РПД за підтримки міжнародних організацій розроблена і впроваджена система алгоритму ведення жінок і новонароджених із перинатальним ризиком, стратегія підготовки медичного персоналу для роботи в перинатальних центрах із питань перинатального догляду і виходжування новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні [1, 10].

Важливим інструментом аналізу для розробки стратегії і управління РПД є проведення SWOT-аналізу.

Вперше цей метод застосовувався ще в IV ст. до н.е. у Стародавній Греції та Китаї, в сучасній інтерпретації був запропонований К. Ендрюсом у 1963 р. [7], а в подальшому витримав перевірку часом і досі доводить свою необхідність як важливий елемент раціоналістичного підходу для оцінки діяльності різних сфер, регіонів, окремих програм, установ та закладів, розробки та реалізації стратегії їх перспективного планування [2, 8, 9].

Абревіатура «SWOT» походить від англійських слів *strengths* (сильні сторони), *weaknesses* (слабкі сторони), *opportunities* (можливості), *threats* (загрози).

При проведенні SWOT-аналізу закладів сфери охорони здоров'я до потенційних внутрішніх сильних сторін закладу (S) відносять дані про: компетентність і професіоналізм персоналу; адекватність фінансових джерел; застосування новітніх медичних технологій; якість медичних послуг; можливості проведення дистанційного навчання і консультування. До потенційних внутрішніх слабких сторін (W) – недостатність фінансів; слабку матеріально-технічну базу закладів; відсутність мотивації до підвищення професійної діяльності медичного персоналу, чітко вираженої стратегії; відсутність стандартів медичної допомоги; високу вартість на платні послуги, що надаються; застарілі медичні технології; втрату глибини і гнучкості управління. Потенційні зовнішні сприятливі можливості закладу (O) включають: обслуговування додаткових груп пацієнтів; сприятливу економічну, політичну і соціальну обстановку; доступність ресурсів тощо. Потенційні зовнішні загрози (T) – несприятливі демографічні зміни; збільшення видів медичних послуг; озлоблення конкуренції; появу іноземних конкурентів із технологіями низької вартості; посилення законодавчого регулювання тощо [3, 6, 7, 11].

Методологія SWOT передбачає виявлення переліку сильних і слабких сторін, а також загроз і можливостей організації з урахуванням поточної ситуації. Матриця SWOT будується у двох рівнях: стан внутрішнього середовища і стан зовнішнього середовища. Кожний рівень поділяється на дві частини: сила і слабкість потенціалу об'єкта, що вивчається, можливості і загрози, виявлені в зовнішньому середовищі (рис.).

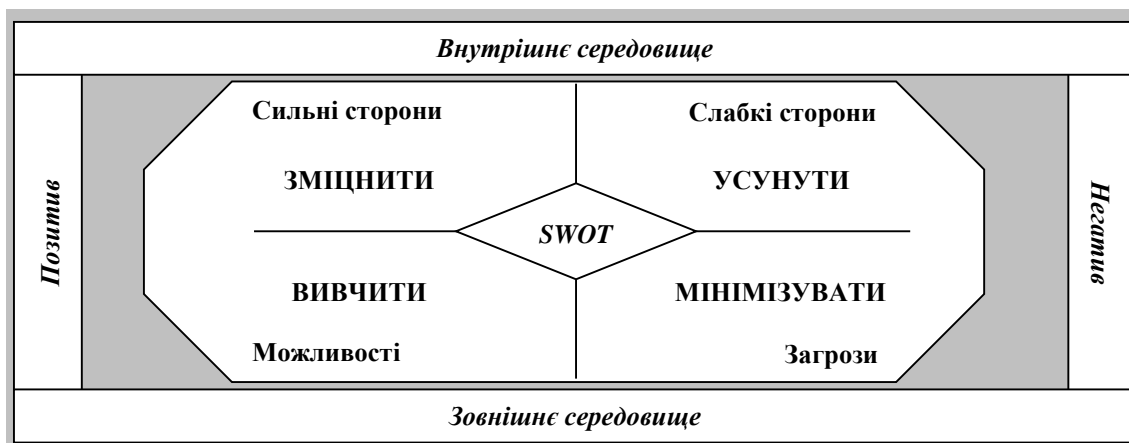


Рис. Матриця SWOT

При проведенні дослідження використано усі елементи SWOT-аналізу – зовнішні та внутрішні фактори з урахуванням регіональних особливостей.

Виявлені експертами основні сили і слабкості РПД, максимально позитивні можливості, найбільш значущі загрози зовнішнього середовища надано в таблиці у вигляді матриці SWOT-аналізу.

Таблиця

Результати SWOT-аналізу регіоналізації перинатальної допомоги в Україні

ВНУТРІШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ	
СИЛЬНІ СТОРОНИ (S)	СЛАБКІ СТОРОНИ (W)
<ul style="list-style-type: none"> • Наявність нормативно-правової бази РПД в Україні. • Нові підходи фінансування закладів охорони здоров'я відповідно до медичної субвенції, а саме, забезпечення закладів охорони здоров'я конкретної територіальної громади, а не закладу. • Розмежування медичної допомоги між закладами охорони здоров'я відповідно до рівнів перинатальної допомоги. • Можливість визначення розмежування закладів охорони здоров'я за рівнями надання перинатальної допомоги з урахування щільності населення, площі регіону та населених пунктів. • Достатня укомплектованість і високий рівень кваліфікації медичного персоналу закладів перинатальної допомоги. • Наявність системи післядипломної підготовки медичних кадрів. • Актами унормовано матеріально-технічне оснащення закладів відповідно до рівня перинатальної допомоги. • Оновлення сучасного медичного обладнання у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених, виходжування глибоко недоношених дітей, патології новонароджених, пологових залів, акушерських реанімацій. • Сертифікація закладів на звання «Лікарня, доброзичлива до дитини». • Нормативне визначення порядку аудиту стану надання РПД та кадрового забезпечення перинатальних центрів III рівня. • Розробка і впровадження національної системи МіО РПД • Наявність індикаторів якості та безпеки діяльності закладів I, II і III рівнів перинатальної допомоги. 	<ul style="list-style-type: none"> • Відсутність у деяких регіонах наказів про визначення трирівневої системи та розмежування медичної допомоги між закладами охорони здоров'я відповідно до рівнів перинатальної допомоги. • Невідповідність фактичного рівня фінансування закладів III рівня перинатальної допомоги та вартості медичної допомоги жінкам і дітям із високим ступенем перинатального ризику. • Відсутність у м. Києві закладів I рівня перинатальної допомоги, у Житомирській області – II рівня, у Волинській, Закарпатській і Чернігівській областях – III рівня. • Невідповідність програм до- та післядипломного навчання компетенційним і кваліфікаційним рівням знань медичних працівників, що надають перинатальну допомогу на I–III рівнях. • Недостатня якість до- та післядипломної підготовки лікарів загальної практики – сімейних лікарів із питань перинатології. • Недостатній рівень знань медичного персоналу щодо ведення та маршрутів пацієнтів із середнім і високим перинатальним ризиком. • Невідповідність складності / напруженості роботи медичних працівників, які надають перинатальну допомогу II та III рівня, заробітній платі та відсутність додаткових матеріальних стимулів. • Незадовільний стан істотної частини матеріально-технічної бази закладів перинатальної допомоги. • Консервація капітальних ремонтів перинатальних центрів III рівня у Львівській, Чернівецькій областях. • Відсутність у більшості закладів первинної допомоги Сертифікату відповідності ISO9001. • Недостатнє виконання маршрутів вагітних із цукровим діабетом, тяжкими формами преєклампсії та еклампсії, антенатальною загибеллю плода.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Запровадження новітніх сучасних підходів у створенні інфекційного контролю в закладах перинатальної допомоги. • Впровадження сучасних перинатальних технологій. • Розвиток малоінвазивних методів діагностики і лікування. • Єдиний алгоритм ведення пацієнтів із перинатальним ризиком. • Впровадження стандартів якості, локальних протоколів і маршрутів пацієнтів із низьким, середнім та високим перинатальним ризиком. • Функціонування цілодобової виїзної реанімаційної бригади для жінок та дітей. • Забезпечення сталого доступу пацієнтів до різних рівнів перинатальної допомоги залежно від наявності та ступеня перинатального ризику. • Збільшення виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні. • Зменшення частоти народжених хворими і захворілих новонароджених. • Зниження перинатальної та малюкової смертності. | <ul style="list-style-type: none"> • Відсутність дієвої наступності подальшого спостереження дітей, що народились передчасно або з патологічними відхиленнями у здоров'ї, по досягненню ними трирічного віку. • Невідповідність виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні, коефіцієнтів неонатальної та материнської смертності рівням закладів перинатальної допомоги, де надавалась медична допомога та сталась смерть жінки або немовляти. |
|--|--|

ЗОВНІШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ

СПРИЯТЛИВІ МОЖЛИВОСТІ (О)

- Державний характер охорони здоров'я.
- Децентралізація повноважень із центрального рівня на регіональний з делегуванням відповідальності за надання медичної допомоги.
- Передбачуване підвищення заробітної плати медичних працівників.
- Використання досвіду інших країн.
- Можливості реалізації потенціалу через пріоритетні державні програми.
- Використання потенціалу державно-приватного партнерства.
- Монопольне становище комунальних закладів охорони здоров'я III рівня на ринку перинатальних послуг.

ЗАГРОЗИ (Т)

- Несприятлива екологічна, політична та економічна ситуація, поширеність серед населення соціально небезпечних (алкоголізм, наркоманія тощо), психопатологічних станів, що зумовлює загрозу здоров'ю населення і підвищення перинатального ризику.
- Перебої та недоліки щодо стабільного міжбюджетного фінансування сфери охорони здоров'я і, зокрема, перинатальної допомоги через неурегульованість положень окремих законодавчих актів.
- Недосконалість та відсутність відповідальності районних, місцевих, обласних рад за низький рівень трансферного розрахунку між закладами I та II рівнів перинатальної допомоги.
- Низький рівень оплати праці медичного персоналу, їх соціальної захищеності, передусім на селі.
- Проблеми транспортного забезпечення (стан автошляхів і наявність транспортних засобів).
- Низький рівень інформаційної підтримки РПД.

При аналізі стану РПД із застосуванням матриці SWOT виявлено основні сильні і слабкі сторони, що потребують подальшого зміцнення:

- в Україні розроблено дієву нормативно-правову базу РПД, яка відповідає принципам Всесвітньої організації охорони здоров'я з цих питань, що включає: порядок і терміни РПД; порядок аудиту стану надання регіональної перинатальної допомоги та кадрового забезпечення перинатальних центрів III рівня; індикатори якості та безпеки діяльності закладів I, II і III рівнів перинатальної допомоги; перелік матеріально-технічного оснащення закладів відповідно до рівня перинатальної допомоги та його оновлення;

- створено систему цілодобового транспортування жінок і новонароджених із високим перинатальним ризиком; пацієнт-орієнтовану систему шляхом чіткого визначення «маршруту пацієнта» та правила взаємин «лікар–пацієнт (жінка–дитина)» тощо;

- у переважній більшості регіонів організовано тривірневу систему перинатальної допомоги та забезпечено розмежування й паспортизацію закладів і підрозділів акушерсько-гінекологічної та неонатологічної служби залежно від регіональних особливостей;

- досягнуто достатню укомплектованість і високий рівень кваліфікації медичного персоналу закладів перинатальної допомоги;

- усі заклади перинатальної допомоги сертифіковано на звання «Лікарня, доброзичлива до дитини»;

- забезпечено позитивну тенденцію виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні, частоти народжених хворими і захворілих новонароджених, коефіцієнтів перинатальної та малюкової смертності.

Ключові заходи щодо усунення слабких сторін РПД доцільно спрямувати на:

- завершення розробки регіональних нормативно-правових актів щодо створення тривірневої системи перинатальної допомоги та її впровадження;

- створення перинатальних центрів III рівня у Волинській, Закарпатській Чернігівській областях, завершення капітальних ремонтів перинатальних центрів III рівня у Львівській та Чернівецькій областях;

- перегляд програм до- та післядипломного навчання медичних працівників, що надають I, II та III перинатальну допомогу;

- підвищення доступності до високоспеціалізованої перинатальної допомоги вагітних із цукровим діабетом, тяжкими формами преєклампсії та еклампсії, антенатальною загибеллю плода;

- розробку та впровадження системи медичного спостереження, раннього втручання та паліативної допомоги дітям раннього віку із хронічною перинатальною патологією;

- мінімізацію диспропорції виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні та перинатальних втрат.

Реалізація можливостей з використанням досвіду

РПД в інших країнах, державного характеру сфери охорони здоров'я в цілому і перинатальної служби зокрема, децентралізації повноважень із центрального рівня на регіональний з делегуванням їм відповідальності за надання медичної допомоги, можливості реалізації потенціалу через пріоритетні державні програми, сучасної всесвітньо визнаної тривірневої системи перинатальної допомоги сприяє забезпеченню більш раціонального використання наявних ресурсів.

Усунення негативних факторів (загроз) може включати загальнодержавні заходи щодо поліпшення екологічної та економічної ситуації, мінімізацію соціально небезпечних і психопатологічних станів, розробку і впровадження зміни нових функцій для системи фінансування сфери охорони здоров'я з використанням порядку фінансування за двома кодами, концентрацією фінансових, кадрових і матеріальних ресурсів на рівні обласного бюджету, що дасть змогу підвищити доступ до якісної перинатальної допомоги усім пацієнтам, включаючи найбільш вразливих і тих, що живуть у віддалених поселеннях.

Висновки

Таким чином, функціонуюча в Україні система РПД – це сучасна всесвітньо визнана технологія, що сприяє підвищенню якості, доступності перинатальної допомоги з урахуванням раціонального використання можливостей існуючої системи надання медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим, створення можливості виходжування дітей з дуже малою масою тіла при народженні.

SWOT-аналіз є дієвим інструментом для прийняття стратегічних, коротко- та довгострокових управлінських рішень щодо подальшого удосконалення РПД з урахуванням регіональних особливостей та організаційних структур системи охорони материнства та дитинства.

Результати аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища дають змогу передбачити, що вирішальне значення в процесі удосконалення системи РПД мають соціально-економічні чинники. Проте медико-організаційні слабкості регіоналізації також впливають на забезпечення достатнього доступу пацієнтів із перинатальним ризиком до високоспеціалізованої перинатальної допомоги, поліпшення здоров'я нових народжуваних поколінь.

Виявлені при проведенні SWOT-аналізу РПД в Україні сили, слабкості, можливості і загрози можуть бути використані при прийнятті стратегічних, коротко- та довгострокових управлінських рішень щодо подальшого удосконалення РПД з урахуванням регіональних особливостей та організаційних структур системи.

Перспективи подальших досліджень

У подальшому планується розробити модель розрахунку коефіцієнтів оцінки РПД по технології SWOT.

Література

1. Дудіна О. О. Перші результати впровадження заходів національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 1. – С. 5–12.
2. Ермакова С. Э. Формирование и развитие процессноориентированного управления в медицинских организациях : автореф. дис. ... д.э.н. / С. Э. Ермакова. – Москва, 2011. – 32 с.
3. Кадриев А. Г. Пути оптимизации хирургической помощи детям в амбулаторных условиях (по материалам Республики Татарстан) : автореф. дис. ... к.мед.н. / А. Г. Кадриев. – Москва, 2008. – 18 с.
4. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / МОЗ України ; за ред. Р. О. Моїсеєнко. – Київ, 2012. – 135 с.
5. Основная родовая, перинатальная и постнатальная помощь : мат. учебн. сем. – Женева : ЕРБ ВОЗ, 2002 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://medical-diss.com>. – Название с экрана.
6. Оценка деятельности медицинской организации посредством SWOT-анализа / А. Х. Гудков, С. В. Поляков, В. А. Каменский, О. В. Чигринец // Лабораторная служба. – 2012. – № 1. – С. 9–12.
7. Программа «Развитие МБУЗ «Городская больница № 1» на 2015–2020 годы» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.stfrancis.edu/content/ba/ghkickul/stuwebs/btopics/works/swot.htm>. – Название с экрана.
8. Результаты самостоятельной оценки служб общественного здравоохранения в Республике Узбекистан : технический отчет / Европейское бюро ВОЗ. – Ташкент, 2011. – 67 с.
9. Таова С. М. Человеческий потенциал сферы здравоохранения: формирование, распределение, инструменты развития : автореф. дис. ... к.э.н. / С. М. Таова. – Майкоп, 2015. – 31 с.
10. Терещенко А. В. Технологія моніторингу й оцінювання регіоналізації перинатальної допомоги / А. В. Терещенко, О. О. Дудіна, Р. О. Моїсеєнко // Здоров'я жінчини. – 2014. – № 9 (95). – С. 22–27.
11. Центры здоровья для детей: проблемы и перспективы развития [Электронный ресурс] / А. А. Модестов, С. А. Косова, Ю. С. Неволин, С. А. Федоткина. – Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/482/30/lang,ru>. – Название с экрана.
12. Шунько С. С. Впровадження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги в Україні / С. С. Шунько // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2011. – Т. I, № 1. – С. 4–15.
13. Anthony C. Danca SWOT Analysis [Electronic resource] / Danca C. Anthony. – Access mode : <http://www.stfrancis.edu/content/ba/ghkickul/stuwebs/btopics/works/swot.htm>. – Title from screen.
14. European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period / K. Wildman, B. Blondel, J. Nijhuis [et al.] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2003. – № 11 (Suppl. 1). – P. 53–65.
15. Guidelines for perinatal care / Fifth Edition ; American Academy of Pediatrics // The American Colledge of Obstetricians and Gynecologists. – 2002. – № 2. – 350 p.
16. Subramaniam Ho J. J. Continuous distending pressure for respiratory distress in preterm infants / Ho J. J. Subramaniam, D. J. Henderson, P. G. Davis // The Cochrane Library. – 2008. – Issue 2.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.08.2016 р.

Применение SWOT-анализа при оценке внедрения регионализации перинатальной помощи в Украине

*Н.Г. Гойда¹, Р.А. Моисеенко¹,
А.В. Терещенко², Е.А. Дудина²*

¹Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

²ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

Цель – провести оценку внедрения регионализации перинатальной помощи с применением SWOT-анализа.

Материалы и методы. Осуществлен SWOT-анализ регионализации перинатальной помощи. Используются методы системного анализа, статистический, библиосемантический.

Результаты. Выявлены основные возможности и сильные стороны регионализации перинатальной помощи – государственный характер сферы здравоохранения, применения опыта других стран, наличие нормативно-правовой базы, системы мониторинга и оценки, трехуровневой системы перинатальной помощи, единого алгоритма ведения пациентов, с перинатальным риском, увеличение выживания новорожденных с очень малой массой тела при рождении, уменьшения уровня младенческой смертности. Угрозы и слабые стороны включали неблагоприятную социально-экономическую ситуацию, перебои и недостатки межбюджетного финансирования сферы здравоохранения, отсутствие в большинстве учреждений Сертификатов соответствия ISO9001, недостаточное выполнение маршрутов пациенток, несоответствие перинатальных потерь уровням заведений перинатальной помощи.

Выводы. Данные SWOT-анализа позволили обнаружить возможности и сильные стороны и раскрыть институциональные ограничения внедрения регионализации перинатальной помощи в Украине.

Ключевые слова: SWOT-анализ, регионализация, перинатальная помощь, новорожденные.

Application of SWOT-analysis at the assessment of implementation of perinatal care regionalization in Ukraine

*N.G. Goyda¹, R.O. Moiseyenko¹,
A.V. Tereschenko², O.O. Dudina²*

¹Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

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

Purpose – to carry out an estimation of implementation of perinatal care regionalization with application of SWOT-analysis.

Materials and methods. The SWOT-analysis of perinatal care regionalization has been carried out. Methods of the systems analysis, statistical, bibliosemantic are used.

Results. Results of the analysis have been revealed the basic features and strengths of regionalization of perinatal care – the public character of health care, using the experience of other countries, presence of the legal base, monitoring and evaluation system, three-level system of perinatal care, uniform algorithm of conducting patients with perinatal risk, increase survival of infants with very low birth weight, infant mortality reduction. Threats and weaknesses included an adverse social and economic situation, faults and lacks of inter-budgetary financing of health care, absence in the most institutions of Certificates of Conformity ISO9001, insufficient performance of patients routes, discrepancy of perinatal losses to levels of perinatal care institutions.

Conclusions. The data of SWOT-analysis have allowed to reveal opportunities, strengths and restrictions of institutional implementation of perinatal care regionalization in Ukraine.

Key words: SWOT-analysis, regionalization, perinatal care, newborns.

Відомості про авторів

Гойда Ніна Григорівна – д.мед.н., проф., професор кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

Моисеенко Раїса Олександрівна – д.мед.н., проректор з науково-педагогічної і лікувальної роботи Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

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

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

УДК 614.2:616-082.001.73.001.5(4)(477)

В.М. Лехан¹, Л.В. Крячкова¹, В.В. Волчек¹, С.С. Росточило²

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КРАЇНАХ ЄВРОПИ ТА В УКРАЇНІ

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна²КЗ «Обласний Дніпропетровський інформаційно-аналітичний центр медичної статистики», м. Дніпро, Україна

Мета – вивчити систему первинної медичної допомоги в різних країнах Європи та провести порівняльне дослідження їх характеристик з основними тенденціями розвитку первинної медичної допомоги в Україні.

Матеріали та методи. Використано дані власних досліджень щодо стану первинної медичної допомоги в Україні та матеріали масштабного багатоаспектного дослідження систем первинної медичної допомоги в 31 країні Європи. При узагальненні результатів оцінено структурний, процесний аспекти та результативність первинної медичної допомоги в країнах. Застосовано бібліосемантичний, історичний, медико-статистичний методи.

Результати. Попри істотні відмінності, системи первинної медичної допомоги в Європейському регіоні об'єднують універсальне охоплення населення первинної медичної допомоги та позиціонування лікарів загальної практики як наріжного каменю системи. В Україні система первинної медичної допомоги залишається дуже слабкою через недостатню комплексність і послідовність управлінських рішень щодо напрямків, моделей та механізмів розвитку первинної медичної допомоги.

Висновки. Провідне значення для ефективності системи первинної медичної допомоги мають збільшення доступності, координованості допомоги із застосуванням принципу воратаря та забезпечення її необхідними економічними ресурсами.

Ключові слова: первинна медична допомога, Європа, Україна.

Вступ

Протягом останніх п'яти років проблеми розвитку первинної медичної допомоги (ПМД) в Україні посідають провідне місце як серед управлінських рішень національного рівня, так і тематики наукових досліджень [3]. Такі тенденції відповідають світовому тренду стосовно ПМД, оскільки, як свідчать матеріали Європейського форуму первинної медико-санітарної допомоги (European forum for primary care – EFPC), багато з проблем охорони здоров'я можуть бути вирішені при створенні стійкої системи ПМД [10]. У своєму виступі 15 вересня 2015 р. при заснуванні під егідою Фонду Білла і Мелінди Гейтс, Групи Світового банку та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) нового партнерства з метою зміцнення ПМД і прискорення прогресу на шляху досягнення Цілей у галузі сталого розвитку Генеральний директор ВООЗ Маргарет Чен заявила, що «Сильні (стійкі) системи первинної медико-санітарної допомоги – це такі системи, до яких звертаються люди у своїх спільнотах для того, щоб залишатися здоровими і отримати медичну допомогу в разі хвороби. Якщо первинна медико-санітарна допомога ефективна, вона може задовольнити медико-санітарні потреби переважної більшості людей...» [7].

Результати наукових досліджень показують, що сильна система ПМД дає кращі показники здоров'я населення при менших витратах і більш високій суспільній задоволеності медичною допомогою [8, 9, 11].

Однак стійка система ПМД не може виникнути спонтанно. Для цього потрібні відповідні умови, як на рівні системи, так і на рівні постачальників медичних послуг, а також їх готовність взяти на себе відповідальність за здоров'я населення.

В Україні не вщухають дискусії щодо моделей, форм і механізмів розвитку ПМД. В Європі також повсюдно триває процес удосконалення та зміцнення ПМД. У 2015 р. під егідою Європейської обсерваторії із систем і політики охорони здоров'я опубліковано результати масштабного багатоаспектного дослідження систем ПМД у країнах Європи [4]. Для визначення чіткого вектору розвитку ПМД існує гостра необхідність в аналізі інформації про стратегії та структуру організації послуг населенню на рівні цієї служби.

Мета роботи – вивчити систему ПМД у різних країнах Європи та провести порівняльне дослідження їх характеристик з основними тенденціями розвитку ПМД в Україні.

Матеріали та методи

Для порівняльного аналізу підходів до розвитку ПМД у країнах Європи та в Україні використано дані власних досліджень щодо стану ПМД і матеріали дослідження систем ПМД 31 країни (Австрії, Бельгії, Болгарії, Великої Британії, Греції, Данії, Естонії, Ірландії, Ісландії, Іспанії, Італії, Кіпру, Латвії, Литви, Люксембургу, Мальти, Нідерландів, Німеччини, Норвегії,

Польщі, Португалії, Румунії, Словаччини, Словенії, Туреччини, Угорщини, Фінляндії, Франції, Чеської Республіки, Швейцарії, Швеції) [4]. При виконанні цього дослідження використано систематичні огляди літератури, міжнародні бази даних (Організації економічного співробітництва та розвитку – ОЕСР, ВООЗ «Здоров'я для всіх», статистичної служби Європейського Союзу, Світового банку, European Union Public Health Information and Knowledge system – EURHIX), операціоналізовані в 41 особливості і 99 індикаторів із подальшим їх зважуванням за 3-бальною шкалою: 1 – низький, 2 – середній, 3 – високий рівень. При узагальненні результатів оцінено структурний, процесний аспекти та результативність ПМД у різних країнах.

Для аналізу ситуації в Україні використано нормативно-правові документи стосовно перетворень ПМД в Україні, матеріали Державної служби статистики, Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України. Порівняння підходів до розвитку ПМД у країнах Європи та в Україні проведено із застосуванням бібліосемантичного, історичного, медико-статистичного методів.

Результати дослідження та їх обговорення

У рамках Європейського дослідження для характеристики структури та організації ПМД (структурний аспект) проведено комплексну оцінку трьох компонентів (управління, економічних умов та розвитку трудових ресурсів); для судження про надання послуг ПМД (процесний аспект) проаналізовано чотири компоненти (доступність, безперервність, координованість і комплексність допомоги); для описання результатів – якість та ефективність медичної допомоги.

Характеристика структурного аспекту первинної медичної допомоги в країнах Європи

При оцінці компоненту «Управління» враховано індикатори: наявність програмних документів, що свідчать про пріоритетність розвитку ПМД, політики щодо справедливого розподілу практикуючих фахівців ПМД та міждисциплінарного співробітництва ПМД і інших секторів охорони здоров'я; централізацію / децентралізацію управління ПМД; наявність підрозділів ПМД у МОЗ; наявність окремого бюджету для ПМД; регламентованість вимог до структур ПМД і практикуючих лікарів; наявність клінічних настанов для лікарів загальної практики (ЛЗП); наявність законів про права пацієнтів тощо.

Виявлено, що в експліцитному вигляді цілісне бачення поточного і майбутнього розвитку ПМД представлено в програмних документах менше ніж у половині країн (Болгарії, Великій Британії, Греції, Данії, Естонії, Іспанії, Литві, Люксембурзі, Мальті, Нідерландах, Норвегії, Словенії, Франції, Туреччині). Ще в 6 країнах (Ірландії, Італії, Кіпрі, Португалії, Румунії, Фінляндії) бачення зосереджено на частковому реформуванні системи ПМД. Опосередковано про керуваність розвитку ПМД у країні свідчить її

представленість у вигляді підрозділів МОЗ. Такі підрозділи або державні інспекції наявні тільки в 12 країнах (Великій Британії, Іспанії, Ірландії, Італії, Латвії, Литві, Нідерландах, Норвегії, Португалії, Румунії, Словенії, Швеції). У переважній більшості (61%) країн – у Болгарії, Великій Британії, Греції, Данії, Естонії, Ірландії, Ісландії, Іспанії, Італії, Латвії, Литві, Норвегії, Польщі, Португалії, Румунії, Словенії, Туреччині, Угорщині, Фінляндії – ПМД має окремий від інших видів медичної допомоги бюджет.

У переважній більшості країн Європи реалізація основних функцій управління ПМД (встановлення пріоритетів, фінансування, планування поставок, забезпечення послуг, контроль якості) достатньо децентралізована і здійснюється на рівнях регіональних чи місцевих органів влади, або регіональних фондів медичного страхування, або трастів ПМД. Централізовано на національному рівні ПМД реалізується лише в 6 країнах (Естонії, Угорщині, Латвії, Мальті, Словаччині та Швейцарії), невеликих за площею та з відносно малою чисельністю населення.

Формальні професійні вимоги, що пред'являються до провайдерів медичних послуг у первинній ланці, існують у всіх країнах. Проте на Кіпрі, у Фінляндії та Угорщині такі вимоги менш конкретні, що дає змогу непрофільним лікарям надавати ПМД. Крім того, практично у всіх країнах, крім Бельгії, Фінляндії, Франції, Німеччини та Ірландії, постачальники послуг ПМД повинні отримати дозвіл на провадження медичної практики – так званий «дозвіл на експлуатацію» (за винятком Бельгії, Фінляндії, Франції, Німеччини, Ірландії, Люксембургу і Норвегії). У всіх країнах існують клінічні настанови з ПМД (за винятком Ірландії, Мальти, Швейцарії; по Греції та Ісландії дані відсутні) та законодавчі акти, які регулюють права пацієнтів (за винятком Греції).

За інтегральною характеристикою в першу п'ятірку країн із найбільш високим рівнем управління в системі ПМД (2,6–2,1 за 3-бальною шкалою у міру зменшення) входять Нідерланди, Іспанія, Велика Британія, Португалія та Італія; в останню п'ятірку (2,1–2,25 балу у міру збільшення) – Швейцарія, Кіпр, Люксембург, Угорщина та Ісландія.

Компонент «Економічні умови надання первинної медичної допомоги» оцінено з використанням таких індикаторів: витрати на ПМД та витрати на профілактику і громадську охорону здоров'я (обидва – відсоток від середньорічних витрат на охорону здоров'я); відсоток населення, застрахованого у зв'язку з медичними витратами; відсоток населення, застрахованого у зв'язку з придбанням прописаних ліків; статус ЛЗП та їх взаємовідносини з фінансуючою стороною; система оплати праці ЛЗП; середній сукупний річний дохід ЛЗП в євро (з витратами на утримання практики включно).

Результати дослідження економічних умов надання ПМД свідчать, що питома вага витрат на ПМД від загальних витрат на охорону здоров'я в країнах Європи коливається в широких межах: найбільші (19,3–25,6%) – у Великій Британії, Франції, Швейцарії, Греції;

найменші (4,7–7,1%) – в Італії, Естонії, Чеській Республіці; частка витрат на профілактику і громадську охорону здоров'я найбільша (4–5,5%) у Фінляндії, Німеччині, Бельгії, Литві, Естонії, в інших країнах профілактичні витрати істотно менші.

Надзвичайно важливими є характеристики охоплення населення страхуванням при отриманні ПМД і при придбанні прописаних ліків, які практично у всіх країнах становлять 95–100% (за винятком Ірландії – 33% по медичній допомозі, 30% по лікарських засобах; Кіпру – 80% і 35–40% відповідно, дані по Туреччині відсутні).

За даними таблиці 1, у більшості країн (15 країн – 48%) основну масу ЛЗП становлять самозайняті лікарі (підприємці), які працюють на умовах контрактів з органами охорони здоров'я або фондами медичного страхування, в меншому числі країн (10 країн – 32%) ЛЗП

мають статус найманих працівників у державних або комунальних закладах охорони здоров'я. Слід зазначити, що в одній країні можуть співіснувати ЛЗП із різним статусом (як наймані працівники, так і самозайняті).

Статус ЛЗП не корелює з методами оплати їхньої праці: серед найманих працівників превалює плоска шкала оплати (посадові оклади) – 73% країн, однак у ряді країн (27%) використовується система, яка враховує інтенсивність (число зареєстрованих у ЛЗП пацієнтів) і результативність роботи. Серед самозайнятих переважає змішана винагорода, яка поєднує подушну оплату з оплатою за окремі пріоритетні послуги. Гонорарний метод (оплата за послугу) зустрічаються набагато рідше (7 країн), передусім там, де самозайняті лікарі працюють без контрактів (табл. 2).

Таблиця 1

Статус лікарів загальної практики у системі первинної медичної допомоги та їх взаємовідносини з фінансуючою стороною в країнах Європи

Статус ЛЗП	Країна (частка лікарів системи ПМД)
Наймані органами національного, регіонального або місцевого рівнів працівники	Австрія (49%), Кіпр (50%), Фінляндія (100%), Франція (31,7%), Греція (50%), Ісландія (90%), Литва (80%), Мальта (35%), Португалія (99%), Словенія (72%), Іспанія (80%)
Самозайняті, які діють відповідно до контрактів з фондами медичного страхування або органами охорони здоров'я	Велика Британія (73%), Туреччина (100%), Швейцарія (понад 90%), Словаччина (99%), Норвегія (93%), Нідерланди (85%), Люксембург (90%), Латвія (90%), Італія (100%), Угорщина (95%), Німеччина (87%), Естонія (95%), Данія (100%), Болгарія (86,6%), Бельгія (99,7%)
Самозайняті без контракту (допомога оплачується пацієнтами з власної кишені)	Австрія (29,1%), Кіпр (50%), Мальта (65%), Румунія (76%)

Таблиця 2

Система оплати праці лікарів загальної практики в країнах Європи

Характеристика працівників	Форма оплати	Країна
Наймані працівники	Плоска шкала заробітної плати (оклад)	Австрія, Бельгія, Болгарія, Кіпр, Греція, Естонія, Ісландія, Люксембург, Мальта, Нідерланди, Німеччина, Норвегія, Польща, Словаччина, Угорщина, Фінляндія, Франція, Чеська Республіка, Швеція
	Заробітна плата, пов'язана з числом зареєстрованих пацієнтів у сполученні з досягненням запланованих показників	Велика Британія, Іспанія, Латвія, Литва, Португалія, Румунія, Словенія
Самозайняті працівники	Змішана подушна, оплата за послуги та інші компоненти	Австрія, Бельгія, Болгарія, Велика Британія, Данія, Естонія, Ірландія, Іспанія, Італія, Латвія, Литва, Нідерланди, Німеччина, Норвегія, Польща, Португалія, Румунія, Словаччина, Словенія, Туреччина, Угорщина, Фінляндія, Чеська Республіка, Швеція
	Оплата за послугу	Кіпр, Франція, Греція, Ісландія, Люксембург, Мальта, Швейцарія

Середній сукупний річний дохід ЛЗП, з витратами на утримання практики включно, в різних країнах коливається в надзвичайно широких межах (максимально – 15-кратний розмах) – від 133–150 тис. євро у Великій Британії та Люксембурзі до 10,7–13,7 тис. євро в Литві та

Болгарії, що є віддзеркаленням насамперед стану економіки тієї чи іншої держави, а також місцем у системі пріоритетів, яке посідає ПМД.

У цілому за інтегральним показником компоненту «Економічні умови надання первинної медичної

допомоги» у п'ятірку країн із найбільш високими характеристиками (2,3–2,2 балу) входять Нідерланди, Іспанія, Велика Британія, Португалія, Італія; в останню п'ятірку з найгіршими економічними характеристиками (1,9–2,05 балу) – Швейцарія, Кіпр, Люксембург, Угорщина, Ісландія.

Третім компонентом структурного аспекту є *стан трудових ресурсів первинної медичної допомоги*, при характеристиці якого проаналізовано такі індикатори: коло постачальників ПМД; питому вагу осіб старшого віку (55 років і старше) серед постачальників; середню тривалість робочого тижня; наявність формального опису завдань, які повинні виконувати ЛЗП; рівень доходу ЛЗП порівняно з іншими спеціалістами; планування кадрового потенціалу фахівців для ПМД; місце загальної практики – сімейної медицини в університетському навчанні; наявність післядипломної підготовки ЛЗП; наявність професійної підготовки медичних сестер для ПМД тощо.

В якості постачальників послуг первинної допомоги ЛЗП представлені в усіх (31) країнах, включених у

дослідження; також у 27 країнах – стоматологи, у 2/3 країн – гінекологи, педіатри та терапевти; у 3/4 – медичні сестри віднесені до професій первинної ланки. Водночас, у країнах, де пацієнти мають прямий доступ до ряду медичних спеціальностей, представники цих професій фактично є частиною ПМД, незважаючи на те, що місце роботи таких фахівців звичайно розташоване в закладах вторинної медичної допомоги; існують також змішані практики, в яких задіяні як ЛЗП, так і спеціалісти, що аналізується детальніше в блоці «координація ПМД». У результаті картина щодо кола постачальників ПМД виглядає таким чином: на одному полюсі – країни, де спектр постачальників ПМД залишається класичним і обмежується ЛЗП, медичними сестрами та стоматологами (Велика Британія, Португалія), на іншому – країни, де в наданні ПМД, крім ЛЗП, беруть участь ще лікарі 10–11 спеціальностей як широкого профілю (акушери-гінекологи, педіатри, терапевти), так і вузькі спеціалісти – хірурги, кардіологи, офтальмологи, невропатологи, оториноларингологи тощо (Німеччина, Австрія) (врізка).

Врізка

Постачальники первинної медичної допомоги (приклади окремих країн Європи):

Велика Британія – лікарі загальної практики, медичні сестри загальної практики, акушерки, стоматологи;

Португалія – лікарі загальної практики, медичні сестри загальної практики;

Німеччина – лікарі загальної практики, акушери-гінекологи, педіатри, терапевти, офтальмологи, оториноларингологи, кардіологи, невропатологи, хірурги, акушерки, стоматологи;

Австрія – лікарі загальної практики, акушери-гінекологи, педіатри, терапевти, офтальмологи, оториноларингологи, кардіологи, невропатологи, хірурги, медичні сестри загальної практики, спеціалізовані медичні сестри, медичні сестри з домашнього догляду, фізіотерапевти, акушерки, трудотерапевти, логопеди, стоматологи.

Більше третини (35,5%) країн – Бельгія, Кіпр, Чеська Республіка, Фінляндія, Ісландія, Ірландія, Мальта, Румунія, Словенія, Швейцарія, Швеція – не мають формального опису посадових обов'язків (кваліфікаційних характеристик) для ЛЗП.

Планування потреб у кадрових ресурсах для ПМД на місцях здійснюється лише в чотирьох країнах (Бельгії, Данії, Естонії, Франції). Не виключено, що це впливає на віковий склад кадрів для ПМД. У багатьох країнах Європи реєструється постаріння ЛЗП (у 2/3 країн частка осіб 55 років і старше коливається в межах 40–65%). Можливий зв'язок такої кадрової ситуації з дискримінацією ЛЗП у рівнях їхніх доходів порівняно з лікарями інших спеціальностей. Лише в трьох країнах (Португалії, Іспанії, Великій Британії), які мають національні системи охорони здоров'я, рівень доходів ЛЗП зіставний зі спеціалістами, в інших країнах він нижчий або набагато нижчий.

Досить сприятливою виглядає ситуація в Європі з підготовкою фахівців для ПМД. У переважній більшості країн сімейна медицина вивчається на додипломному етапі навчання студентів (80% країн); у 2/3 країн практично всі університети мають післядипломну підготовку із загальної практики – сімейної медицини (за винятком Австрії, Кіпру, Італії, Чеської Республіки, Німеччини тощо).

Інтегральна оцінка кадрового компоненту ПМД показує, що до першої п'ятірки з найбільш високими показниками (2,6–2,2 балу) належать Велика Британія, Нідерланди, Данія, Португалія, Фінляндія; до останньої з найнижчими показниками (1,6–1,9 балу) – Ісландія, Люксембург, Латвія, Словаччина, Греція.

У цілому до країн із сильною структурою ПМД за всіма трьома компонентами (управління, економічні умови та кадрові ресурси) належать Велика Британія, Данія, Фінляндія, Італія, Нідерланди, Португалія, Румунія, Словенія, Іспанія; відносно слабка структура ПМД – у Болгарії, Кіпрі, Чеській Республіці, Греції, Ісландії, Люксембурзі, Польщі і Словаччині.

Характеристика надання послуг первинної медичної допомоги (процесного аспекту) в країнах Європи

Доступність ПМД є одним із найважливіших процесів, оскільки характеризує можливість отримати допомогу всім, хто її потребує, незалежно від соціально-економічного статусу, місця проживання, стану здоров'я тощо. Для аналізу цього компоненту в Європейському дослідженні використано такі індикатори: забезпеченість ЛЗП та рівномірність їх регіонального розподілу; дефіцит ЛЗП відповідно до національних нормативів; наявність обов'язкових мінімальних часів роботи практики ПМД;

середнє число домашніх відвідувань ЛЗП на тиждень; використання телефонних консультацій та консультацій електронною поштою; наявність системи попереднього запису на прийом; форми надання ПМД у неробочі часи; платежі пацієнта за відвідування ЛЗП, за ліки за рецептом, за візити до спеціалістів за направленням ЛЗП, за домашні візити ЛЗП та задоволеність пацієнтів цінами на ПМД та її доступністю.

Необхідною передумовою для доступності ПМД є як адекватне забезпечення медичним персоналом, так і справедливості його розподілу всередині країни. Як вже зазначалося, у всіх країнах основним постачальником ПМД є ЛЗП, але різниця в забезпеченості ними між країнами сягає 7-кратного розміру: при середньоєвропейській забезпеченості 68 на 100 тис. населення максимальний показник реєструється в Австрії – 153,3, мінімальний у Польщі – 20,8. Слід зазначити, що при оцінці таких відмінностей слід брати до уваги залучення в різних країнах до надання ПМД й інших спеціалістів. Існують також значні розбіжності в регіональному розподілі ЛЗП: найбільші – у Швейцарії, Швеції, Бельгії, Болгарії та Великій Британії, найменші – у Португалії, Німеччині, Словаччині, Угорщині та Данії.

У всіх країнах, за винятком Австрії, Ісландії та Іспанії, існує брак ЛЗП порівняно з національними нормативами, загроза якого зростає у зв'язку з постарінням цієї професійної групи.

Нормативна регламентованість часу роботи закладів ПМД має місце у всіх країнах, за винятком Бельгії, Фінляндії, Франції, Німеччини, Ірландії, Люксембургу, Словаччини, Швеції та Швейцарії, однак тижнева тривалість роботи закладів коливається у широких межах – від 20 год. в Австрії до 52,5 год. у Великій Британії. Безперервність ПМД потребує забезпечення нею і в позаробочі часи. Найбільш поширеною в Європі моделлю надання ПМД у позаробочий час є відділення невідкладної допомоги, на Кіпрі, в Естонії, Латвії та Литві ця функція покладається на служби швидкої (екстреної допомоги). Частота домашніх відвідувань ЛЗП дуже варіює по всій Європі: від найвищого (13–37 відвідувань на тиждень у Бельгії, Мальті, Німеччині, Австрії, Франції) до найнижчого (0–1 – у Португалії, Норвегії, Ісландії, Туреччині та Кіпрі). Занадто низький рівень домашніх відвідувань істотно

утруднює отримання необхідної допомоги для тяжкохворих і людей з обмеженими по здоров'ю можливостями.

Підвищенню доступності ПМД сприяє використання нетрадиційних способів отримання консультацій у дистанційному режимі. Так, практично у всіх країнах (за винятком Кіпру, Естонії, Греції, Литви, Люксембургу, Польщі, Румунії, Словаччини та Туреччини) доступні телефонні консультації; консультації електронною поштою поширені значно менше – часто практикуються лише в Данії, Інкони в Ісландії, Ірландії, Італії, Литві, Норвегії, Португалії, Словенії, Іспанії та Великій Британії.

Майже у всіх країнах Європи значна увага приділяється забезпеченню фінансової доступності ПМД. У 16 країнах немає оплати за відвідування ЛЗП, у 15 – пацієнт доплачує певну суму за візит. Оплата за домашній візит ЛЗП більш поширена – не стягується плата лише у 12 країнах, доплата існує в 14 і повна оплата домашнього візиту в 4 країнах (Кіпрі, Франції, Ірландії і Латвії). У переважній більшості (26) країн практикується доплата за приписані за рецептом ліки, в окремих країнах оплата за ліки по рецепту не стягується (Кіпрі, Португалії, Румунії та Словенії), повна оплата приписаних ліків має місце лише в Ірландії. Стимулюючою до раціоналізації використання медичної допомоги є система оплати візитів до спеціалістів за направленнями ЛЗП: у 12 країнах оплата не стягується, у 9 – практикуються доплати, повна оплата зустрічалася лише у 2 країнах (Кіпрі та Франції) – табл. 3. При цьому більшість країн застосовують один або кілька з критеріїв для виключення доплат за послуги ПМД, зокрема: належність пацієнтів до соціально незахищених груп (за рівнем доходу, статусом зайнятості, правовим статусом), вагітні жінки, діти, студенти, донори крові, пенсіонери, ветерани війни, групи пацієнтів із певними захворюваннями тощо. Слід зазначити, що офіційна система оплати може суттєво відрізнятись від реальної через наявність неформальних платежів або при отриманні ПМД у приватних закладах, які не заключили контрактів із фінансуючими організаціями.

Слід підкреслити високу кореляцію між вартісною і загальною задоволеністю ПМД: у країнах із високою або дуже високою оцінкою цінової доступності загальна доступність також оцінюється високо (табл. 4).

Таблиця 3

Оплата послуг у системі первинної медико-санітарної допомоги

Вид послуг	Ситуація з оплатою
Відвідування лікарів	Немає оплати – 16 країн, доплати – 15 країн
Ліки за виписаними рецептами	Немає оплати – 4 країни (Кіпр, Португалія, Румунія, Словенія), доплати – 26 країн, повна оплата – 1 країна (Ірландія)
Візити додому	Немає оплати – 12 країн, доплати – 14 країн, повна оплата – 4 країни (Кіпр, Ірландія, Латвія, Франція)
Візити до спеціалістів за направленнями ЛЗП	Немає оплати – 12 країн, доплати – 9 країн, повна оплата – 2 країни (Кіпр, Франція)

Таблиця 4

Рівні задоволеності ціною та загальною доступністю в країнах Європи

Рівень задоволеності	Доступність	
	цінова	загальна
Дуже низький (до 60%)	Греція	Швеція
Низький (60–69%)	Португалія, Ірландія, Кіпр	Португалія, Туреччина, Швеція
Середній (70–79%)	Румунія, Туреччина	Латвія, Румунія, Греція
Високий (80–89%)	Італія, Словаччина, Бельгія, Болгарія, Чеська Республіка	Італія, Словаччина, Литва, Болгарія, Данія, Угорщина, Велика Британія
Дуже високий (понад 90%)	Австрія, Іспанія, Литва, Польща, Мальта, Німеччина, Нідерланди, Франція, Велика Британія, Данія, Латвія, Угорщина, Швеція	Австрія, Іспанія, Литва, Польща, Мальта, Німеччина, Нідерланди, Франція, Бельгія, Кіпр, Ірландія, Фінляндія, Чеська Республіка

За інтегральним критерієм, найбільш високі показники доступності (2,45–2,35) отримані для Словенії, Нідерландів, Великої Британії, Іспанії, Данії; найнижчі (1,9–2,1) – для Кіпру, Греції, Франції, Туреччини, Люксембургу.

Безперервність первинної медичної допомоги означає, що пацієнти повинні отримати для себе переваги з наявності довгострокових відносин з основним лікарем, які виходять за рамки конкретних епізодів хвороби. Для оцінки цього компоненту використано такий комплекс індикаторів: наявність у ЛЗП списків пацієнтів, що приписалися до конкретного лікаря; середню чисельність населення на 1 лікаря ЛЗП; процент пацієнтів, які відвідують обраного лікаря для вирішення загальних проблем зі здоров'ям; використання інформаційних технологій у загальній практиці; інформування ЛЗП про медичну допомогу, отриману пацієнтами в неробочі часи загальнолікарської практики; комунікації між спеціалістами і ЛЗП для завершення допомоги при конкретному епізоді захворювання; свобода вибору пацієнтами центру ПМД і ЛЗП; задоволеність пацієнтів їх зв'язком зі своїм ЛЗП, довірою до нього, тривалістю візиту до ЛЗП, змістом пояснень ЛЗП щодо призначеного лікування.

За результатами Європейського дослідження, пацієнти більшості країн можуть вільно зареєструватися в будь-якому центрі ПМД і в будь-якого ЛЗП, крім Фінляндії, Греції та Швеції, де пацієнти прикріплені до певного центра ПМД. Наявність списків зареєстрованих пацієнтів є нормою в більшості країн Європи, крім Австрії, Бельгії, Кіпру, Франції, Німеччини, Ірландії, Люксембургу, Мальти, Швеції та Швейцарії. Середня кількість населення, що обслуговується одним ЛЗП, становить 1687 пацієнтів (найбільший розмір списку – у Туреччині (3687), найменший – у Люксембурзі (500), середній – у Великій Британії (1745)).

Безперервність найкраще досягається, коли пацієнти із загальними проблемами зі здоров'ям відвідують основного лікуючого лікаря і, навпаки, – страждає при відвідуванні кількох постачальників ПМД або спеціалістів [12]. Практика отримання консультацій в одного постачальника є звичайною для європейських країн із варіаціями з максимумом – понад 90% у Чеській

Республіці та Словаччині і мінімумом – до 70% в Австрії та Португалії.

Безперервність медичної допомоги підкріплюється безперервністю управління, яка базується на хороших інформаційних системах. У більшості країн інформаційні системи в ПМД використовуються для ведення медичної документації, фінансового управління, виписування ліків. Окремі країни використовують комп'ютерні системи для запису на прийом, зв'язку зі спеціалістами та фармацевтами. У більшості країн ЛЗП отримують упродовж доби інформацію про допомогу, надану їх пацієнтам у позаробочі часи або в інших закладах охорони здоров'я.

У середньому 85% пацієнтів в Європі задоволені взаєминами зі своїм лікуючим лікарем і довіряють йому.

Інтегральні показники безперервності ПМД найвищі (2,45–2,4) у Данії, Іспанії, Естонії, Чеській Республіці, найнижчі (2,2–2,25) – у Туреччині, Мальті, Австрії, Швеції та Греції.

Фахівці первинної ланки можуть відігравати важливу роль у координації медичного обслуговування населення в цілому, що може позитивно впливати на ефективність використання ресурсів та якість надання медичної допомоги. Для характеристики компоненту «координація» застосовано комплекс індикаторів: особливості доступу пацієнтів до лікарів-спеціалістів; характеристики форм організації ПМД (індивідуальна практика ЛЗП, групова практика ЛЗП, змішана практика – ЛЗП і спеціалісти); взаємодію між ЛЗП і спеціалістами; координацію роботи між ПМД і сектором охорони громадського здоров'я; використання ЛЗП телефонних консультацій зі спеціалістами; роль медичних сестер ПМД тощо.

Провідним способом координації в системі медичного обслуговування є, так звана, функція «воротаря», коли доступ до спеціалістів регулюється через систему направлень від ЛЗП. У різних країнах Європи існують різноманітні способи доступу пацієнтів до лікарів-спеціалістів – від прямого нерегульованого доступу до необхідності обов'язкового направлення ЛЗП для отримання консультації спеціаліста (табл. 5). У класичному вигляді контрольно-пропускна функція

покладена на ЛЗП лише в третині (11) країн, включених у дослідження. Проте в окремих країнах застосовуються економічні стимули, які опосередковано сприяють

координованому доступу (наприклад, безпосередній доступ до більшості фахівців можливий, якщо витрати на поїздки оплачуються в приватному порядку).

Таблиця 5

Варіанти доступу до спеціалістів у країнах Європи

Система направлень	Країни
Відсутня – прямий доступ пацієнтів до більшості фахівців	Австрія, Бельгія, Кіпр, Німеччина, Люксембург, Швейцарія, Туреччина
Формально відсутня, але є стимули	Чеська Республіка, Данія, Фінляндія, Франція, Ісландія, Ірландія, Мальта, Словаччина
Часткова система воротаря – направлення потрібне тільки для вибору лікаря	Угорщина, Латвія, Польща, Швеція
Повна система воротаря – направлення потрібне до лікарів більшості спеціальностей	Болгарія, Естонія, Італія, Литва, Нідерланди, Норвегія, Португалія, Румунія, Словенія, Іспанія, Велика Британія

Організація ПМД може сприяти або перешкоджати координації, як у рамках ПМД, а також між первинною і вторинною медичною допомогою. ПМД може бути організована як індивідуальна, групова практика ЛЗП або змішана практика з ЛЗП та спеціалістів. Найпростіша координація як усередині ПМД, так і зі спеціалістами реалізується в умовах солопрактики, проте така організація має багато організаційних обмежень (необхідність пошуку заміни в разі хвороби, відпустки, відрадження ЛЗП; труднощі з оплатою оренди, забезпеченням практики обладнанням тощо). Найменше можливостей координації у змішаній практиці, оскільки пацієнт отримує можливість лікуватися у декількох спеціалістів, утруднюється впорядкованість взаємодії зі спеціалістами вторинного

рівня допомоги. ЛЗП, що працюють у групових практиках, число яких у багатьох країнах невтримно зростає, мають ширші можливості кооперації та розподілу функцій, консультування один з одним у складних випадках, сприяючи таким чином координації допомоги.

Індивідуальна практика, як переважна форма організації ПМД, зустрічається в 11 країнах, групова – у 15. Змішана, за участю спеціалістів, практика не є поширеною формою організації ПМД: істотну роль вона відіграє лише в Литві (80%); від 7 до 20% змішаних практик існує у 7 країнах (Кіпрі, Греції, Мальті, Словенії, Німеччині, Латвії, Румунії) і мізерно мала частина (1% і менше) – ще в 5 країнах (Чеській Республіці, Фінляндії, Угорщині, Іспанії, Великій Британії) – табл. 6.

Таблиця 6

Форми організації первинної медико-санітарної допомоги

Форма організації	Країна (% практик)
Індивідуальна (соло) практика ЛЗП	Більшість – Словаччина (100%), Австрія (95%), Угорщина (95%), Болгарія (95%), Чеська Республіка (95%), Латвія (92%), Італія (78%), Естонія (77%), Бельгія (76%), Швейцарія (63%), Німеччина (62%)
Групова практика ЛЗП	Більшість – Португалія (100%), Фінляндія (98%), Іспанія (97%), Швеція (97%), Туреччина (96%), Польща (94%), Ісландія (85%), Литва (80%), Велика Британія (78%), Ірландія (70%), Румунія (67%), Данія (64%), Словенія (60%), Нідерланди (58%), Франція (54%)
Змішана форма з частковою участю спеціалістів	Литва (80%), Кіпр (20%), Греція (20%), Мальта (20%), Словенія (20%), Німеччина (9%), Латвія (8%), Румунія (7%), 1% і менше – в Чеській Республіці, Фінляндії, Угорщині, Іспанії, Великій Британії

Співробітництво між постачальниками ПМД і спеціалістами обмежене в країнах, де існують змішані форми практики, що може бути результатом взаємної конкуренції між спеціалістами, зайнятими у структурах як первинної, так і вторинної допомоги.

Телефонні консультації зі спеціалістами ЛЗП у більшості країн існують лише у 13 країнах.

Координація між ПМД і сектором охорони громадського здоров'я слабо розвинена в більшості країн. Тільки в 10 країнах дані ПМД постійно

використовуються для визначення пріоритетів політики в галузі охорони здоров'я.

Роль медсестер у системі ПМД у більшості країн обмежена – тільки у 12 країнах медсестри виконують функції медико-санітарної освіти.

Узагальнена оцінка компоненту «Координація» показує більш низький її рівень порівняно з іншими процесними компонентами, більш виражені і відмінності між країнами: найвищий рівень координації медичної допомоги мають Швеція, Нідерланди (2,3–2,2 балу);

найбільш низькі її рівні – Австрія, Німеччина, Словаччина, Болгарія, Угорщина, Кіпр (1,35–1,1,5 балу).

Комплексність послуг первинної допомоги відображає ступінь залежності ПМД від послуг вторинної медичної допомоги. Чим ширший спектр послуг, які пропонуються пацієнтам у первинній ланці, тим менша залежність і більш сильна ПМД. Для оцінки цього компонента використано комплекс індикаторів: наявність необхідного обладнання в практиці; участь ЛЗП та інших спеціалістів у першому контакті при виникненні проблем зі здоров'ям; участь ЛЗП та інших спеціалістів у лікуванні та подальшому догляді за пацієнтами; відсоток від загального числа контактів із пацієнтами, які відбувалися виключно з ЛЗП; участь ЛЗП, медсестер загальної лікарської практики, інших спеціалістів у виконанні медичних технічних процедур; участь ЛЗП, інших спеціалістів у наданні профілактичної допомоги; участь ЛЗП у санітарно-просвітній роботі тощо.

Можливості для надання послуг пов'язані з наявністю медичної обладнання в практиці ПМД. Матеріали Європейського дослідження свідчать, що структури ПМД, як правило, добре оснащені по всій Європі. Понад 90% від загального числа контактів із пацієнтами без направлення забезпечується ЛЗП у 9 країнах (Данія, Фінляндія, Ісландія, Нідерландах, Норвегії, Португалії, Іспанії), де переважає групова практика, та в Естонії і Швейцарії, де провідна роль належить

індивідуальній практиці. В інших країнах, стосовно яких доступна інформація, цей показник коливається в межах 70–87%, за винятком Латвії (16%) і Румунії (35%).

Медичні технічні процедури найбільш часто здійснюються ЛЗП і медсестрами первинної ланки медичної допомоги в Бельгії, Фінляндії, Нідерландах, Норвегії та Швеції. Профілактичні заходи в більшості країн виконуються різними постачальниками.

Комплексність надання послуг ПМД найбільш повна в Литві, Норвегії, Болгарії, Бельгії, Великій Британії, Іспанії, Фінляндії, Швеції, Португалії та Франції (близько 2,5 балу); більш вузький профіль послуг ПМД (2–2,2 балу) – у Словаччині, Італії, Греції, Кіпрі, Румунії. Інші країни посідають проміжне місце щодо масштабу комплексності послуг ПМД.

На рис. 1 наведено узагальнені, з урахуванням усіх вимірів структурного та процесного аспектів, характеристики стійкості (сили) систем ПМД у різних країнах Європи. До країн із сильними системами ПМД належать Португалія, Іспанія, країни навколо Північного моря (Бельгія, Велика Британія, Нідерланди і Данія), Словенія і 3 країни на північному сході Європи (Литва, Естонія і Фінляндія). Системи ПМД у центральній (Словаччина, Австрія, Угорщина), а також у Південно-Східній Європі (Болгарія, Греція, Кіпр) і Туреччина є відносно слабкими. Інші країни мають середній рівень стійкості.

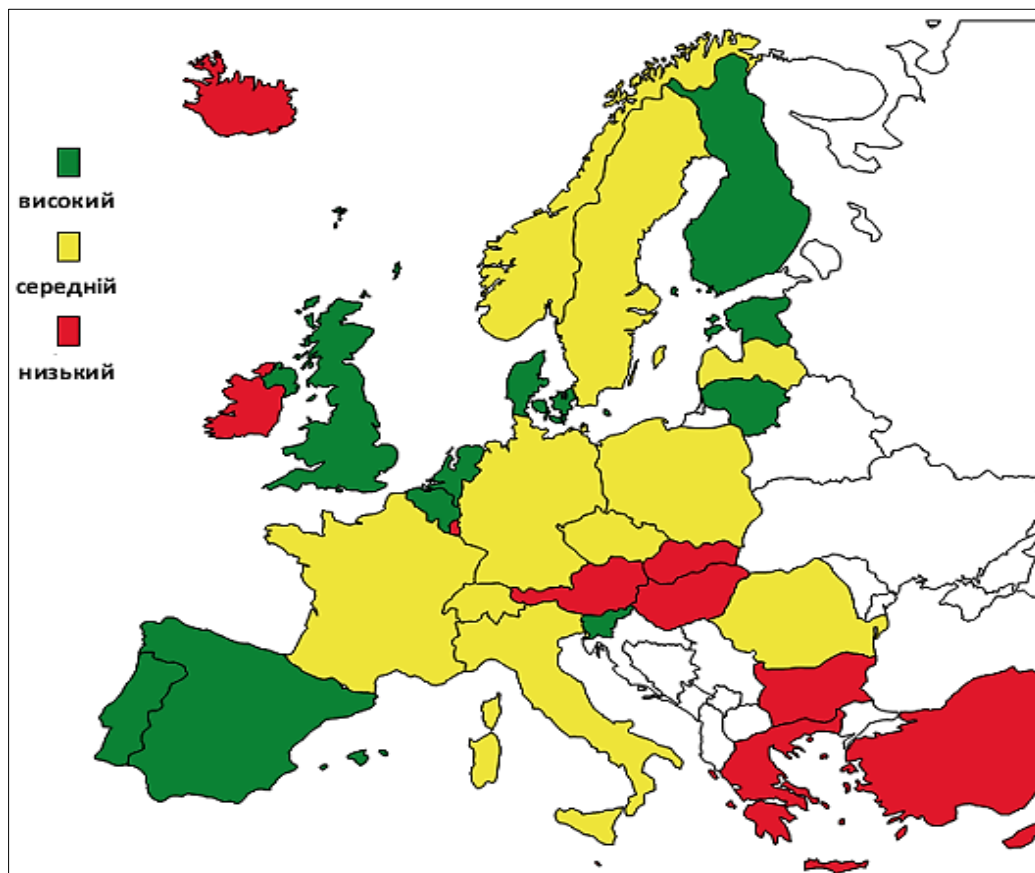


Рис. 1. Загальна характеристика систем первинної медичної допомоги в Європейських країнах залежно від їх стійкості (сили). Джерело: [4, с. 110]

Одним із найважливіших результатів Європейського дослідження є те, що сила системи не гарантує її ефективності. Велике значення має збалансованість різних компонентів структурного та процесного аспектів (рис. 2А), що в кінцевому рахунку впливає на якість ПМД (рис. 2В). Так, сильними і

водночас ефективними є лише системи ПМД Нідерландів, Португалії, Фінляндії, Литви та Естонії. Водночас, частина країн із відносно слабкими системами ПМД визнані досить ефективними у відносному вираженні – Люксембург, Болгарія та Угорщина.

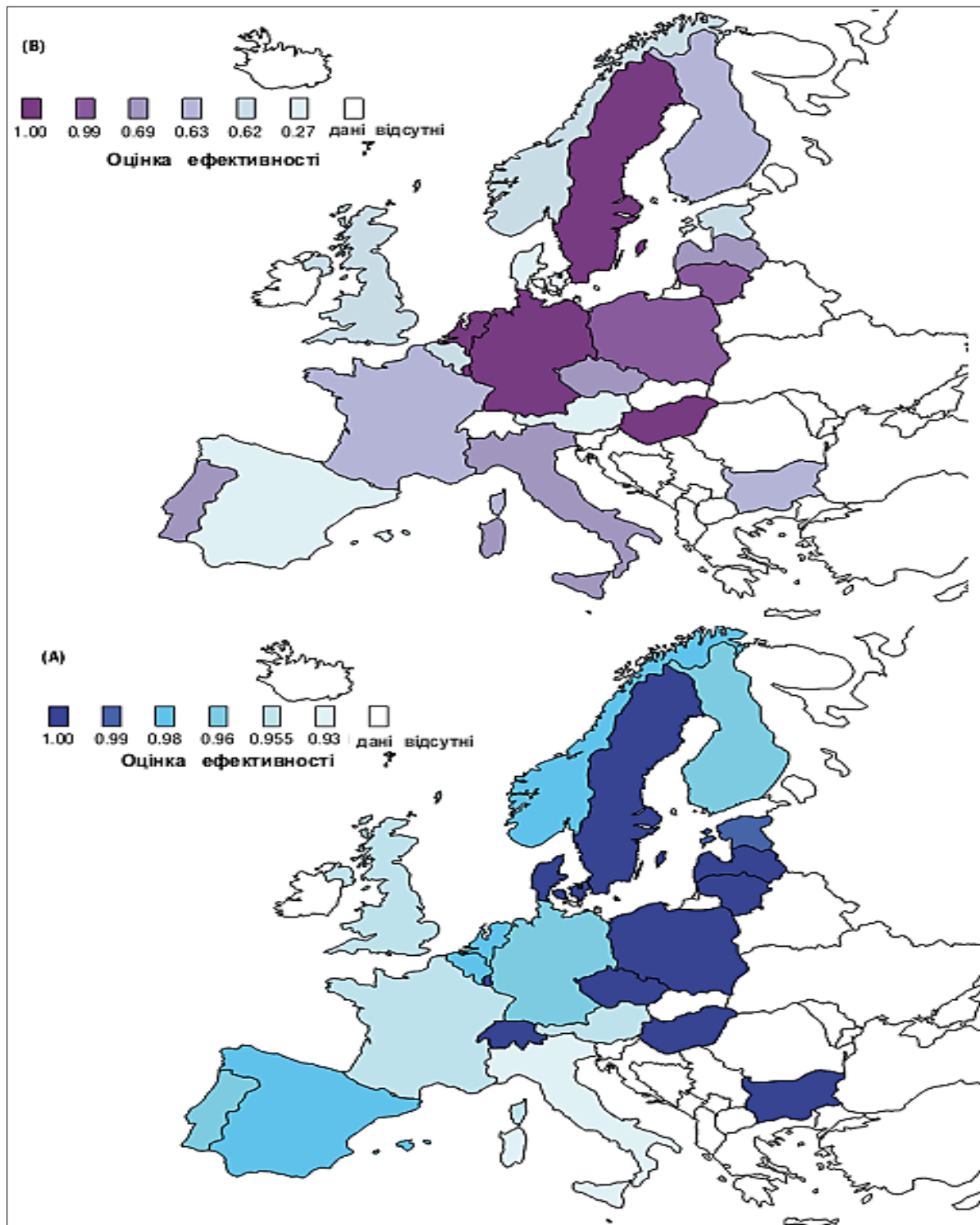


Рис. 2. Оцінка ефективності систем первинної медичної допомоги в Європейських країнах у розрізах (А) структура-процес та (В) процес-результат. Джерело: [4, с. 111]

Тобто зосередженості на окремих аспектах (наприклад, структурному) або функціях без урахування їх узгодженості в рамках системи не достатньо для досягнення високих кінцевих результатів. Відзначається доцільність у пріоритетному порядку сконцентрувати увагу на збільшенні доступності, координованості допомоги та забезпечення системи ПМД необхідними економічними ресурсами [6].

При зіставленні стану ПМД із рівнем економічного розвитку різних країн виявлено дуже цікаві закономірності:

- більш багаті країни, як правило, мають більш слабку структуру і меншу доступність послуг ПМД;

- країни зі страховою моделлю мають більш низьку доступність і безперервність ПМД порівняно з національними системами охорони здоров'я, передусім через відсутність ворота і використання доплат при отриманні ПМД;

- більшість країн із перехідною економікою в Східній та Центральній Європі активно використовують зростання національного доходу для зміцнення доступності та безперервності ПМД.

Нідерландські вчені Р. Р. Groenewegen та D.M.J. Delnoij [5] дійшли висновку, що розвиток ПМД у цілому є результатом політичної волі, залучених ресурсів, участі громадськості та сприяння зміцненню системі охорони здоров'я в цілому.

Система первинної медичної допомоги в Україні на загальноєвропейському фоні

Первинна медична допомога в Україні набула масштабного розвитку лише у другому десятилітті ХХІ століття. За цей короткий період основні зусилля зосереджені переважно на структурному аспекті.

Що стосується управління первинної медичної допомоги. Вербально ПМД проголошена як пріоритетний напрямок розвитку системи охорони здоров'я. Однак спеціальних програмних документів, що підтверджують таку позицію, немає; підрозділ ПМД у МОЗ після чергової реорганізації центрального органу влади в системі охорони здоров'я в новій структурі відсутній; фінансового розмежування ПМД та вторинної допомоги немає, хоча його доцільність доведена в регіональних пілотних проектах, реалізованих у 2010–2014 рр.; закон про захист прав пацієнтів, незважаючи на неодноразові подання різних проектів, до цього часу не прийнято. Існують державні вимоги як до структур ПМД, так і до медичного персоналу, але вони потребують удосконалення з урахуванням швидкого просування сучасних організаційних і медичних технологій. Реалізація основних функцій управління ПМД переважно зосереджена на місцевому рівні, що характеризує управління ПМД як децентралізоване. Дуже активно на державному рівні відбувається розробка або адаптація існуючих клінічних настанов і клінічних протоколів для потреб фахівців первинної допомоги, у тому числі із застосуванням синдромального підходу. У цілому, узагальнюючи все вищезазначене, можна характеризувати компонент «Управління» в Україні як досить слабкий.

Економічні умови надання первинної медичної допомоги в Україні виглядають таким чином. Питома вага витрат на ПМД від загальних витрат на охорону здоров'я в середньому по Україні останнім часом зростає практично удвічі – до 8,09% [1], проте її розмір істотно менший, ніж у стійких європейських системах ПМД (близько 20%). В Україні отримання ПМД у комунальних закладах охорони здоров'я є формально безплатним. Інакше виглядає ситуація із забезпеченням ліками. На відміну від європейських країн, рецептурна система відпуску ліків для потреб ПМД практично не працює, і населення практично не застраховане від витрат на їх придбання, за винятком окремих категорій хворих.

Основна маса постачальників медичних послуг – наймані працівники, які працюють у комунальних установах. Вони отримують посадові оклади за відпрацьований час, розмір яких нижчий, ніж в інших галузях економіки. Формально ці оклади зіставні з окладами спеціалістів, однак реальний дохід фахівців ПМД з урахуванням неформальної складової істотно нижчий. Запроваджена в пілотних регіонах оплата праці медичного персоналу з доплатами залежно від кількості обслуговуваного населення та якості виконаної роботи, яка поклала початок мотивації фахівців ПМД до більш інтенсивної та якісної роботи, не набула поширення в країні і після закінчення у 2014 р. пілотного проекту в цих регіонах була практично згорнута, залишившись лише на окремих територіях за ініціативи місцевих органів влади. Формально проголошені договірні відносини постачальників ПМД із фінансуючою стороною практичної реалізації не отримали.

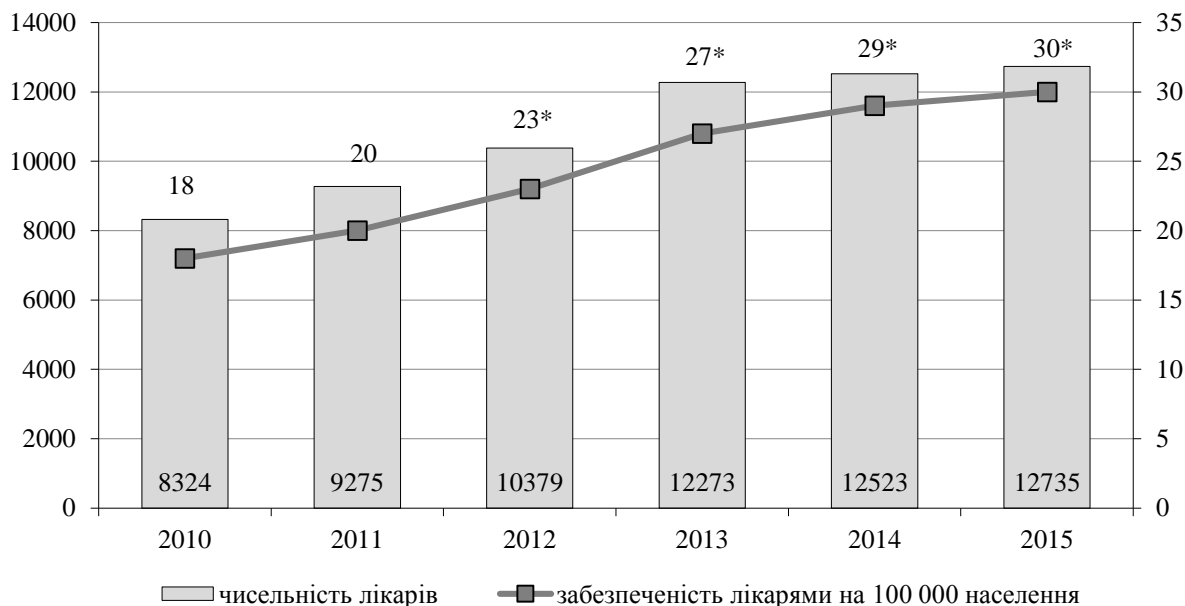
У цілому економічні умови надання ПМД в Україні можна кваліфікувати як незадовільні.

Що стосується характеристики трудових ресурсів у системі ПМД. В Україні останніми роками здійснюється інтенсивна підготовка ЛЗП як через інтернатуру, так і шляхом перенавчання практикуючих терапевтів і педіатрів. У результаті чисельність ЛЗП постійно зростає як в абсолютному, так і у відносному виразі (рис. 3), проте рівень забезпеченості менший за такий у країнах Європи із сильними системами ПМД майже удвічі. Проблемним залишається рівень професійної підготовки фахівців, які надають ПМД. У якості постачальників послуг ПМД сьогодні навіть у закладах і підрозділах ПМД задіяні ЛЗП, терапевти, педіатри і досить широкий спектр фахівців інших спеціальностей, а враховуючи наявність прямого некерованого доступу до спеціалістів, число постачальників ПМД за профілями обмежується лише переліком таких спеціалістів у штаті поліклінічного підрозділу.

У пілотних регіонах розпочато запровадження різних заходів, спрямованих на збільшення доступності, безперервності та координації ПМД: створення центрів ПМД та розгалуженої мережі амбулаторій, наближених до місця проживання населення, вільний вибір лікаря первинної ланки, система направлень лікарями ПМД до спеціалістів тощо. Ці рішення залишилися нереалізованими через їх слабку методичну підготовленість і практичну відсутність інформаційного

супроводу впровадження. На основі поглибленого аналізу визначено шляхи вирішення проблем, які перешкоджають

інтенсивному розвитку ПМД у країні [2], але подальші перетворення в системі ПМД практично призупинені.



Примітка: * – $p < 0,05$ порівняно з показником 2010 р.

Рис. 3. Динаміка забезпеченості лікарями загальної практики – сімейними лікарями в Україні

У цілому система ПМД в Україні залишається занадто слабкою і потребує здійснення системних і послідовних перетворень з урахуванням передового досвіду країн Європи.

Сьогодні в МОЗ та у Верховній Раді України існує пакет документів, які могли б суттєво вплинути на темпи та якість розвитку ПМД в Україні. До їх числа можна віднести: Проект Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України (передбачено функціональну реструктуризацію центрального та регіональних органів управління охороною здоров'я зі зміцненням організаційного потенціалу в напрямку ПМД, створення ефективної інфраструктури ПМД, збільшення питомої ваги фінансування ПМД до 25–30% від обсягів фінансування охорони здоров'я тощо); Проект Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України (передбачено запровадження державного гарантованого пакету медичних послуг, який, зокрема, включає послуги ПМД, основні види амбулаторних послуг за направленням лікаря первинної ланки, покриття витрат на ліки перш за все призначені лікарями первинної ланки; створення Національної агенції з її регіональними підрозділами, яка повинна здійснювати фінансування на договірних засадах, у тому числі закладів первинної ланки); Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я від 10.12.2015 р. №2309а-д (регламентовано автономізацію закладів охорони здоров'я, що надають усі види медичної допомоги); Проект Закону про засади державної політики охорони здоров'я від 17.07.2015 р. № 2409а (прописано в

тому числі комплекс заходів щодо забезпечення пріоритетного розвитку ПМД); Проект Закону про організацію медичного обслуговування населення в Україні від 15.04.2016 р. № 4456 (передбачено щодо ПМД – запровадження подушної оплати послуг, оплату праці медичного персоналу відповідно до інтенсивності та якості роботи, планування розвитку мережі закладів ПМД, запровадження системи управління якістю медичної допомоги, координацію ПМД з іншими видами медичної допомоги тощо). Справа за малим – ці нормативні акти необхідно прийняти і послідовно реалізувати.

Висновки

В Європейському регіоні національні системи ПМД відзначаються значним розмаїттям. За наявності істотних відмінностей структурних і процесних аспектів їх об'єднує універсальне охоплення населення ПМД та позиціонування ЛЗП як наріжного каменю первинної допомоги.

Сила та ефективність систем ПМД не мають прямого зв'язку з рівнем економічного розвитку країни. Більш важливими умовами для формування сильної ПМД є узгодженість та збалансованість у рамках системи структурного та процесного аспектів, їх окремих компонентів. Визнано, що провідне значення для ефективності системи ПМД мають збільшення доступності, координованості допомоги із застосуванням принципу воротаря та забезпечення її необхідними економічними ресурсами.

В Україні намітилися чітка тенденція до розвитку ПМД як однієї з провідних складових системи охорони здоров'я. Однак система ПМД залишається дуже слабкою передусім через недостатню системність і послідовність управлінських рішень щодо напрямків, моделей та механізмів розвитку ПМД.

Перспективи подальших досліджень

Для розробки програми та моніторингу розвитку ПМД в Україні доцільно взяти на озброєння, в якості якірного, комплекс індикаторів, застосований в Європейському дослідженні ПМД.

Література

1. *Аналіз перешкод на шляху розвитку системи первинної медичної допомоги в Україні та можливі підходи до їх подолання* / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко, В. В. Волчек // *Медичні перспективи*. – 2016. – Т. XXI, № 2 (ч. 1). – С. 9–16.
2. *Лехан В. М.* Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // *Україна. Здоров'я нації*. – 2015. – № 3. – С. 67–86.
3. *Устінов О. В.* Реформа первинної медичної допомоги – 2013: сучасний стан, проблеми, шляхи вирішення / О. В. Устінов // *Український медичний часопис*. – 2013. – № 5 (97). – С. 24–27.
4. *Building primary care in a changing Europe: case studies* / D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson, R. B. Saltman. – World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. – 315 p.
5. *Groenewegen P. P.* De Nederlandse gezondheidszorg in Europees perspectief / P. P. Groenewegen, D. M. J. Delnoij // *Medische Sociologie: sociologische perspectieven op ziekte en zorg*. Ed. by C. W. Aakster, J. W. Groothof. – Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff, 2003. – P. 155–172.
6. *How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: lessons from Europe* / F. Pelone, D. S. Kringos, P. Spreeuwenberg [et al.] // *International Journal for Quality in Health Care*. – 2013. – № 25 (4). – P. 381–393.
7. *New partnership to help countries close gaps in primary health care* [Electronic document] / WHO. Media centre. – October 2016. – Access mode : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/partnership-primary-health-care/en/>. – Title from screen. – 05.10.2016.
8. *Scott I.* Why Family Medicine? A Fact Sheet for Prospective Family Physicians (The College of Family Medicine in Canada) [Electronic document] / I. Scott, G. Chami. – Access mode : http://www.cfpc.ca/why_family_medicine. – Title from screen. – 05.10.2016.
9. *Starfield B.* Contribution of Primary Care to Health Systems and Health / B. Starfield, L. Shi, J. Macinko // *Milbank Quarterly*. – 2005. – Vol. 83 (3). – P. 457–502.
10. *Statement on strengthening people-centred health systems* [Electronic document] / [EFPC]. – October 2016. – [2 с.]. – Access mode : http://euprimarycare.org/sites/default/files/statement_on_strengthening_people_-_final.pdf. – Title from screen. – 05.10.2016.
11. *Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries* / C. Schoen, R. Osborn, P. T. Huynh [et al.] // *Health Affairs*. – 2005. – W5. – P. 509 – 525.
12. *The delivery of primary care services* / A. Wilson, A. Windak, M. Oleszczyk [et al.] // *Building primary care in a changing Europe*. Ed. by D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson, R. B. Saltman. – World Health Organization : European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. – P. 67–102.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.08.2016 р.

**Сравнительный анализ подходов
к развитию первичной медицинской помощи
в странах Европы и в Украине**

*В.Н. Лехан¹, Л.В. Крячкова¹,
В.В. Волчек¹, С.С. Росточило²*

¹ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины», г. Днепр, Украина

²КУ «Областной Днепропетровский информационно-
аналитический центр медицинской статистики»,
г. Днепр, Украина

Цель – изучить систему первичной медицинской помощи в различных странах Европы и провести сравнительное исследование их характеристик с основными тенденциями развития первичной медицинской помощи в Украине.

Материалы и методы. Использованы данные собственных исследований состояния первичной медицинской помощи в Украине и материалы масштабного многоаспектного исследования систем первичной медицинской помощи в 31 стране Европы. При обобщении результатов оценены структурный, процессный аспекты и результативность первичной медицинской помощи в странах. Применены библиосемантический, исторический, медико-статистический методы.

Результаты. Несмотря на существенные отличия, системы первичной медицинской помощи Европейского региона объединяет универсальный охват населения первичной медицинской помощью и позиционирование врачей общей практики как краеугольного камня системы. В Украине система первичной медицинской помощи остается очень слабой вследствие недостаточной комплексности и последовательности управленческих решений относительно направлений, моделей и механизмов развития первичной медицинской помощи.

Выводы. Ведущее значение для эффективности системы первичной медицинской помощи имеют увеличение доступности, координированности помощи с использованием принципа привратника и обеспечения ее необходимыми экономическими ресурсами.

Ключевые слова: первичная медицинская помощь, Европа, Украина.

**Comparative analysis of the approaches
to the development of primary health care
in European countries and in Ukraine**

*V.M. Lekhan¹, L.V. Kryachkova¹,
V.V. Volchek¹, S.S. Rostochylo²*

¹SE “Dnipropetrovsk Medical Academy
of Ministry of Health of Ukraine”, Dnipro, Ukraine

²CE “Dnipropetrovsk Regional Information and Analytical
Center for Health Statistics”, Dnipro, Ukraine

Purpose – the study of primary health care systems in various European countries and a comparative study of their characteristics with the main tendencies of primary health care development in Ukraine.

Materials and methods. The data from own research of primary health care status in Ukraine and the materials of a large-scale multidimensional study of primary health care system in 31 European countries are used in the work. Structural, process aspects and outcomes of primary health care in the countries were estimated in the generalizing the results. Bibliosemantic, historical, health statistics methods are used.

Results. Despite the significant differences, universal primary health care coverage of population and positioning general practitioner as a corner stone of the system unite primary health care systems in the European Region. In Ukraine, the primary health care system is very weak due to the lack of comprehensive and consistent management decisions concerning the directions, models and mechanisms of primary health care development.

Conclusions. An increase of accessibility, care coordination using the gatekeeper principle and ensuring with the necessary economic resources have a leading role to primary health care system effectiveness.

Key words: primary health care, Europe, Ukraine.

Відомості про авторів

Лехан Валерія Микитівна – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Крячкова Лілія Вікторівна – д.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Волчек Віра Володимирівна – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Росточило Світлана Сергіївна – начальник КЗ «Обласний Дніпропетровський інформаційно-аналітичний центр медичної статистики»; пл. Жовтнева, 14, м. Дніпро, 49999, Україна.

УДК 614.2:616.89.06.058(477)

І.Я. Пінчук, О.В. Колодєжний, А.К. Ладик–Бризгалова, Ю.В. Ячнік

СПІЛЬНОТНІ СЛУЖБИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я – ПЕРСПЕКТИВНИЙ НАПРЯМ РОЗВИТКУ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,
м. Київ, Україна

Мета – проаналізувати новий перспективний напрям розвитку амбулаторного рівня служби охорони психічного здоров'я в Україні – спільнотну службу охорони психічного здоров'я з позицій її втілення у практичну діяльність.

Методи: системний, аналітичний.

Результати. Розглянуто новий перспективний напрям – спільнотну службу охорони психічного здоров'я, розкрито його особливості та практичні аспекти втілення у практичну охорону здоров'я.

Висновки. Допомога пацієнтам із проблемами психічного здоров'я з використанням спільнотних служб охорони психічного здоров'я заслуговує на серйозну увагу як нова медична послуга майбутнього. На практиці допомогу пацієнтам у спільноті надають мультидисциплінарні команди, які можуть мати загальну або більш вузьку спеціалізацію за окремими нозологічними напрямками. Фахівці мультидисциплінарної команди працюють спільно, розробляють індивідуальний план ведення кожного пацієнта з урахуванням інтересів та бачення саме пацієнта.

Ключові слова: спільнота, охорона психічного здоров'я, мультидисциплінарна команда.

Вступ

Нагальна потреба у реформуванні системи охорони психічного здоров'я в Україні сьогодні вже не викликає сумнівів. У цьому напрямку необхідні конкретні послідовні кроки, дієва міждисциплінарна та міжвідомча взаємодія, суттєві політичні рішення для створення якісно нової системи охорони психічного здоров'я.

Психічні розлади є однією з головних проблем охорони громадського здоров'я в Європейському регіоні Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), про що свідчить їх поширеність і обумовлений ними тягар хвороб та інвалідності. В усіх країнах психічні розлади часто зустрічаються серед найбільш уразливих і малозабезпечених груп населення. Європейський регіон ВООЗ стоїть перед проблемами, що стосуються як благополуччя (у т.ч. психічного) населення, так і надання допомоги людям із порушеннями психічного здоров'я. Вирішення цих проблем потребує послідовних системних дій, тому ВООЗ постійно підкреслює, що країни зможуть домогтися відчутних результатів, якщо вони розроблять і будуть здійснювати національну політику охорони психічного здоров'я, яка б систематичним і всеосяжним чином направляла їхні дії в цьому напрямку.

Мета роботи – проаналізувати новий перспективний напрям розвитку амбулаторного рівня служби охорони психічного здоров'я в Україні спільнотну службу охорони психічного здоров'я з позицій її втілення у практичну діяльність.

Методи: системний, аналітичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Особливо актуальним сьогодні є впровадження заходів, що сприятимуть створенню нової цілісної системи охорони психічного здоров'я, яка передбачає комплексне втручання на рівні суспільства, спільноти, сім'ї, індивіда та адаптована до вимог історичного, політико-економічного та соціально-культурного контексту.

Досвід деяких країн із низьким і середнім рівнем доходу свідчить, що успішне реформування системи психіатричної допомоги часто починається на тлі військових конфліктів або стихійних лих, які тимчасово притягують увагу і ресурси громадськості [2].

Основні підсумки їхнього успішного досвіду полягають у наступному:

- планування будь-яких змін від початку має відбуватися з урахуванням довгострокової перспективи реформування всієї системи охорони психічного здоров'я;
- акцент має робитися на широкому колі психічних проблем (а не тільки на посттравматичних стресових розладах);
- роль і підтримка уряду є провідними при організації нових форм допомоги;
- місцеві фахівці відіграють ключову роль у просуванні реформи системи охорони психічного здоров'я;
- вирішальне значення має координація між установами, які надають різного роду допомогу особам із психічними розладами;
- має бути організований ретельний огляд і перегляд національної політики та планів охорони психічного здоров'я;

– реформування має бути направлене на поліпшення і посилення всіх рівнів (первинної, вторинної, третинної) організації допомоги;

– працівники охорони здоров'я мають пройти додаткове навчання та отримувати необхідну організаційну підтримку під час реорганізації роботи служби;

– ефективність нової моделі може бути перевірена шляхом організації кількох пілотних проектів, результатом яких має стати залучення додаткової підтримки і засобів для проведення реформ служби психічного здоров'я держави;

– підтримка ключових осіб або груп може зіграти вирішальну роль у просуванні реформи в області психічного здоров'я і підтримати динаміку змін після завершення надзвичайної ситуації.

Таким чином, надзвичайна ситуація в країні, незважаючи на драматичні наслідки, може стати відправною точкою у швидкому та ефективному реформуванні системи охорони психічного здоров'я.

Сьогоднішня ситуація в Україні також може слугувати підґрунтям для довгоочікуваної реформи психіатричної служби. Проблеми психічного здоров'я, які під час надзвичайних подій привернули увагу громади, повинні являти собою не короткостроковий інтерес, а стійку систему переконань щодо пріоритетності галузі охорони психічного здоров'я.

З огляду на світовий досвід можна отримати загальне уявлення про необхідні для України кроки в реформуванні служби охорони психічного здоров'я.

У більшості країн реформування починалося зі створення єдиного державного плану або стратегії із психічного здоров'я. Подальший розвиток психіатричної служби (з досвіду європейських країн) проходив за такими напрямками:

– процес деінституціоналізації і закриття «старих» психіатричних лікарень;

– розвиток альтернативних послуг і спільнотних програм;

– інтеграція з іншими службами охорони здоров'я;

– інтеграція із соціальними і громадськими службами (Becker і Васкес-Вагнеро, 2001) [1].

Пріоритети та цілі реформації в кожній конкретній країні значною мірою залежать від наявних фінансових ресурсів. Так, згідно з Thornicroft & Tansella (2013), країнам із низьким рівнем ресурсів рекомендується спрямовувати свої зусилля на створення і вдосконалення служб охорони психічного здоров'я в установах первинної медичної допомоги та використання спеціалізованих послуг в якості резерву. Країни із середнім рівнем ресурсів повинні прагнути створити розвинену службу амбулаторної допомоги, допомоги на рівні спільноти, службу короткострокової екстреної стаціонарної допомоги, а також служби спільнотного довгострокового перебування / проживання і професійної реабілітації. Країни з високим рівнем ресурсів, на додаток до заходів, перелічених вище, повинні надавати більш диференційовані послуги, такі як спеціалізовані

амбулаторні клініки і спільнотні служби психіатричної допомоги (для пацієнтів із первинним психотичним епізодом, для пацієнтів із харчовими розладами, для пацієнтів із деменціями тощо), лікування за місцем проживання, альтернативні форми екстреної стаціонарної допомоги, довгострокового проживання та професійної реабілітації [7].

Українська система психіатричної допомоги знаходиться на шляху деінституціоналізації вже багато років, і останнє скорочення фонду психіатричних ліжок є черговою дією в цьому напрямку. Однак, що є фактичним результатом деінституціоналізації в Україні: економія бюджетних коштів або реальна зміна підходу до надання психіатричної допомоги? Важливо усвідомлювати, що деінституціоналізація неможлива без створення чогось натомість структур, що зазнали скорочення. Найбільш сучасною альтернативою є розвиток спільнотних служб психічного здоров'я, які можуть органічно доповнювати існуючу систему.

В Європейському плані психічного здоров'я 2013–2020 (BOO3, 2013) робиться акцент на розвиток спільнотних служб охорони психічного здоров'я і розширення ролі первинної ланки медичної психіатричної допомоги. Пацієнти з легкими і вперше виниклими психічними розладами частіше і охочіше звертаються по допомогу в соматичну мережу, ніж у спеціалізовані установи. Виходячи з цього, працівники первинної ланки медичної допомоги «потребують відповідного навчання методикам виявлення пацієнтів із легкими і вперше виниклими психічними розладами, а також показанням до направлення пацієнтів із порушеннями психічного здоров'я до спеціалізованих психіатричних установ, для отримання спеціалізованої допомоги» [6].

Спільнотні служби охорони психічного здоров'я – це психіатричні служби, які надають допомогу пацієнтам, що проживають на певній території, і сприяють їх інтеграції в життя суспільства. Інтеграція в суспільство є головним і принциповим аспектом роботи спільнотних служб і має на увазі орієнтацію не тільки на зменшення симптомів і поліпшення психологічного комфорту пацієнта, але й на побудову всієї реабілітаційної роботи навколо значущих для пацієнта цілей та його максимального включення в соціальне життя.

Відповідно до Європейського плану психічного здоров'я [6], на спільнотні служби покладені такі послуги:

– надання інформації і засобів самопомоги для пацієнтів і для підтримки членів сім'ї пацієнтів (робота з оточенням);

– послуги на рівні первинної ланки з лікування найбільш поширених порушень психічного здоров'я;

– послуги з охорони психічного здоров'я за місцем проживання пацієнтів, пов'язані з профілактикою, лікуванням та психосоціальною реабілітацією людей із тяжкими та/або комплексними порушеннями психічного здоров'я;

– госпіталізація в установи місцевого рівня, такі як центри здоров'я або центральні районні лікарні (як крайній засіб, за необхідності інтенсивного лікування);

– підтримка персоналу будинків-інтернатів для осіб із хронічними розладами психічного здоров'я;

– деякі інші види послуг на регіональному або центральному рівні, включаючи проведення судово-психіатричної експертизи.

Практично це означає, що спільнотні служби прагнуть надати максимально можливу реабілітаційну допомогу за місцем проживання пацієнта (у спільнотних центрах або при виїзді до дому), що в кінцевому підсумку сприяє значному скороченню часу його перебування в стаціонарі. Спільнотна служба оперативно «підхоплює» пацієнта одразу після виписки зі стаціонару та забезпечує потрібну кратність медичних візитів та ретельне спостереження за станом пацієнта в перший час після виписки. З цією метою в складі спільнотної служби охорони психічного здоров'я існують мобільні спільнотні бригади, які є окремим її підрозділом і надають допомогу переважно вдома або на базі лікувального закладу, в якому вони створені. Мобільні спільнотні бригади надають медичну і психосоціальну допомогу пацієнтам, які з різних причин потребують більш інтенсивних реабілітаційних втручань. Після стабілізації стану пацієнта кількість візитів зменшується, і з часом пацієнт переводиться в спільнотний центр, в якому він може продовжувати отримувати консультативну допомогу, відвідувати групові терапевтичні заняття і групи підтримки.

Важливою частиною діяльності спільнотних служб охорони психічного здоров'я є кризове втручання. Ця робота проводиться в тісній взаємодії з первинними медичними службами та лікарнями загального (соматичного) профілю, до яких найчастіше потрапляють пацієнти у стані кризи. Допомога таким пацієнтам надається в спеціалізованих кризових центрах, у кризових відділеннях спільнотних центрів або кризовими мобільними бригадами, які є цілодобово доступними для пацієнтів.

У цілому, спільнотні служби охорони психічного здоров'я можуть мати різну організацію, специфіку і склад фахівців, залежно від конкретних потреб спільноти, виду роботи і ресурсного забезпечення психіатричної служби. Існує багато моделей надання послуг на рівні спільнот, таких як менеджмент (ведення) випадку, інтенсивний догляд вдома, профілактична робота з населенням та ін. Усі ці моделі мають сильні і слабкі сторони, і вибір тієї чи іншої моделі залежить від різних чинників, у т.ч. соціально-культурного контексту, організації служби охорони здоров'я, а також наявності фінансових і людських ресурсів [8].

На практиці допомогу пацієнтам із проблемами психічного здоров'я в спільноті надають мультидисциплінарні команди, які можуть мати загальну або більш вузьку спеціалізацію за окремим нозологічними напрямками. Фахівці мультидисциплінарної команди працюють спільно, розробляючи індивідуальний план ведення кожного пацієнта, з урахуванням інтересів та бачення саме пацієнта. Для цього в мультидисциплінарній команді проводяться регулярні групові обговорення та супервізії.

Thornicroft і Tansella (2005) [8] описують такі основні принципи роботи спільнотних служб охорони психічного здоров'я:

- заохочення автономії пацієнта;
- забезпечення безперервності лікувального процесу;
- використання методів лікування з доведеною ефективністю і допомога пацієнтам у реальних життєвих ситуаціях;
- територіальна і тимчасова доступність допомоги;
- комплексність і повнота послуг, що надаються, справедливий розподіл ресурсів;
- відкритість і прозорість допомоги для пацієнта і його родичів;
- координація з іншими службами;
- досягнення цілей за допомогою мінімальних витрат або максимізація результатів при існуючих витратах.

Існуючі дослідження [5, 3] доводять не тільки клінічну, але й економічну ефективність спільнотних служб психічного здоров'я. Більш того, пацієнти віддають перевагу цьому виду допомоги перед звичайною лікарняною системою [4].

Актуальний стан психіатричної служби України характеризується перехідним етапом, коли деінституціоналізація вже відбувається, проте альтернативні стаціонарозамінні форми ще не створені, а зміст допомоги являє собою залишки радянської системи. Для самого пацієнта, який повинен займати головну роль у системі, нічого не змінилось, адже нічого не даючи натомість, його просять покинути психіатричний стаціонар, залишаючи тим самим на самоті із великим переліком щоденних проблем. Повертаючись додому з аркушем паперу з рекомендаціями психіатра, людина з психічним розладом часто не є «ідеальним пацієнтом» за рахунок проблем у мотиваційній сфері, складнощів у систематичному підтриманні діяльності та плануванні, виснаженості, побічної дії медикаментів, недостатньої інформованості тощо. Звичайні побутові труднощі потребують надмірних зусиль та часто стають невіршальними, формується порочне коло психічних і соціальних проблем, людина випадає із суспільного життя. На закономірно виникаюче питання «Що робити?» надано відповідь великим переліком розвинутих країн та країн, що розвиваються: «Будувати пацієнтцентровані форми допомоги на рівні спільноти». Саме спільнотні служби охорони психічного здоров'я у світі є перевіреним та перспективним варіантом розвитку психіатричної системи. Систематичне ігнорування потреб людини із психічним розладом не дає змоги говорити про хоч ледве оптимістичний прогноз для психіатричної служби та здоров'я нації в цілому.

Начебто схожа на спільноту службу радянська психіатрична система, у потужній мережі якої ми фактично працюємо і сьогодні, має непомітні на перший погляд, але ключові відмінності. При формальній асертивності та ефективній диспансеризації радянська

система не відповідає на головне питання: «А що потрібно цій унікальній людині, яка зіткнулась із психічними проблемами?». Навіть формат питання тут недоречний, бо радянська психіатрична служба «краще знає, що потрібно шизофреніку». Надто мало уваги приділяється тому, як людина з психічним захворюванням має функціонувати поза межами стаціонару та амбулаторії, чи зможе вона повернутися до роботи, як її мотивувати отримувати допомогу, як вона будуватиме сімейне життя, як обслуговуватиме себе, їздитиме в транспорті, буде знайомитися та інше. Чи зможе вона бути активним учасником соціуму чи приречена на стигматизоване існування на задвірках суспільства? На перший погляд, більшість вказаних проблем є соціальними, і ними має займатися соціальна служба. Але в цьому і є основна помилка існуючої системи. Соціальна служба недосконала і мало поєднана з психіатрією. Психіатрія відокремлена і направляє усі подібні питання до соціальної служби. Лише при інтеграції справжньої психосоціальної реабілітації в психіатрію стане можливим формування служби психічного здоров'я, близької до пацієнта. Необхідне наближення до людини буде досягатися спільною реабілітаційною роботою, вирішенням актуальних і не тільки медичних проблем, наближенням до актуальних цілей людини та територіальною доступністю.

Висновки

Сьогодні Україна як ніколи готова та потребує істотних змін у сфері охорони психічного здоров'я. Зміна ментальності повинна привести до організованої та скоординованої системи послідовних кроків як із боку фахівців, так і з боку осіб, що отримують допомогу. Акцент на активній ролі людей із психічними проблемами при організації психіатричної допомоги є гарантом майбутньої ефективності служби.

Допомога пацієнтам із проблемами психічного здоров'я з використанням спільнотних служб охорони психічного здоров'я заслуговує на серйозну увагу як нова медична послуга майбутнього.

На практиці допомогу пацієнтам у спільноті надають мультидисциплінарні команди, які можуть мати загальну або більш вузьку спеціалізацію за окремим нозологічними напрямками. Фахівці мультидисциплінарної команди працюють спільно, розробляючи індивідуальний план ведення кожного пацієнта з урахуванням інтересів і бачення саме пацієнта.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження спрямовані на визначення показників економічної ефективності втілення спільнотних служб охорони психічного здоров'я в практику охорони здоров'я в Україні.

Література

1. *Becker T.* The European perspective of psychiatric reform / T. Becker, J. L. Vazquez-Barquero // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2001. – № 104 (410). – P. 8–14.
2. *Beyond the crisis: building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using a longer-term perspective* / J. E. Epping-Jordan, M. van Ommeren, H. N. Ashour, A. Maramis [et al.] // *International Journal of Mental Health Systems*. – 2015 – № 9 (15). – P. 10–21.
3. *Jiloha R. C.* Integration of Mental Health in Community setting with Psychiatry for person concept / R. C. Jiloha, L. S. Shekhawat // *Delhi Psychiatry Journal*. – 2010. – № 13 (1). – P. 12–17.
4. *Killaspy H.* From the asylum to community care: learning from experience / H. Killaspy // *British Medical Bulletin*. – 2006. – № 79–80 (1). – P. 245–258.
5. *Mental health policy and practice across Europe. The future direction of mental health care* / Edited by M. Knapp, D. McDavid, E. Mossialos, G. Thornicroft. – Maidenhead [England]: Open University Press, 2006. – 456 p. – (Open University Press European Observatory on Health Systems and Policies series).
6. *The European Mental Health Action Plan 2013–2020* / World Health Organization. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2013. – Access mode : <http://www.euro.who.int>. – Title from screen.
7. *Thornicroft G.* The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare / G. Thornicroft, M. Tansella // *The British Journal of Psychiatry*. – 2013. – № 202 (4). – P. 246–248.
8. *Thornicroft G.* What are the arguments for community-based mental healthcare? / G. Thornicroft, M. Tansella. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2003. – P. 25.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.09.2016 р.

Общинные службы охраны психического здоровья – перспективное направление развития психиатрической службы Украины

*И.Я. Пинчук, А.В. Колодежный,
А.К. Ладик–Брызгалова, Ю.В. Ячник*
Украинский научно-исследовательский институт
социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины, г. Киев, Украина

Цель – проанализировать новое перспективное направление амбулаторного уровня службы охраны психического здоровья в Украине – общинную службу охраны психического здоровья с позиций ее воплощения в практическую деятельность здравоохранения.

Методы: системный, аналитический.

Результаты. Рассмотрено новое перспективное направление – общинная служба охраны психического здоровья, раскрыты ее особенности и практические аспекты воплощения в практическое здравоохранение.

Выводы. Помощь пациентам с проблемами психического здоровья с использованием общинных служб охраны психического здоровья заслуживает самого серьезного внимания как новая медицинская услуга будущего. На практике помощь пациентам в общине оказывают мультидисциплинарные команды, которые могут иметь общую или более узкую специализацию по отдельным нозологическим направлениям. Специалисты мультидисциплинарной команды работают совместно, разрабатывая индивидуальный план ведения каждого пациента с учетом видения пациента.

Ключевые слова: сообщество, охрана психического здоровья, мультидисциплинарная команда.

The community-based mental healthcare – perspective directions of development of psychiatric service of Ukraine

*I.Ya. Pinchuk, O.V. Kolodezhny,
A.K. Ladyk–Bryzgalova, Yu.V. Yachnik*
Ukrainian Research Institute of Social
and Forensic Psychiatry and Drug Abuse
Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose – to analysis new perspective area of outpatient mental healthcare service in Ukraine – the community-based mental healthcare, from the point of translating it into practical public health activities.

Methods: systematic, analytical.

Results. We consider a new perspective direction – community-based mental healthcare service, opened its features and practical aspects of the realization in practical healthcare.

Conclusions. The help of patients with mental health problems through community-based mental healthcare services deserves serious attention as a new medical service of the future. In practice, care for patients in the community is multidisciplinary teams forces that may be general or more narrowly focused on specific areas of nosology. Specialists of a multidisciplinary team are working together, developing individual management plan of each patient based on the patient and vision.

Key words: community-based healthcare service, mental health, multidisciplinary teams.

Відомості про авторів

Пинчук Ірина Яківна – д.мед.н., с.н.с., директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України; вул. Фрунзе, 103, м. Київ, 04080, Україна.

Колодежний Олексій Вікторович – завідувач наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України; вул. Фрунзе, 103, м. Київ, 04080, Україна.

Ладик–Брызгалова Аліса Костянтинівна – аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України; вул. Фрунзе, 103, м. Київ, 04080, Україна.

Ячник Юлія Вікторівна – молодший науковий співробітник наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України; вул. Фрунзе, 103, м. Київ, 04080, Україна.

УДК 614.2:613.816:001.8(477-37)

В.В. Кручанця

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ РЕГІОНАЛЬНИХ ЦІЛЮВИХ АНТИАЛКОГОЛЬНИХ ПРОГРАМ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета – представити методичні підходи до розробки регіональних антиалкогольних програм.

Методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, концептуального моделювання.

Результати. Наведено чіткий алгоритм розробки та впровадження регіональних цільових антиалкогольних програм, який складається з дев'яти послідовних взаємопов'язаних етапів. Розробка регіональних антиалкогольних програм має базуватися на впровадженні суспільно орієнтованої антиалкогольної допомоги, що забезпечує доступність, ефективність, дестигматизованість з метою відновлення соціального функціонування осіб із залежністю від алкоголю.

Висновки. Представлено алгоритм розробки та впровадження регіональних цільових антиалкогольних програм як механізму реалізації державної антиалкогольної політики.

Ключові слова: антиалкогольні цільові регіональні програми, методологія розробки та впровадження, алгоритм, етапи.

Вступ

Останніми роками, як в Україні, так і за кордоном відмічається значне підвищення вживання населенням алкогольних напоїв [2, 8]. Наслідком такого явища є зростання кількості хворих на залежність від алкоголю [4]. Науковці зазначають, що зловживання алкоголем є однією з провідних причин погіршення психічного здоров'я населення [6, 7]. Так, гострі й хронічні розлади психіки та поведінки внаслідок зловживання алкоголем посідають провідні місця в структурі захворюваності населення на розлади психіки та поведінки [5].

Проведений аналіз наукових даних вказує, що, незважаючи на значний арсенал засобів і методів боротьби з алкоголізмом, ефективність лікування хворих з алкогольною залежністю є низькою [1, 3].

Мета роботи – представити методичні підходи до розробки регіональних антиалкогольних програм.

У роботі використано такі **методи:** бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, концептуального моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення

Розробка регіональних антиалкогольних програм має базуватися на впровадженні суспільно орієнтованої антиалкогольної допомоги, яка забезпечує доступність, ефективність, дестигматизованість з метою відновлення соціального функціонування осіб із залежністю від алкоголю.

Методологія суспільно орієнтованої допомоги людям, які страждають на алкоголізм, включає її біопсихосоціальну спрямованість із широким використанням психосоціальної реабілітації.

В організаційному плані суспільно орієнтована

антиалкогольна допомога базується на принципах деінституалізації та дестигматизації, розширення використання амбулаторних форм надання медичної допомоги в умовах пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, що дає змогу наблизити допомогу до місця проживання при її інтегруванні в загальну мережу охорони здоров'я, спрямованої на відновлення соціального функціонування залежної від алкоголю особи.

Створення програм суспільно орієнтованої антиалкогольної допомоги в умовах реформування сфери охорони здоров'я обумовлює необхідність розробки методичних підходів, що і визначає актуальність даного дослідження.

Пропонується алгоритм розробки та оцінки ефективності цільових регіональних антиалкогольних програм, який полягає в наступному:

1) Проведення аналізу щодо вживання алкогольних напоїв на території регіону та впливу такого споживання на медико-демографічну ситуацію.

2) Встановлення детермінант, які впливають на рівень вживання алкоголю на території регіону.

3) Аналіз мережі, ресурсного забезпечення та результатів діяльності системи антиалкогольної допомоги населенню в регіоні. Аналіз міжсекторальної взаємодії в питаннях протидії алкоголізації населення регіону.

4) Формування мети і завдань програми.

5) Проведення аналізу найбільш ефективних антиалкогольних цільових програм, які виконуються в Україні. Узгодженість з іншими програмами з громадського здоров'я, які діють на території регіону.

6) Розробка заходів програми, визначення обсягів та механізмів фінансування, обґрунтування очікуваних результатів. Встановлення оперативних політик, які можуть негативно вплинути або бути перешкодою при впровадженні програми, та визначення шляхів їх

уникнення або зниження негативної дії.

7) Оцінка відповідності мети, завдань, заходів та очікуваних результатів від впровадження програми. За необхідності, їх коригування.

8) Прийняття та запровадження програми.

9) Моніторинг та оцінка результатів впровадження програми. Підготовка щорічних звітів її виконання. За необхідності, коригування заходів програми та обсягів і джерел фінансування.

Проведення аналізу щодо вживання алкогольних напоїв на території регіону та впливу такого споживання на медико-демографічну ситуацію

На цьому етапі формування програми проводиться детальний аналіз таких особливостей регіону, як географічне положення, особливості демографічних процесів, рівень економічного стану населення, етнічний склад населення, особливості розселення, склад населення регіону, міграційні процеси та структура зайнятості населення тощо.

Ефективна антиалкогольна робота планується на основі вивчення (моніторингу) ситуації зі вживанням алкоголю в регіоні. Проводиться детальний аналіз вживання алкогольних напоїв населення регіону з метою оцінки, контролю та прогнозу. Також вивчається вплив вживання алкоголю на стан психічного та фізичного здоров'я населення, демографічну ситуацію.

Моніторинг та аналіз дають змогу отримати надійні дані, які, своє чергою, дозволяють зробити висновок про пріоритети антиалкогольної діяльності в регіоні та про необхідність фінансування тих чи інших напрямів такої діяльності.

Слід зазначити, що при проведенні аналізу під алкогольною ситуацією в регіоні мається на увазі поведінка представників цільових груп профілактики алкоголізму, а не певна діяльність організацій.

Джерелами інформації слугують статистичні матеріали та дані опитування спеціалістів закладів і керівних органів, чия діяльність пов'язана з демографією, станом здоров'я населення, соціальним захистом, соціально-економічним розвитком, забезпеченням правопорядку тощо.

Встановлення детермінант, які впливають на рівень вживання алкоголю на території регіону

З огляду на рівень вживання алкоголю в регіоні, з метою визначення цільових груп та їх кількості для лікувальної і профілактичної допомоги, а також факторів алкоголізації, у цих групах проводиться робота щодо вивчення та аналізу детермінант алкоголізації населення.

Обґрунтування програми проводиться на висновках моніторингу алкогольної ситуації, на основі якої розробляються рекомендації з планування антиалкогольної роботи. Основні висновки моніторингу мають бути пов'язані з висвітленням двох ключових питань:

1) В яких соціальних групах населення та за яким місцем проживання, професійною зайнятістю, віком, статтю рівень вживання алкоголю є найбільш високим? Це дасть змогу планувати антиалкогольну роботу,

включаючи наркологічну, профілактичну, соціальну допомогу, з урахуванням даних про різні категорії населення, які мають проблеми зі вживанням алкоголю.

2) З яких причин (факторами) відбувається алкоголізація населення? На усунення таких факторів має бути скерована програма.

Аналіз мережі, ресурсного забезпечення та результатів діяльності системи антиалкогольної допомоги населенню в регіоні. Аналіз міжсекторальної взаємодії в питаннях протидії алкоголізації населення регіону

За статистичними даними та результатами експертної оцінки вивчаються та аналізуються дані щодо мережі та ресурсного забезпечення наркологічної служби в регіоні. Аналізуються дані щодо обсягів, якості та ефективності антиалкогольної медичної допомоги за всіма її рівнями. Зіставляються дані щодо реальної потреби та фактичного забезпечення мережею та ресурсами системи антиалкогольної медичної допомоги. Отримані дані є базовими для планування подальшого розвитку служби в регіоні.

Ефективна боротьба з алкоголізацією населення та її наслідками може бути забезпечена виключно при міжсекторальному підході до вирішення проблеми. З урахуванням цього вивчається та аналізується участь кожного заінтересованого відомства та сектору в антиалкогольній роботі. Встановлюються проблемні питання, вирішення яких має бути відображене в програмі.

Формування мети і завдань програми

Мета і завдання програми, з одного боку, визначають пріоритетні напрямки антиалкогольної роботи в регіоні, а з іншого – є підставою для планування бюджету програми. Тому формулювання мети та завдань програми мають відповідати таким підходам:

Мета і завдання програми повинні безпосередньо витікати з аналізу алкогольної ситуації та відображати найбільш актуальні для даної території проблеми у сфері антиалкогольної діяльності. Важливою умовою вибору обґрунтованих мети та завдань програми, особливо профілактичної частини її складової, є участь у процесі планування представників її цільових груп і представників громадськості при міжсекторальному складі робочої групи з її розробки.

Мета і завдання програми мають відображати лише ті результати, які є потенційно досяжними. Постановка потенційно не досяжної мети може привести до систематичних порушень у діяльності працівників-виконавців програми, фальсифікації результатів до тих, що позитивно характеризують роботу, порушення базового принципу фінансування цільових програм – принцип цілеспрямованості, відповідно до якого, всі видатки мають предметно-цільове призначення. Предметом фінансування повинні бути напрямки діяльності, які сприятимуть скороченню рівня вживання алкоголю та медичних наслідків такого споживання. Вони мають бути відображені в меті та завданнях програми.

Формулювання мети та завдань програми повинні відповідати законодавчим актам та регіональним документам з антиалкогольної діяльності. Ці формулювання мають опиратися на термінологію, яка зрозуміла і прийнятна в подальшому для управлінських рішень і контролю виконання програми.

Проведення аналізу найбільш ефективних антиалкогольних цільових програм, які виконуються в Україні. Узгодженість з іншими програмами з громадського здоров'я, які діють на території регіону

Важливим етапом підготовки до розробки програми є аналіз досвіду антиалкогольної роботи в Україні та регіоні. Це найбільш дешевий та ефективний спосіб тактичного планування антиалкогольної роботи в регіоні. Такий аналіз є важливим для:

- оцінки перспективності застосування уже апробованих заходів та методів роботи;
- прогнозування проблем, які можуть виникнути в ході реалізації програми;
- визначення проблем у діяльності суб'єктів профілактичної антиалкогольної роботи.

Протиалкогольна програма є частиною загальної стратегії профілактики алкоголізму, а відповідно, під час її розробки має здійснюватися порівняльна оцінка з іншими програмами та заходами щодо антиалкогольної спрямованості в регіоні. Узгодження заходів програми з уже існуючими проводиться для забезпечення комплексної дії на цільові групи, а також з метою усунення дублювання функцій та оптимізації фінансування затрат.

Розробка заходів програми, визначення обсягів та механізмів фінансування, обґрунтування очікуваних результатів. Встановлення оперативних політик, які можуть негативно вплинути або бути перешкодою при впровадженні програми, та визначення шляхів їх уникнення або зниження негативної дії

План заходів щодо визначенням обсягів їх фінансування є найбільш відповідальною частиною роботи при розробці цільової регіональної антиалкогольної програми як з боку розробників, так і з боку її замовників.

При розробці плану заходів необхідно дотримуватися форми, за якої на кожне завдання програми розробляються заходи з визначенням термінів їх виконання та обсягів фінансування. При цьому на кожну групу заходів, відповідно до поставленого завдання, дозволяється очікуваний результат та цільові індикатори оцінки даного результату.

Далі на кожну групу заходів визначаються оперативні політики, які можуть негативно вплинути на виконання заходів або бути перешкодою для їх виконання. Розробники програми також зазначають, які потрібно здійснити кроки та які слід надати додаткові ресурси (інформаційні, матеріальні, кадрові) для їх усунення.

Досвід показує, що основними причинами невдач у проведенні профілактичної роботи є недосконалість

нормативно-правової бази, неефективна система міжвідомчої взаємодії, недостатня кількість кваліфікованих кадрів, нерівномірний розподіл ресурсів тощо. На етапі планування програми важливо передбачити шляхи подолання цих проблем.

Оцінка відповідності мети, завдань, заходів та очікуваних результатів від впровадження програми. За необхідності, їх коригування

Заключною частиною підготовки програми є підготовка й оцінка плану заходів та управлінських рішень, скерованих на досягнення мети і виконання поставлених завдань. Цей план має відповідати таким умовам:

- мета і всі завдання повинні підкріплюватися відповідними управлінськими рішеннями та заходами;
- управлінські рішення та заходи, перераховані в плані, своєю чергою, повинні спрямовуватися на досягнення кожного з очікуваних результатів програми.

Прийняття та запровадження програми

Програма приймається рішенням сесії облради, а запроваджується в дію наказами відповідних департаментів облдержадміністрації.

Моніторинг та оцінка результатів впровадження програми. Підготовка щорічних звітів її виконання. За необхідності, коригування заходів програми та обсягів і джерел фінансування

Координатор програми здійснює моніторинг і оцінку її виконання та щорічно готує звіт про її виконання. Основні розділи даного звіту:

- оцінка досягнення запланованих результатів програми;
- аналіз сильних і слабких сторін програми, причин успіхів при її виконанні та невдач.

Критеріями оцінки досягнення результатів виконання цільової регіональної антиалкогольної програми є цільові індикатори програми, які повинні відповідати двом основним вимогам: по-перше, цільові індикатори мають вимірюватися певними одиницями виміру; по-друге, слугувати критеріями оцінки тільки очікуваних потенційно досяжних результатів.

Слід наголосити, що основна цінність звіту про виконання цільової програми полягає не в констатації її успіхів та невдач, а в аналізі їх причин. Основою для такого аналізу є думки експертів і результати моніторингу ситуації зі вживанням алкоголю в регіоні.

Висновки

Наведено алгоритм розробки та впровадження регіональних цільових антиалкогольних програм як механізму реалізації державної антиалкогольної політики.

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні вивчення даної теми.

Література

1. *Иванец Н. Н.* Современные проблемы наркологии / Н. Н. Иванец // Наркология. – 2002. – № 6. – С. 2–7.
2. *Кошкина Е. А.* Эпидемиология наркологических заболеваний : руководство по наркологии / Е. А. Кошкина ; под ред. Н. Н. Иванца. – Москва : ИД Медпрактика, 2002. – С. 8–33.
3. *Кручаниця В. В.* Смертність населення Закарпатської області внаслідок вживання алкоголю / В. В. Кручаниця // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 2 (34). – С. 59–62.
4. *Медико-соціальні аспекти вживання алкоголю населенням та стратегії протидії* / Т. С. Грузева, В. А. Дуфинець, В. Б. Замкевич [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського. – Київ, 2016. – С. 118–127.
5. *Минко А. И.* Аффективные расстройства при зависимости от психотропных веществ / А. И. Минко, И. В. Линский // Международный медицинский журнал. – 2003. – Т. 9, № 3. – С. 28–30.
6. *Ринда Ф. П.* Алкогольна проблема та шляхи вирішення в Україні / Ф. П. Ринда // Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Херсон, 25–27 червня 2014 р. : тези доп. – Херсон, 2014. – С. 77–80.
7. *Ринда Ф. П.* Алкоголізація населення України як один з головних чинників поширення ХНІЗ / Ф. П. Ринда // Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України : матеріали III Міжнародного медичного конгресу, м. Київ, 14–16 жовтня 2014 р. : тези доп. – Київ, 2014. – С. 8.
8. *Слабкий Г. О.* Щодо тягаря проблем в Україні, пов'язаних зі споживанням алкоголю / Г. О. Слабкий, В. В. Кручаниця, А. Г. Круть // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1–2. – С. 258–259.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.09.2016 р.

Методические подходы к разработке и внедрению региональных целевых антиалкогольных программ

В.В. Кручаниця

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

Цель – представить методические подходы к разработке региональных антиалкогольных программ.

Методы: библиосемантический, структурно-логического анализа, концептуального моделирования.

Результаты. Приведен четкий алгоритм разработки и внедрения региональных целевых антиалкогольных программ, который состоит из девяти последовательных взаимосвязанных этапов. Разработка региональных антиалкогольных программ должна базироваться на внедрении общественно ориентированной антиалкогольной помощи, которая обеспечивает доступность, эффективность, дестигматизированность с целью возобновления социального функционирования лиц с зависимостью от алкоголя.

Выводы. Представлен алгоритм разработки и внедрения региональных целевых антиалкогольных программ как механизма реализации государственной антиалкогольной политики.

Ключевые слова: антиалкогольные целевые региональные программы, методология разработки и внедрения, алгоритм, этапы.

Methodological approaches to the development and implementation of regional target antialcohol programs

V.V. Kruchanytsia

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches
of MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to present methodological approaches to development and implementation of regional anti alcohol programs.

Materials and methods. The following methods were used in the course of study: bibliosemantic method, method of structural-and-logical analysis, method of conceptual modeling.

Results. Clear algorithm of development and implementation of regional target anti-alcohol programs is presented. The algorithm consists of nine consecutive interconnected stages. Development of regional anti-alcohol programs should be based on the implementation of socially-oriented anti-alcohol aid, which provides the availability, effectiveness, destigmatization of aid in order to restore the social functioning of persons with addictions to alcohol.

Conclusions. The algorithm of development and implementation of regional target anti-alcohol programs is presented as the mechanism of State anti-alcohol policy realization.

Key words: regional target anti-alcohol programs, methodology of development and implementation, algorithm, stages.

Відомості про автора

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

УДК 618.3:616-082-084«312»

О.О. Корчинська¹, М.М. Черняк¹, С. Андрашчікова², С. Жултакова², Л. Рібарова²

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У СУЧАСНОМУ АКУШЕРСТВІ

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна²Пряшівський університет у Пряшеві, м. Пряшів, Словацька Республіка

Плацентарна дисфункція – один із найбільш поширених патологічних синдромів, який зустрічається в акушерстві, проявляється невиношуванням вагітності, прееклампсією, дистресом плода, антенатальною загибеллю плода і затримкою внутрішньоутробного розвитку плода.

Мета – проаналізувати можливості профілактики та лікування плацентарної дисфункції на основі сучасної спеціалізованої літератури.

Метод: контент-аналіз фахових статей у журналах, монографіях, національних керівництвах.

Результати. Основними напрямками для попередження та лікування плацентарної дисфункції є поліпшення матково-плацентарного кровообігу та мікроциркуляції, нормалізація газообміну в системі «мати–плід», покращення метаболічної функції плаценти, відновлення порушеної функції клітинних мембран.

Висновки. Адекватне та своєчасне лікування хронічної плацентарної дисфункції з використанням сучасних препаратів сприяє підвищенню вірогідності нормального перебігу вагітності і дає змогу уникнути прогресування порушень у системі «мати–плацента–плід».

Ключові слова: плацентарна дисфункція, прееклампсія, профілактика, лікування.

Вступ

Плацентарна дисфункція (ПД) є одним із найбільш поширених патологічних синдромів, який, у тому чи іншому клінічному прояві, спостерігається в 17–35% вагітних. До клінічних проявів ПД належать: невиношування вагітності; прееклампсія; дистрес плода; антенатальна загибель плода і затримка внутрішньоутробного розвитку плода. Розуміння клініцистами патогенетичних основ, ранньої діагностики, профілактики та лікування синдрому ПД необхідне для зниження рівня акушерської та перинатальної патології.

Мета роботи – проаналізувати можливості профілактики та лікування плацентарної дисфункції на основі сучасної спеціалізованої літератури.

Матеріали та методи

Контент-аналіз фахових статей у журналах, монографіях, національних керівництвах.

Результати дослідження та їх обговорення

Плацентарна дисфункція зустрічається при невиношуванні в 50–77%, при гестозі – в 32%, при поєднанні вагітності з екстрагенітальною патологією – в 25–45%, у вагітних, які перенесли бактеріальну або вірусну інфекцію, – більш ніж у 60% випадків. Перинатальні втрати у жінок з явищами ПД становлять серед доношених новонароджених 10,3%, серед недоношених – 49% [1].

Про поліетіологічність даного ускладнення свідчить значна кількість описаних факторів ризику:

вік матері (молодше 17 і старше 35 років); шкідливі звички матері (паління, алкоголь, наркотики); несприятливі соціально-побутові умови; шкідливий вплив фізичних і хімічних факторів на ранніх термінах гестаційного періоду; наявність вогнищ латентної інфекції; екстрагенітальна патологія; обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез та ускладнення даної вагітності. Своєчасне виявлення факторів ризику виникнення ПД дає змогу провести ранню профілактику цього ускладнення у вагітних групи ризику [1].

Важливим аспектом профілактики є проведення загальногігієнічних заходів: усунення фізичного та психоемоційного перенавантаження; повноцінний відпочинок і сон. Необхідно слідкувати за оптимальним збільшенням маси тіла при вагітності. Ці заходи сприяють зниженню загального периферичного опору судин, збільшенню ударного об'єму серця і ниркового кровотоку, нормалізації матково-плацентарного кровотоку. Також рекомендовані седативні фітопрепарати (настій валеріани, собачої кропиви); збалансоване харчування (раціон із підвищеною кількістю білка). При екстрагенітальній патології показана дієта з урахуванням рекомендацій для даного виду патології [4, 5].

Розвиток ПД пов'язаний з морфологічними змінами в плаценті, на фоні яких виникають передусім гемодинамічні розлади, тому повного регресу цих процесів досягти неможливо. Головна мета лікування полягає в пролонгуванні вагітності і своєчасному родорозрішенні. Лікування починають відразу після виявлення ознак розвитку ПД, його тривалість – 6–8 тижнів. Для оцінки ефективності застосовують динамічний контроль за допомогою клінічних, лабораторних та інструментальних

методів дослідження [7].

При ПД починають лікування з ліквідації впливу таких етіологічних факторів, як незбалансоване харчування, екстрагенітальні та інфекційні захворювання, гестоз, тривала загроза передчасного переривання вагітності; а госпіталізацію рекомендують за таких показань: декомпенсація (за даними доплерометрії) плацентарного кровообігу; порушення функціонального стану плода, виявлене іншими діагностичними методами; затримка розвитку плода [2].

Лікування ПД спрямовують на поліпшення матково-плацентарного та фетоплацентарного кровотоку, інтенсифікацію газообміну, корекцію реологічних і коагуляційних властивостей крові, усунення гіповолемії та гіпопротеїнемії, нормалізацію судинного тонуусу і скорочувальної активності матки, посилення антиоксидантного захисту, оптимізацію метаболічних процесів. На сьогодні не існує стандартної схеми лікування ПД, через поєднання етіологічних факторів і патогенетичних механізмів розвитку даного ускладнення. Вибір препаратів, їх дозування і тривалість застосування проводять індивідуально і диференційовано в кожному конкретному випадку з урахуванням ступеня тяжкості й тривалості ускладнення, етіологічних факторів, патогенетичних механізмів, які лежать в основі цієї патології. Крім того, звертають увагу на корекцію побічної дії деяких лікарських засобів [6, 11].

Щодо медикаментозних засобів профілактики заслуговують на увагу препарати-донатори оксиду азоту (L-аргінін), який бере участь у підтримці базального тонуусу судин, стабілізації реологічних властивостей крові, зменшенні проникності судинної стінки, усуненні наслідків метаболічного ацидозу, пригніченні синтезу ендотеліну-1, який є потужним вазоконстриктором [8].

Антиагреганти – медикаментозні засоби, які гальмують агрегацію тромбоцитів, знижують підвищену концентрацію фібриногену і покращують мікроциркуляцію. Одним із найбільш часто застосовуваних є дипіридабол. Середня доза дипіридаболу становить 50–150 мг/добу, можлива комбінація: ацетилсаліцилова кислота 100 мг + дипіридабол 75–100 мг/добу. Терапевтична дія дипіридаболу направлена на покращення мікроциркуляції, гальмування тромбоутворення, зменшення загального периферичного судинного опору, розширення судин, поліпшення транспорту кисню в тканини. Дуже важливо, що дипіридабол підвищує неспецифічну противірусну ефективність. Препарат призначають усередину в дозі 25 мг за 1 год. до їди 2–3 рази/день курсом 4–6 тижнів. Для усунення порушень мікроциркуляції при ПД (особливо при гестозі II половини вагітності) рекомендують малі дози аспірину по 60–80 мг/добу за один прийом [10].

Фактори ризику розвитку тромбофілічних станів при ПД – порушення жирового обміну, гіпертонічна хвороба, захворювання серця, цукровий діабет, захворювання нирок, дефекти гемостазу, тромбоз глибоких вен в анамнезі, тривалий прийом оральних контрацептивів до вагітності, прееклампсія, багатоплідна вагітність, антифосфоліпідний синдром. При виражених

ознаках гіперкоагуляції, гіперфібриногенемії, хронічній формі ДВЗ-синдрому препаратами вибору є антикоагулянти, які призначаються з урахуванням показників коагулограми [3, 5].

Протягом останніх років в акушерській практиці використовують низькомолекулярні гепарини (НМГ), враховуючи неможливість проникнення НМГ через плацентарний бар'єр. Слід враховувати, що кожен із НМГ є окремим препаратом із властивими тільки йому характеристиками та дозуванням. Одним із препаратів групи НМГ є еноксапарин, який вводять у підшкірну жирову клітковину передньої черевної стінки в дозі 40 мг 1–2 рази в день залежно від лікувальної чи терапевтичної цілі. Результати досліджень і клінічних спостережень показали високу ефективність НМГ у профілактиці і лікуванні акушерських ускладнень, вони можуть застосовуватись тривалий час, не приводять до збільшення крововтрати в пологах. Тривала терапія антикоагулянтами має бути обґрунтованою, проводиться в оптимальних дозах, під динамічним контролем показників гемостазу 1 раз на 2 тижні [9].

Використовують препарати, які підвищують стійкість тканин плода до гіпоксії (антигіпоксанти, нейропротектори). Одним із добре вивчених є актовегін, дія якого полягає у впливі на внутрішньоклітинний метаболізм, покращення транспорту глюкози і поглинання кисню в тканинах. Доведений нейропротективний ефект актовегіну щодо головного мозку плода, який знаходиться в умовах гіпоксії. Препарат також володіє анаболічною дією, що доцільно при синдромі затримки внутрішньоутробного розвитку плода. При лікуванні вагітних із хронічною ПД призначають актовегін по 4–5 мл на 200–400 мл 5% розчину глюкози внутрішньовенно краплинно через день, на курс – 10 інфузій. Після інфузійної терапії переходять на пероральний прийом.

Потреба в магнії при вагітності зростає у 2–3 рази за рахунок росту і розвитку плода й плаценти. При ПД і гіпотрофії плода застосовують магній у поєднанні з піридоксимом, який поліпшує білковий обмін, бере участь у синтезі і всмоктуванні амінокислот, сприяє утворенню гемоглобіну [6, 10].

Також застосовують активатори кровообігу та метаболізму, до яких належить інстенон (по 2 мл на 200 мл ізотонічного розчину натрію хлориду 1 раз на добу протягом 5 днів або через день). Це комбінований препарат, який володіє нейропротективною дією, що базується на взаємному потенціюванні ефектів його складових: він активує метаболізм міокарда, знижує загальний периферичний опір, посилює мозковий кровотік, не викликаючи феномен «обкрадання», має прямий ноотропний ефект, підвищує адаптаційні можливості ретикулярної формації стовбуру головного мозку [2].

При поєднанні ПД та загрози переривання вагітності застосовують актовегін у поєднанні з β-адреноміметиками. Ці препарати мають регуляторний вплив на скоротливу активність матки. Оптимальним є застосування β-адреноміметиків із блокаторами кальцієвих каналів. При комплексній терапії ПД

(седативні засоби, вітаміни, токолітики, антиагреганти, нейропротектори та метаболічні препарати) частота синдрому затримки внутрішньоутробного розвитку плода знижується в 2,5 разу.

Клінічний досвід свідчить, що для поліпшення матково-плацентарно-плодового кровообігу ефективним є пентоксифілін. Препарат володіє вазодилатаційною дією, знижує периферичний судинний опір, поліпшує коллатеральний кровообіг і капілярний кровотік, зменшує в'язкість крові і покращує реологічні властивості [3, 6, 7].

У зв'язку зі значним вазодилатуючим ефектом препарату можливий розвиток симптому «обкрадання» через зменшення кровопостачання ряду органів. Тому рекомендують застосовувати пентоксифілін через 30 хв після так званого водного навантаження (попереднього внутрішньовенного введення 100–150 мл 5% розчину глюкози або ізотонічного розчину натрію хлориду) [2, 4].

Слід з обережністю застосовувати одночасно препарати, які володіють гіпотензивним ефектом. Виражене зниження артеріального тиску приводить до зменшення матково-плацентарного кровотоку та погіршення стану плода, особливо на фоні хронічної гіпоксії.

Деякі ускладнення вагітності та екстрагенітальні захворювання, які приводять до розвитку ПД, супроводжуються вираженою гіповолемією, що погіршує стан фетоплацентарної системи. Для усунення гіповолемії при ПД у II та III триместрах вагітності застосовують колоїдні плазмозамінні розчини на основі гідроксипроцетилкрохмалю при гематокриті більше 35%. Препарати вводять через день внутрішньовенно краплинно по 250 мл протягом 2–3 год. курсом 3–5 тижнів. При виявленні білкової недостатності, вираженій втраті і підвищеній потребі в білках рекомендують комбіновані препарати, які містять розчин амінокислот із загальною кількістю азоту не менше 10 г/л. Для оптимізації засвоєння організмом амінокислот одночасно з їх введенням призначають внутрішньовенну інфузію 10% розчину глюкози з відповідною кількістю інсуліну. При виконанні інфузійної терапії спершу визначають переносимість препарату, реакцію організму на введення невеликої його кількості, а також контролюють показники артеріального тиску, частоту пульсу і дихання, діурез, оцінюють об'єктивний та суб'єктивний стан пацієнтки [1, 11].

При ПД інфекційного генезу застосовують антибактеріальну, противірусну та імунокоригувальну терапію. У вагітних із гострим або загостренням хронічного інфекційного процесу обов'язково проводять заходи, направлені на боротьбу з інфекційним агентом і на підвищення захисних резервів у системі «мати–плацента–плід». При інфекціях терапію вагітним проводять згідно з рекомендаціями по кожній нозологічній формі. При бактеріальній етіології захворювання призначають антибактеріальні препарати. Що стосується противірусних препаратів, їх зазвичай рекомендують у III триместрі вагітності і суворо за показаннями. Про необхідність корекції показників імунітету при хронічній ПД інфекційного генезу свідчать переконливі дані, отримані

при комплексному обстеженні вагітних, а також морфологічному і гістохімічному дослідженні посліду. Застосовують імуноглобулінотерапію та лікування препаратами інтерферону [12].

Методом вибору для профілактики та лікування хронічної рецидивної інфекції, а також ПД у II та III триместрах вагітності є плазмафорез. Детоксикація досягається шляхом екстракорпоральної елімінації токсичних продуктів клітинного метаболізму, які при інфекційному процесі наявні в плазмі крові. Реокорируючий ефект реалізується шляхом видалення частини плазми або частини формених елементів і плазмених факторів згортання, грубодисперсних білків, які визначають рівень в'язкості плазми крові. Імунокоригувальний ефект здійснюється шляхом механічного видалення з судинного русла антигенів, у т.ч. аутоантигенів, що забезпечує підвищення функціональної активності імунної системи [2, 9].

Важливе значення в терапії ПД має нормалізація антиоксидантного захисту (вітаміни Е, С). У комплексному лікуванні ПД використовують гепатопротектори. Ці препарати поліпшують перебіг ферментативних реакцій, мікроциркуляцію. Під їх впливом у плаценті нормалізуються процеси ліпідного обміну, біосинтезу циклічних нуклеотидів, білків та інших речовин [12].

Серед немедикаментозних засобів для корекції матково-плацентарного кровообігу ефективними є фізичні методи впливу, у т.ч. електрорелаксація матки, акупунктура, електрофорез магнію, індуктотермія, ультразвуковий вплив на поперекову ділянку, що рефлекторно розслабляє міометрій та сприяє розширенню судин. Фізіотерапевтичні процедури проводять курсами через день, загальною тривалістю до 2 тижнів.

Проведення медикаментозної терапії можливе тільки при компенсованій та субкомпенсованій формі. При декомпенсованій формі ПД єдиним методом є термінове родорозрішення [8].

Висновки

Основною ланкою в нормалізації функцій плаценти є поліпшення матково-плацентарно-плодового кровотоку в поєднанні із заходами, направленими на метаболічну корекцію порушених адаптаційно-гомеостатичних реакцій плаценти. Це досягається за допомогою засобів, направлених на стимуляцію синтезу власних вазодилаторів (простацикліну, оксиду азоту), а також препаратів, які впливають на ангіогенез (формування коллатералей).

На жаль, сьогодні має місце катастрофічно запізніле лікування плацентарної дисфункції. Нерідко за цю роботу беруться лише в III триместрі вагітності, а запізніла терапія вже не може змінити хід внутрішньоутробних подій. Лікування в терміні пізніше 32 тижнів вагітності поліпшує стан плода і підвищує стійкість до гіпоксії, але не дає змоги нормалізувати його стан і забезпечити адекватний ріст.

Справа в тому, що в сучасній медицині не існує засобів, які вибірково поліпшують матково-плацентарний

та плацентарно-плодовий кровотік. Тому будь-які препарати, які застосовуються після завершення другої хвили інвазії цитотрофобласта, діють на весь організм, включаючи фетоплацентарну систему, покращуючи метаболізм, стимулюючи антиоксидантні реакції. Але про те, щоб вилікувати, наприклад, затримку розвитку плода II–III ступеня або хоча б зменшити тяжкість порушень після 28 тижня вагітності, можна тільки мріяти, і то лише в далекій перспективі.

Перспективи подальших досліджень

Значне поширення клінічних проявів ПД і відсутність етіологічного лікування потребують подальшої розробки нових та удосконалення наявних методів ранньої профілактики й лікування цього ускладнення.

Література

1. *Акушерство* : национальное руководство / Э. К. Айламазян, В. И. Кулаков, В. Е. Радзинский, Г. М. Савельева. – Москва : ГЕОТАР-Медиа, 2009. – С. 263–271.
2. *Гестоз* : учебное пособие / И. С. Сидорова. – Москва : Медицина, 2007. – С. 84–99.
3. *Гестозы* : руководство для врачей / Б. М. Венцовский, В. Н. Запорожан, А. Я. Сенчук, Б. Г. Скачко. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2005. – С. 93–114.
4. *Пересада О. А.* Комплексная профилактика и терапия плацентарной недостаточности в амбулаторных и стационарных условиях / О. А. Пересада, Е. А. Писаренко // *Медицинские новости : научно-практический информационно-аналитический журнал для врачей и руководителей здравоохранения.* – 2007. – № 10. – С. 47–50.
5. *Радзинский В. Е.* Акушерская агрессия. – Москва : Изд-во журнала StatusPraesens, 2012 – С. 223–245.
6. *Родовой блок* : руководство для врачей / Е. А. Чернуха. – 3-е изд. перераб., испр. и доп. – Москва : Триада-Х, 2005. – С. 280–302.
7. *Руководство к практическим занятиям по акушерству* : учебное пособие / В. Е. Радзинский. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 282–288.
8. *Серов В.Н., Тютюнник В.Л., Михайлова О.И.* Современные представления о лечении плацентарной недостаточности. // *Русский медицинский журнал «Мать и дитя».* – 2010. – Т. 18, № 4. – С. 157–161.
9. *Сидорова И. С.* Клинико-диагностические аспекты фетоплацентарной недостаточности / И. С. Сидорова, И. О. Макаров. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2005. – 296 с.
10. *Impaired vascular dilatation in women with a history of pre-eclampsia* / K. H. Lampinen, M. Ronnback, R. J. Kaaja [et al.] // *J. Hypertens.* – 2006. – Vol. 24. – P. 751–756.
11. *Impairment of endothelial function in women with a history of preeclampsia: an indicator of cardiovascular risk* / P. K. Agatista, R. B. Ness, J. M. Roberts [et al.] // *Am. J. Physiol. Heart. Circ. Physiol.* – 2004. – Vol. 286. – H1389–H1393.
12. *Sheppard S. J.* Risk factors and mediators of the vascular dysfunction associated with hypertension in pregnancy / S. J. Sheppard, R. A. Khalil // *Cardiovasc. Hematol. Disord. Drug. Targets.* – 2010. – Vol. 10. – P. 33–52.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.09.2016 р.

Профилактика и лечение плацентарной дисфункции в современном акушерстве

*О.А. Корчинская¹, М.М. Черняк¹,
С. Андрашчикова², С. Жултакова², Л. Рибарова²*
¹ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина
²Пряшевский университет в Пряшеве,
г. Пряшев, Словацкая Республика

Плацентарная дисфункция – один из наиболее распространенных патологических синдромов, который встречается в акушерстве, проявляется невынашиванием беременности, преэклампсией, дистрессом плода, антенатальной гибелью плода и задержкой внутриутробного развития плода.

Цель – проанализировать возможности профилактики и лечения плацентарной дисфункции на основе современной специализированной литературы.

Метод: контент-анализ специализированных статей в журналах, монографиях, национальных руководствах.

Результаты. Основными направлениями для предупреждения и лечения плацентарной дисфункции является улучшение маточно-плацентарного кровообращения и микроциркуляции, нормализация газообмена в системе «мать–плод», улучшение метаболической функции плаценты, возобновление нарушенной функции клеточных мембран.

Выводы. Адекватное и своевременное лечение хронической плацентарной дисфункции с использованием современных препаратов способствует повышению достоверности нормального хода беременности и позволяет избежать прогресса нарушений в системе «мать–плацента–плод».

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, преэклампсия, профилактика, лечение.

Prevention and treatment of placental dysfunction syndrome in modern obstetrics

*O.O. Korchynska¹, M.M. Cherniak¹,
S. Andrascikova², S. Zultakova², L. Rybarova²*
¹SHEI «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine
²University of Presov, Presov, Republic of Slovenia

Placental dysfunction – one of the most common pathological syndrome that occurs in obstetrics, manifest miscarriage, preeclampsia, fetal distress, antenatal death of fetus and intrauterine growth retardation.

Purpose – to analyse methods of prevention and treatment of placental dysfunction syndrome by using current specialist literature.

Method: content-analysis of professional journals, monographs, national guidelines.

Results. The main areas for the prevention and treatment of placental dysfunction is to improve the utero-placental circulation and microcirculation, normalization processes of gas exchange in the mother-fetus system, improve metabolic function of placenta, restore impaired function of cell membranes.

Conclusions. Adequate and timely treatment of chronic placental dysfunction using modern drugs improves the likelihood of normal pregnancy and prevents the progression of disturbances in the mother-placenta-fetus system.

Key words: Placental dysfunction, preeclampsia, prevention, treatment.

Відомості про авторів

Корчинська Оксана Олександрівна – д.мед.н., проф. кафедри акушерства та гінекології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Грибоєдова, 20б, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Черняк Михайло Михайлович – магістрант кафедри охорони материнства та дитинства факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Собранецька, 148, м. Ужгород, 88000, Україна.

Андрашчікова Стефанія – доктор філософії (PhD), доц. кафедри акушерства Пряшівського університету у Пряшеві; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, Словацька Республіка.

Жултакова Сільвія – доктор філософії (PhD), зав. кафедри акушерства Пряшівського університету у Пряшеві; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, Словацька Республіка.

Рибарова Любіца – доктор філософії (PhD), асистент кафедри акушерства Пряшівського університету у Пряшеві; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, Словацька Республіка.

ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ЯК ПОКАЗНИК ЯКОСТІ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ УМОВАХ

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета – вивчити задоволеність пацієнтів результатом, процесом і окремими складовими відновного лікування в санаторно-курортних умовах; виявити фактори, які впливають на задоволеність пацієнта отриманими медичними послугами.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження слугували дані анкетного опитування 101 пацієнта, що перебував на лікуванні в ДП «Санаторій «Немирів» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця». Використано такі методи: опитування, анкетування, кількісний та якісний аналіз результатів. Заповнення анкет проведено протягом 2013–2015 рр.

Результати. Задоволеність пацієнтів результатом і процесом відновного лікування в санаторно-курортних умовах знаходиться на високому рівні, але, за відсутності повної незадоволеності процесом відновного лікування в цілому, спостерігається незадоволеність окремими складовими її основного і допоміжних процесів – повнотою діагностичних обстежень, своєчасністю отримання процедур, забезпеченням медикаментами, ставленням медичного персоналу, забезпеченням безпеки.

Висновки. Опитування пацієнтів щодо їх задоволеності процесом відновного лікування є важливим принципом доказового менеджменту для прийняття управлінських рішень щодо підвищення якості медичної допомоги в санаторії.

Ключові слова: задоволеність пацієнтів, відновне лікування, якість лікування, санаторій.

Вступ

Необхідність підвищення якості санаторно-курортної допомоги в Україні не викликає сумнівів і стає все більш актуальною з огляду на те, що в період системних перетворень вітчизняної охорони здоров'я кількість організацій санаторно-курортної сфери і чисельність споживачів у ній медичних послуг прогресивно скорочуються [7, 14]. Міжнародні експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я визначають якість медичної допомоги як рівень досягнення системами охорони здоров'я суттєвих цілей у поліпшенні здоров'я і відповідності справедливим очікуванням населення, а основними її критеріями вважають ефективну і своєчасну медичну допомогу, ефективне використання ресурсів, задоволення потреб пацієнтів і результативність лікування [4, 6, 11, 16]. Якість медичної послуги – це сукупність її властивостей і характеристик, які відображають здатність задовольняти очікування й потреби окремих пацієнтів та груп населення [5, 12, 13]. Сьогодні задоволеність пацієнта медичною допомогою розглядається як один із найважливіших показників її якості, тоді як задоволеність пацієнта – це оціночний інтеграційний показник діяльності окремого лікувального закладу, а з позицій економіки і маркетингу санаторно-курортної галузі – екстраполятор повторних звернень пацієнта по медичну допомогу. Вивчення задоволеності пацієнтів медичними послугами, виявлення причин незадоволеності та факторів, що на них впливають, а також контроль і забезпечення задоволеності пацієнта

медичною послугою сприяють підвищенню якості медичної допомоги [8].

Вивчення задоволеності пацієнтів лікуванням висвітлені в багатьох працях українських дослідників, проте дотепер не проведені дослідження щодо окремих видів і форм медичної допомоги [1, 2, 17, 18]. До числа таких видів відноситься як санаторно-курортна допомога, так і відновне лікування в цілому.

Мета роботи – вивчити задоволеність пацієнтів результатом, процесом і окремими складовими відновного лікування в санаторно-курортних умовах; виявити фактори, які впливають на задоволеність пацієнта отриманими медичними послугами.

Матеріали та методи

Матеріалом дослідження слугували дані анкетного опитування хворих, які перебували на лікуванні в ДП «Санаторій «Немирів» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця». Усього – 101 заповнена пацієнтами анкета. Для досягнення визначеної мети використано такі методи: опитування, анкетування, кількісний та якісний аналіз результатів. При виконанні статистичної обробки здійснено розрахунок середніх величин, проведено оцінку вірогідності різниці між порівнюваними групами за методами Стюдента й ксі-квадрат, а також вивчено взаємозв'язок між аналізованими параметрами за методом Спірмена. Отримані результати наведено у вигляді середніх арифметичних значень та їх середніх похибок ($M \pm m$). Для опитування використано самостійно

розроблену анкету щодо організації надання санаторно-курортної допомоги хворим у санаторії «Немирів» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця». Заповнення анкет проведено протягом 2013–2015 рр. під час виписки пацієнтів зі санаторію, добровільно та анонімно.

Результати дослідження та їх обговорення

Оскільки повна реабілітація під час відновного лікування не завжди можлива (ступінь ураження органів може бути від початку захворювання незворотним) [1], то індикаторами якості відновного лікування слугувала задоволеність пацієнтів щодо виконання програми лікування в санаторії.

Середній вік пацієнтів становив 50,5 року.

За планом дослідження, нами вивчалася задоволеність за 10-бальною системою (10 – найкраще, найбільше) у пацієнтів за окремими характеристиками (складовими) допомоги, отриманими ними в санаторії.

Так, задоволеність результатами власного лікування пацієнти оцінили в середньому на $7,59 \pm 0,20$ балу: 92,1% опитаних виставили «7» і «8» балів, а лише 1 пацієнт – «10» балів.

Поліпшення психоемоційного стану відмітили всі пацієнти санаторію (середній бал – $7,03 \pm 0,27$): 46,5% виставили «7» балів.

Повноту діагностичних обстежень, своєчасність отриманих процедур, забезпеченість медикаментами хворі оцінили відповідно до реалій сьогодення (у середньому – $6,25 \pm 0,72$ балу): 66,3% опитаних виставили більше «5» балів. Незадоволеність повнотою діагностичних обстежень становила 6,9 випадку на 100 опитаних. Щодо своєчасності отриманих процедур лише 15 (14,9%) осіб виставили бал нижче «6» (у середньому $7,39 \pm 0,14$ балу). Медикаментозне забезпечення санаторію, як і більшості лікувальних закладів України, є незадовільним, де основу витрат закладів охорони здоров'я становлять переважно затрати на заробітну плату, а для закупівлі медикаментів та витратних матеріалів, оновлення технологічних фондів залишається дуже мало простору [10, 15]. Отже, відповідну оцінку виставили пацієнти – у середньому $3,09 \pm 0,24$ балу, причому лише 21,8% виставили більше «5», що пов'язано з призначенням цим хворим переважно бальнео- і фізіотерапевтичних процедур. У вартість путівки на медикаменти в середньому закладено 39,6 грн. В основному пацієнти купували медикаменти в аптечній мережі. Пацієнти з розумінням поставилися до питання забезпечення безкоштовними медичними послугами та медикаментами. На запитання про задоволеність обсягами забезпечення безкоштовними медичними послугами та медикаментами хворі виставили у середньому $7,99 \pm 0,08$ балу. Коефіцієнт задоволеності «8» і більше виставили 80,2% опитаних.

Лише 5,0% пацієнтів зазначили, що скористались у санаторії медичним страховим полісом. Середній бал задоволеності медикаментозним забезпеченням серед цих осіб становив $4,20 \pm 1,16$ проти середнього в цілому $3,09 \pm 0,24$ ($t=0,94$, $p>0,05$).

Важливим аспектом унормування психоемоційного стану пацієнтів і відповідно поліпшення ефективності лікування є отримання хворим задоволення від спілкування з медичним персоналом. Значний вплив на загальний стан хворого має ставлення до нього медичного працівника [3, 9]. Пацієнти санаторію в середньому оцінили задоволеність від ставлення до них лікуючого лікаря та медичних сестер відповідно на $7,04 \pm 0,15$ та $7,61 \pm 0,11$ балу. Найчастіше пацієнти виставляли для лікарів «7» балів – 45,5%, а для медичних сестер «8» – 50,5%. Незадоволеність спілкуванням із лікуючим лікарем висловили 5,9% пацієнтів, а з медичними сестрами – лише 1,0%.

Задоволеність рекомендаціями, наданими лікуючим лікарем, висловили всі пацієнти. Середній бал задоволеності – $8,44 \pm 0,07$. Оцінка за балами: «9» – 45,5%; «8» – 44,6%.

Тривалість черги в санаторії для прийому лікарем хворі відзначили таким чином: 78,2% зазначили, що час, витрачений на чекання, становив від 10 до 30 хв. Проте, за даними 19,8% пацієнтів, ця тривалість дорівнювала від 30 хв. до 1 год. Встановити взаємозв'язок часу в черзі та незадоволеністю тривалим чеканням до лікаря і ставленням до пацієнтів лікуючого лікаря не вдалося: середня оцінка задоволеності ставленням до них лікаря в осіб, які відзначили тривале (понад 30 хв.) чекання на прийом, становила $7,20 \pm 0,24$ проти $7,04 \pm 0,15$ оцінки задоволеності ставленням лікаря у цілому ($t=0,57$, $p>0,05$).

Дотримання прав пацієнта та умови безпеки опитані оцінили відповідно на $8,17 \pm 0,09$ і $7,76 \pm 0,09$ балу. Дотримання своїх прав позитивно оцінили всі пацієнти (100% опитаних виставили бали понад «5»). Умовами безпеки задоволені 99,0% анкетованих. Знову ж всі пацієнти відзначили, що від них не вимагали в санаторії робити благодійні внески.

Елементи побуту та організація харчування відіграють помітну роль у питанні цілісної оцінки задоволеності пацієнтів від перебування в санаторії. Так, за результатами опитування, задоволеність розміщенням та умовами проживання становила у середньому $9,28 \pm 0,07$ балу. При цьому 92,1% пацієнтів виставили найвищі бали – «9» та «10».

Оцінка організації харчування також мала високий середній бал задоволеності – $8,90 \pm 0,07$. Найчастіше пацієнти виставляли «9» балів – 72,3%.

Наприкінці опитування пацієнти дали відповідь на запитання «На Вашу думку, чи важливою є санаторно-курортне лікування при виявленій у Вас патології?». Ствердно відповіли на нього 85,2% респондентів, 7,9% хворих не змогли оцінити, а 6,9% зазначили, що лікування в санаторії не є важливою ланкою в процесі відновлення їхнього здоров'я. З числа пацієнтів, що не змогли оцінити важливість цього етапу медичної допомоги, оцінка задоволеності результатами власного лікування в санаторії дорівнювала у середньому $7,53 \pm 0,26$ проти $7,59 \pm 0,20$ серед усіх опитаних, оцінка виявилася нижчою, проте різниця була недостовірною ($t=0,18$ $p>0,05$).

На запитання «Чи складним був для Вас шлях отримання путівки в санаторій?» 42,6% відповіли «Так», а 57,4% – «Ні» ($t=2,14$ $p<0,05$).

Аналіз рекомендацій на проведення лікування в санаторії показав, що у 35,7% таку рекомендацію / скерування отримали від лікуючого лікаря за місцем проживання, а 34,7% – від знайомих, які позитивно охарактеризували лікування в санаторії.

Важливим є те, що повідомлення в засобах масової інформації також відіграють певну роль у приїзді хворих на лікування. Відповідь, що пацієнти самі прочитали в мережі Інтернет чи пресі про санаторій «Немирів» і прийняли рішення про лікування в ньому, становила 16,8%. З цього числа осіб достовірної різниці в оцінці результатів лікування до загальної оцінки не встановлено (відповідно $7,41\pm 0,19$ і $7,59\pm 0,20$, $t=0,65$; $p>0,05$), а оцінка поліпшення психоемоційного стану була нижчою (відповідно $6,59\pm 0,19$ і $7,03\pm 0,14$, $t=0,65$; $p>0,05$).

Задоволеність результатами лікування, як і поліпшення психоемоційного стану у хворих, скерованих лікуючим лікарем, достовірно не відрізнялися від результатів опитування в цілої вибірки опитаних ($p>0,05$).

Для встановлення корелятивного зв'язку між статтю, місцем постійного проживання, освітою, видом діяльності за останні 12 міс., розміром доходу та задоволеністю пацієнтів результатами лікування та їхнім психоемоційним станом проведено розрахунок за методикою Спірмена (табл.).

Таблиця

Стан корелятивного зв'язку оцінки результатів лікування та оцінки поліпшення психоемоційного стану з місцем проживання, освітою та рівнем доходів опитаних

Показник	Результати лікування	Психоемоційний стан
Місце проживання	0,04	-0,20*
Освіта	-0,24*	-0,25*
Рівень доходів	0,04	-0,08

Примітка: * – коефіцієнт кореляції достовірний ($p<0,05$).

Розрахунок показав, що чим вищий рівень освіти, тим нижчі бали, виставлені пацієнтами щодо результатів лікування (рис. 1).

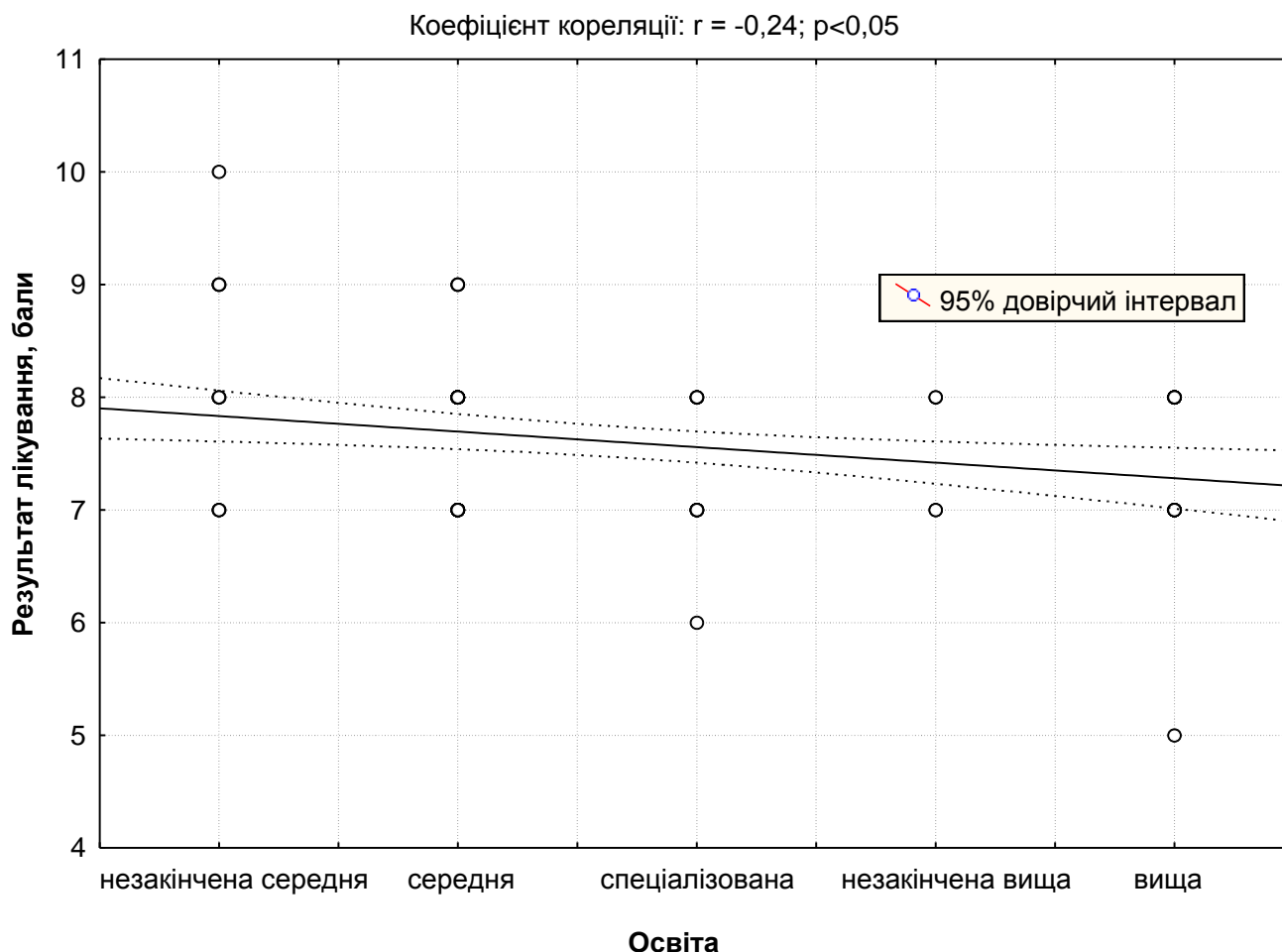


Рис. 1. Взаємозв'язок між рівнем освіти анкетованих і результатами лікування

Достовірний кореляційний зв'язок встановлено між зміною психоемоційного стану хворих та рівнем їхньої освіти і місцем проживання (рис. 2). Найвищі бали (9–10) виставлено респондентами, які мають середню і незакінчену середню освіту та проживають у сільській місцевості чи селищі міського типу. Найнижчі бали оцінки поліпшення психоемоційного стану отримано від анкетованих, які проживають у містах і мають спеціалізовану освіту.

Висновки

Задоволеність пацієнтів результатом і процесом відновного лікування в санаторно-курортних умовах знаходиться на високому рівні (7,59±балу за 10-бальною шкалою), але, за відсутності повної незадоволеності процесом відновного лікування в цілому, спостерігається незадоволеність окремими складовими її основного і допоміжних процесів – повнотою діагностичних обстежень (6,9 випадку на 100 опитаних), своєчасністю отримання процедур (4,0 випадку на 100 опитаних), забезпеченням медикаментами (72,3 випадку на

100 опитаних), ставленням медичного персоналу (3,5 випадку на 100 опитаних), забезпеченням безпеки (1,0 випадку на 100 опитаних).

Освіта і місце проживання пацієнтів є чинниками, які впливають на рівень їх задоволеності результатами відновного лікування та поліпшення їхнього психоемоційного стану в санаторно-курортних умовах.

Діяльність щодо забезпечення задоволеності пацієнтів відновним лікуванням у санаторно-курортних умовах має включати в себе нормалізацію очікувань пацієнта щодо даної медичної послуги та оптимізацію процесу фактично наданої допомоги.

Опитування пацієнтів щодо їх задоволеності процесом відновного лікування є важливим принципом доказового менеджменту для прийняття управлінських рішень щодо підвищення якості медичної допомоги в санаторії.

Перспективи подальших вивчень полягають у дослідженні механізмів відбору хворих для проведення відновного лікування в санаторно-курортних умовах.

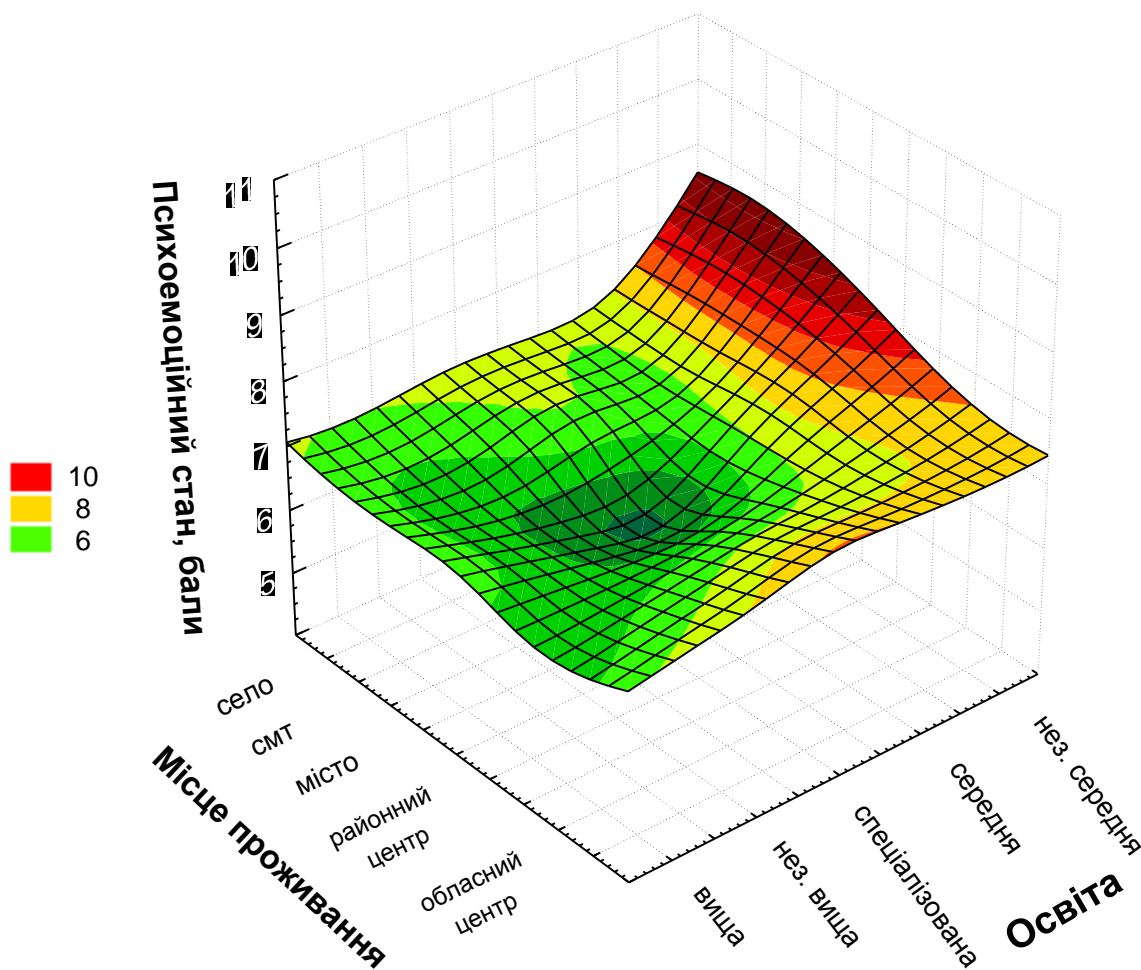


Рис. 2. Взаємозв'язок між психоемоційним станом анкетованих та їхнім місцем проживання й освітою

Література

1. Горачук В. В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги : автореф. дис. ... д.мед.н. : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / В. В. Горачук ; Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. – Київ, 2015. – 46 с.
2. Готь Н. Р. Задоволеність пацієнтів обласної лікарні отриманою медичною допомогою / Н. Р. Готь, Г. О. Слабкий // Світ медицини та біології. – 2013. – № 2 (38). – С. 113–116.
3. Грандо А. А. Лікарська етика і медична деонтологія / А. А. Грандо. – Київ : Вища школа, 1982. – 168 с.
4. Дзяк Г. В. Підходи до визначення стратегії підвищення якості медичного обслуговування в Україні, гармонізовані з загальноєвропейськими методами / Г. В. Дзяк, В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 6–9.
5. Задоволеність медичною допомогою як критерій якості її надання / О. З. Децик, Н. І. Кольцова, О. Л. Самотовка [та ін.] // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 71–74.
6. *Здоровье-2020*. Основы европейской политики и стратегия для XXI века [Электронный документ] / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2013. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-LongRus.pdf. – Название с экрана.
7. Ільїна М. В. Цільовий прогноз розвитку туризму і рекреації в типових групах регіонів України / М. В. Ільїна // Вісник ОНУ імені І. І. Мечнікова. – 2014. – Т. 19, Вип. 2/4. – С. 169–174.
8. Лехан В. Застосування принципів доказового менеджменту для прийняття управлінських рішень щодо підвищення якості медичної допомоги / Валерія Лехан, Олег Зюков // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 1–2. – С. 71–73.
9. Михальська Ю. А. Психологічний аспект взаємодії медичного персоналу з хворими [Електронний ресурс] / Ю. А. Михальська. – Режим доступу : http://www.rusnauka.com/27_NII_2013/Psihologia/10_146584.doc.htm. – Назва з екрана.
10. МОЗ: оцінка стану медикаментозного забезпечення в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.likar.info/zdorovyе-vsey-semyi/news-22451-moz-otsinka-stanu-medikamentoznogo-zabezpechennya-v-ukrayini>. – Назва з екрана.
11. Москаленко В. Ф. Удосконалення якості медичної допомоги як передумова реалізації права на здоров'я та його охорону / В. Ф. Москаленко, Л. І. Галієнко, Т. С. Грузєва // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я : матеріали V з'їзду спеціалістів із соціальної медицини та організації охорони здоров'я, м. Житомир, 11–12 жовтня 2012 р. – 2012. – Спецвипуск. – С. 75–77.
12. Опыт использования анкетирования пациентов для оценки качества медицинской помощи / В. К. Юрьев, Н. Е. Арефьева, Т. А. Волкова [и др.] // Социология медицины. – 2007. – № 2. – С. 28–30.
13. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні : інструменти управління якістю / Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» ; Представництво Європейської Комісії в Україні. – Київ, 2009. – 44 с.
14. Санаторно-курортне лікування, організований відпочинок та туризм в Україні : статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. – Київ, 2011. – 91 с.
15. Слабкий Г. О. Вступ / Г. О. Слабкий, П. С. Мельник // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського. – Київ, 2016. – С. 10–11.
16. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью : доклад о состоянии здравоохранения в мире [Электронный документ] / Всемирная организация здравоохранения, 2010. – Режим доступа : <http://www.who.int/whr/2010/ru/index.html>. – Название с экрана.
17. Шкробанець І. Д. Вивчення громадської думки пацієнтів щодо доступності, задоволеності надання медичних послуг та реформування охорони здоров'я / І. Д. Шкробанець, А. С. Бідучак, Е. В. Кардаш // Клінічна та експериментальна патологія. – 2013. – Т. XII, № 4 (46). – С. 155–157.
18. Яворський А. М. Соціально-економічний статус пацієнтів хірургічних відділень та його вплив на задоволеність медичною допомогою / А. М. Яворський // Буковинський медичний вісник. – 2012. – Т. 16, № 1 (61). – С. 191–195.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.09.2016 р.

Удовлетворенность пациентов как показатель качества восстановительного лечения в санаторно-курортных условиях*V. S. Komar^{1,2}*¹Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина²ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

Цель – изучить удовлетворенность пациентов результатом, процессом и отдельными составляющими восстановительного лечения в санаторно-курортных условиях; выявить факторы, влияющие на удовлетворенность пациента полученными медицинскими услугами.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили данные анкетного опроса 101 пациента, находившегося на лечении в ДП «Санаторий «Немиров»» ЧАО «Укрпрофздравница». Используются следующие методы: опрос, анкетирование, количественный и качественный анализ результатов. Заполнение анкет проведено в течение 2013–2015 гг.

Результаты. Удовлетворенность пациентов результатом и процессом восстановительного лечения в санаторно-курортных условиях находится на высоком уровне, но, при отсутствии полной неудовлетворенности процессом восстановительного лечения в целом, наблюдается недовольство отдельными составляющими ее основного и вспомогательных процессов – полнотой диагностических обследований, своевременностью получения процедур, обеспечением медикаментами, отношением медицинского персонала, обеспечением безопасности.

Выводы. Опрос пациентов по их удовлетворенности процессом восстановительного лечения является важным принципом доказательного менеджмента для принятия управленческих решений по повышению качества медицинской помощи в санатории.

Ключевые слова: удовлетворенность пациентов, восстановительное лечение, качество лечения, санаторий.

The patient satisfaction as a quality indicator of rehabilitation treatment in the sanatorium-resort conditions*V. S. Komar^{1,2}*¹Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine²PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches of MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to study the patient satisfaction with the outcome, process and individual components of rehabilitation in sanatorium-resort conditions; to identify factors influencing patient satisfaction with received medical services.

Materials and methods. The research material served the data of questionnaire of 101 patients who were treated at the state enterprise “Sanatorium “Nemyriv””. The following methods were used: survey questionnaires, quantitative and qualitative analysis of results. Filling in the questionnaires was conducted during 2013–2015.

Results. The patient satisfaction with the result and the process of rehabilitation in sanatorium-resort conditions is high, but in the absence of complete dissatisfaction with the process of rehabilitation as a whole, in some cases there is a dissatisfaction with the individual components of main and accessory processes – fullness of diagnostic tests, timely received procedures, provision of medicines, attitude of health personnel, providing with safety.

Conclusions. The patient survey on their satisfaction with the process of rehabilitation is an important principle of evidence management for decision making on improving the quality of medical care in the sanatorium.

Key words: patient satisfaction, rehabilitation treatment, quality of care, sanatorium.

Відомості про автора

Комар Володимир Степанович – асистент кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна.

УДК 614.2:616.31(048)

О.В. Клітинська, М.О. Федевич

ШЛЯХИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ (ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ)

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

Мета – проаналізувати наукові джерела з питань поширеності та активності карієсу у вагітних жінок; визначити лікувально-профілактичні заходи для проведення антенатальної профілактики.

Результати. Наведені дані свідчать про виникнення та поширеність карієсу у вагітних жінок, що має тенденцію до зростання. Ці процеси значною мірою обумовлені: спадковістю, загальносоматичною патологією, прийомом лікарських препаратів, соціальними та демографічними критеріями, екологічними умовами. Наведено схему лікувально-профілактичних заходів антенатальної профілактики з використанням ендогенних та екзогенних засобів, спрямовану на стоматологічне здоров'я матері та її майбутньої дитини.

Висновки. Основною причиною захворювань порожнини рота у вагітних жінок слід вважати мікробний пейзаж ротової порожнини, який має тенденцію змінюватися під впливом загальних і місцевих факторів, тому такі жінки мають бути включені в групу ризику по розвитку стоматологічних захворювань. Проведення ендогенної та екзогенної лікарської і безлікарської профілактики в період вагітності, підвищення рівня гігієнічних знань дасть змогу поліпшити стоматологічний рівень здоров'я та якість життя вагітної жінки, а також здійснити антенатальну профілактику карієсу зубів у її майбутньої дитини.

Ключові слова: вагітні, антенатальна профілактика, карієс, ендо- та екзогенні засоби.

Вступ

Комплекс заходів, які проводяться вагітним із метою запобігання виникнення в плода тих або інших патологічних змін, називають антенатальною профілактикою. Вона має бути організована колегіально лікарем-стоматологом, акушером-гінекологом і педіатром з урахуванням ступеня тяжкості стоматологічних захворювань та перебігу вагітності жінки [11].

Антенатальна профілактика карієсу зубів найбільш актуальна в період вагітності, оскільки профілактичні заходи мають подвійну мету: підтримують і поліпшують стан порожнини рота в жінок протягом усього періоду вагітності та створюють умови для нормального фізіологічного розвитку плода. А це гарантує повноцінне формування і первинну мінералізацію твердих тканин зубів, а також забезпечує фізіологічний перебіг процесу їх дозрівання [1, 7, 25]. Зокрема, на 6–10-му тижні вагітності формуються зачатки всіх молочних зубів; з 20-го тижня починається мінералізація центральних і бокових молочних різців, відбувається формування зачатків постійних зубів, що продовжиться до 5-річного віку дитини; з 28-го тижня розпочинається мінералізація зачатків тимчасових кликів і молярів. Дослідження зачатків зубів показали, що при патологічному перебігу вагітності мінералізація емалі зубів плода сповільнюється, а часто і призупиняється на стадії первинного звапнення [16].

Мета роботи – проаналізувати наукові джерела з питань поширеності та активності карієсу у вагітних жінок; визначити лікувально-профілактичні заходи для проведення антенатальної профілактики.

Метод: контент-аналіз.

Результати дослідження та їх обговорення

Сьогодні стоматологічні захворювання під час вагітності формують окрему ланку в карієсології [1]. При фізіологічному перебігу вагітності рівень поширеності каріозного процесу становить 87–91,4% при інтенсивності ураження 5,4 [17].

До факторів, які мають безпосередній чи опосередкований вплив на структуру стоматологічних захворювань у період вагітності, належать: спадковість, загальносоматична патологія, прийом лікарських препаратів, соціальні та демографічні критерії, зокрема, вік, рівень освіти, професійна приналежність, термін і кількість вагітностей [2, 13, 17].

Основним профілактичним заходом є попередження виведення макро- і мікроелементів з організму вагітної жінки, необхідних для задоволення потреб організму, який розвивається, особливо в періоди формування зачатків зубів і мінералізації кісткових структур. Слід зазначити, що організм плода шукає джерела необхідних йому елементів у межах організму вагітної жінки і найчастіше знаходить в її кістках і зубах [5, 12, 25]. Клінічно спостерігається множинний карієс у вагітних, ранній карієс і недосконалий розвиток емалі в молочних зубах у їхніх дітей, через недостачу фосфорно-кальцієвих і фторвмісних компонентів у харчуванні вагітних [11]. Даний процес значною мірою впливає на резистентність до карієсу, що забезпечується правильною закладкою та формуванням зачатків зубів, фізіологічним розвитком тканин зуба, своєчасним повноцінним дозріванням (мінералізацією) їх після прорізування, фізіологічним навантаженням зуба, мінералізуючою

здатністю слини, добрим самоочищенням зуба тощо.

Стоматологічне обстеження жінки проводиться на 6–8, 16–18, 26–28 і 36–38-му тижнях вагітності; лікування й видалення зруйнованих зубів – до вагітності, якщо ж цього не сталося, то у термін 3–6 місяців. При проведенні лікувально-профілактичних заходів ураховуються активність карієсу зубів у вагітної жінки, карієсогенна ситуація в порожнині рота, загальні та місцеві фактори ризику розвитку стоматологічних захворювань і повноцінність харчування [18, 20, 27].

Жінки повинні виконувати комплекс загальних профілактичних заходів, який включає правильний режим праці і відпочинку, зміцнення соматичного здоров'я, повноцінне раціональне харчування (різноманітне, з правильною кількістю вітамінів і мікроелементів; у першій половині вагітності організм жінки потребує безперервного надходження білка, у другій – вітамінів, мікроелементів і мінеральних солей).

Мінімальна добова потреба майбутньої матері у вітамінах така: вітамін А – 800 мкг, вітамін Д – 10 мкг, вітамін К – 65 мкг, вітамін Е – 10 мг, вітамін С – 70 мг, вітамін В1 – 1,5 мг, вітамін В2 – 1,6 мг, вітамін В6 – 2,2 мг, вітамін В12 – 2,2 мкг, вітамін РР – 17 мг, фолієва кислота – 400 мкг.

Добова потреба вагітної жінки в основних мікроелементах наступна: кальцій – 1200 мг, фосфор – 1200 мг, магній – 320 мг, залізо – 30 мг, цинк – 15 мг, йод – 175 мкг, селен – 65 мкг [18, 27].

Овочі, фрукти мають бути постійними інгредієнтами харчового раціону, дотримання правил гігієни порожнини рота, проходження курсу ремінералізуючої терапії.

На основі проведеного аналізу сучасних наукових джерел пропонуємо таку схему лікувально-профілактичних заходів для вагітних.

Ендогенні лікарські лікувально-профілактичні засоби

1. Полівітаміни, з макро- і мікроелементами: «Вітрум-пренатал», «Елевіт», «Прегнавіт» по 1 драже на добу, протягом усього періоду вагітності [8].

2. Вітамінні препарати: вітамін Е, фолієва кислота по 1 драже 3 рази на добу.

3. Комплекси вітамінів: з 8–10 і 32–34-го тижня, які характеризуються найбільшим виведенням кальцію з материнського організму, призначаються «Кальцій – Д3-нікомед» чи «Кальцемін» по 1 або 2 таблетки на добу відповідно; «Кальцій-седико» по 1 пакетику-саше, попередньо розвівши в 1/2 склянки води [27].

4. Йодовмісні препарати: йодид калію по 1 таблетці на добу, курсом 3 місяці, чи «Йодомарин–200» по 1 таблетці на добу, курсом 20–30 днів.

5. Залізовмісні препарати: «Ферретаб» по 1 капсулі на добу, протягом 3–4 тижнів; «Аскорутін» в І триместрі призначається разом із вітаміном Е і фолієвою кислотою – по 1 таблетці 3 рази на добу, курсом 1 місяць, а в ІІІ триместрі – разом із полівітамінами – по 1 таблетці 2 рази на добу, курсом 10–14 днів [15].

6. Імуномодулятори – імуностимулюючі засоби рослинного походження: ехінацея пурпурна чи «Іммунал» по 1 таблетці 3–4 рази на добу, курсом 4–6 тижнів у І триместрі, та курсом 6–8 тижнів у ІІІ триместрі вагітності.

Ендогенні безлікарські лікувально-профілактичні засоби

Незважаючи на розробку та впровадження в практику значної кількості різних засобів і методів профілактики стоматологічних захворювань, сьогодні не маємо відчутних позитивних змін у рівні захворюваності серед вагітних жінок, матерів та дітей України. Для дітей у віці до 3 років традиційні засоби профілактики карієсу та гігієни порожнини рота неприйнятні. Фізіологічне самоочищення порожнини рота являється єдиним заходом для даної вікової категорії дітей. На жаль, це не завжди забезпечує активний біохімічний, антимікробний захист ротової порожнини. Для зменшення впливу негативних факторів зовнішнього середовища в сучасній медицині пропонується значна кількість достатньо вивчених природних чи синтезованих речовин, так званих пектинів (зефір, чорноплідна горобина, чорнослив та ін.) – речовин рослинного походження, які мають властивості адаптогенів, радіопротекторів, ентеросорбентів для загального очищення організму [16, 26].

Комплексна протикарієсна дія пектинвмісних засобів гігієни порожнини рота ентерального вживання полягає: 1) у високій очищувальній здатності засобів при безабразивній дії на емаль тимчасових і постійних зубів; в антибактеріальній активності, яка проявляється без порушення якісного складу аутофлори порожнини рота; у стимуляції салівації; 2) у дії пектинів як коректорів адаптаційних можливостей стану ротової порожнини до протикарієсних умов; 3) в обмеженні впливів негативних факторів зовнішнього середовища на організм у період інтенсивного розвитку та формування твердих тканин зубів.

Вагітні жінки, матері в період лактації та діти старшого шкільного віку повинні приймати засіб «Пектодент-порошок» у два етапи:

І етап: 1–2 чайні ложки (0,75–1,5 г) «Пектодент-порошок» помістити в порожнину рота, відчутти сухість (за рахунок його гідрофільності) і проводити жувальні рухи протягом 20–30 с до виділення слини. Далі, використовуючи зубну щітку, провести чистку зубів стандартним методом, промасажувавши ясна. Через 3–5 хв. евакуювати порошок із ротової порожнини.

ІІ етап: 1–2 чайні ложки (0,75–1,5 г) «Пектодент-порошок» помістити в порожнину рота, відчутти сухість, ретельно розжувати до виділення великої кількості слини, ковтнути, запити водою. Процедуру проводити двічі на день. «Пектодент-порошок» дітям дошкільного та молодшого шкільного віку вживати дозовано, 3–4 г на добу.

Для поліпшення гігієни ротової порожнини (на принципах фізіологічного самоочищення) та профілактики карієсу зубів дітям після кожного прийому

їжі необхідно вживати по 1 дольці (20 г) «Пектодент-мармелад», який показаний також і дорослим. Така доза є рекомендованою добовою нормою вживання.

Екзогенні лікарські та безлікарські лікувально-профілактичні заходи

Стоматологічна просвітня робота із залученням активних і пасивних методик, зокрема гігієнічне навчання та виховання, спрямоване на формування вагітними мотивованого підходу до проведення лікувально-профілактичних заходів [21, 22].

Раціональна гігієна порожнини рота. Контрольоване чищення зубів. Індивідуальний підбір засобів гігієни та додаткових аксесуарів (еліксирів, ополіскувачів, жувальних гумок, флосів, інтрадентальних та монопучкових щіток, шкребків для язика, іригаторів).

Професійна гігієна порожнини рота – не менше 3 разів протягом вагітності [7, 23].

Корекція кислотно-основного балансу правильно підібраними засобами індивідуальної гігієни для пацієнток із підвищеною патогенністю флори ротової порожнини, внаслідок посилення проліферації умовно-патогенних мікроорганізмів [3, 4, 6, 10]. Тому для даної категорії жінок розроблений комплекс лікувально-профілактичних заходів. У I триместрі вагітності, коли мікробні асоціації представлені переважно пародонтопатогенною мікрофлорою, а місцевий імунітет різко пригнічений, пацієнткам рекомендують зубні пасти з антибактеріальними агентами. А в II триместрі – радять чергувати зубні пасти з антибактеріальними властивостями із зубними пастами з протизапальними властивостями, оскільки, крім вираженої бактеріологічної картини, на цей час припадає пік запальних клінічних проявів. Враховуючи критичні етапи розвитку плода (до II триместру вагітності завершується органогенез плода і до 20-го тижня вагітності закінчується формування плаценти) лікувальні схеми проводяться після 20-го тижня в II триместрі вагітності. До лікувальних схем у II триместрі вводяться: «Клімадинон» (чинить біологічний вплив через естрогенчутливі рецептори на тканини пародонту, має естрогеноподібні та допамінергічні властивості, позитивно діє на параметри кісткового метаболізму, що підтверджено впливом на біохімічні маркери репарації кісткової тканини – інсуліноподібний фактор росту та кістково-специфічну лужну фосфатазу), «Лісобакт», «Стоматидин» та рослинні антисептики [19].

Ремінералізуюча терапія: використання фторвмісних засобів у вигляді лаків, розчинів, гелів, мусів, систем глибокого фторування («Bifluoride-12»,

«Fluor-protector», «Mi Paste», «Tooth Mousse», «Глуфторед»), аплікації кальцій-фосфорного гелю «R.O.C.S. medical minerals» із кратністю під час вагітності 3–5 разів [9, 14, 24].

Висновки

Основною причиною захворювань порожнини рота вагітних жінок слід вважати мікробний пейзаж ротової порожнини, який має тенденцію змінюватися під впливом загальних і місцевих факторів, тому такі жінки мають бути включені в групу ризику по розвитку стоматологічних захворювань.

Ключовим моментом є визначення стоматологом найбільш чутливих та оптимальних діагностичних критеріїв обстеження, які б дали змогу максимально об'єктивно оцінити клінічну ситуацію в порожнині рота, врахувати всі фактори ризику розвитку стоматологічних захворювань. Надзвичайно важливим є координуваність у роботі акушера-гінеколога та лікаря-стоматолога.

Своєчасна, динамічна та об'єктивна оцінка клінічної картини в порожнині рота дозволить підібрати необхідний комплекс лікувально-профілактичних заходів профілактики стоматологічних захворювань під час вагітності з урахуванням усіх індивідуальних факторів ризику.

Проведення ендогенної та екзогенної лікарської і безлікарської профілактики в період вагітності, підвищення рівня гігієнічних знань дадуть змогу поліпшити стан стоматологічного здоров'я та якості життя вагітної жінки, а також здійснити антенатальну профілактику карієсу зубів у дітей.

Перспективи подальших досліджень

Особливо значущою є просвітницька робота з профілактики стоматологічних захворювань та мотивації по догляду за зубами дітей одразу після їх прорізування. Крім того, стоматологічна просвіта має включати пропаганду грудного вигодовування до досягнення дитиною 12-місячного віку, рекомендації щодо обмеження цукру (до 20 г на добу) в харчуванні дітей, а також правила користування пелюшкою.

Комплекс лікувально-профілактичних заходів, безсумнівно, сприяє поліпшенню стану стоматологічного здоров'я як матері, так і майбутньої дитини. Своєчасна профілактика і санація порожнини рота майбутньої мами – шлях до забезпечення стоматологічного здоров'я дитини.

Література

1. *Антипкін Ю. Г.* Нагальні наукові та практичні проблеми охорони здоров'я матері та дитини / Ю. Г. Антипкін // Журнал НАМН України. – 2011. – Т. 17, № 1. – С. 44–47.
2. *Бахмудов Б. Р.* Поширеність та інтенсивність карієсу та санітарно-гігієнічні навички догляду за порожниною рота у вагітних жінок / Б. Р. Бахмудов, З. Б. Бахмудова // Стоматологія. – 2000. – № 3. – С. 12–14.

3. Герберт М. Про проблеми визначення ризику виникнення пародонтиту. Фактори ризику, критерії оцінки та необхідність залучення фахівців інших областей медицини / М. Герберт // Нове в стоматології. – 2002. – № 8. – С. 6–9.
4. Грудянов А. І. Імунологічні показники крові при швидко прогресуючому пародонтиті / А. І. Грудянов, І. В. Безрукова // Стоматологія. – 2000. – № 3. – С. 15–17.
5. Губіна Л. К. Ситуаційний аналіз частоти вродженої патології щелепно-лицевої ділянки та ймовірні фактори ризику / Л. К. Губіна, О. П. Краснікова // Дитяча стоматологія. – 2000. – № 1–2. – С. 65–68.
6. Долгих В. Т. Неспецифічна і імунологічна резистентність тканин порожнини рота / В. Т. Долгих // Клінічна патофізіологія для стоматолога. – Москва : Медична книга; Нижній Новгород : Изд-во НГМА, 2000. – 200с.
7. Дорошина В. Ю. Роль професійної гігієни в профілактиці стоматологічних захворювань у вагітних жінок / В. Ю. Дорошина, Т. А. Набатова, Н. Л. Гудкова // Сучасні аспекти профілактики та лікування стоматологічних захворювань : матер. конф. – Москва, 2000. – С. 88–89.
8. Епідеміологічні дослідження – основа планування заходів профілактики стоматологічних хвороб у дітей / Л. Ф. Каськова, Н. В. Левченко, О. Ю. Андріанова [та ін.] // Український стоматологічний альманах. – 2011. – № 2. – С. 25–26.
9. Ефективність застосування зубних паст серії «R.O.C.S.» з різною концентрацією фториду для лікування осередкової демінералізації емалі / С. А. Васіна, І. М. Кузьміна, Н. В. Косарева, А. В. Лапатіна // Dental Forum. – 2007. – № 2 (22). – С. 24–28.
10. Єлізарова В. Кислотно-лужна рівновага в порожнині рота та іонізований кальцій змішаної слини при множинному карієсі у дітей / В. Єлізарова, Г. Бадретдинова, І. Маланчук // Матер. II Міжнар. конгресу стоматологів. – Тбілісі, 2006. – С. 106–108.
11. Єлізарова В. М. Вплив бісфосфонатів ксидифона на зниження активності ряду ферментів слини при множинному карієсі у дітей / В. М. Єлізарова // Стоматологічні захворювання у дітей (епідеміологія, профілактика та лікування) : зб. наук. праць. – Москва, 2000. – С. 34–37.
12. Єлізарова В. М. Порушення гомеостазу кальцію при множинному карієсі зубів у дітей / В. М. Єлізарова, Ю. А. Петрович // Стоматологія. – 2000. – № 1. – С. 67–71.
13. Жулев Е. Н. Стоматологічний статус вагітної жінки / Е. Н. Жулев, Л. М. Лукіних, М. Ю. Покровський // Нижегородський медичний журнал. – 2002. – № 4. – С. 47–50.
14. Камина Т. В. Выбор реминерализирующего препарата вопрос серьезный / Т. В. Камина // Вісник проблем біології і медицини. – 2013. – № 4. – С. 80–81.
15. Контроль над карієсом зуба: еволюція концепції / Л. О. Хоменко, Н. В. Біденко, О. І. Остапко [и др.] // Стоматологія: от науки к практике. – 2013. – № 1. – С. 53–65.
16. Кузьміна Э. М. Современные подходы к профилактике кариеса зубов / Э. М. Кузьмина // Dental Forum. – 2011. – № 2 (38). – С. 2–8.
17. Кузьміна В. А. Стоматологічний статус вагітних жінок залежно від особливостей перебігу вагітності / В. А. Кузьміна, І. І. Якубова, Т. О. Бучинська // Современная стоматология. – 2015. – № 3. – С. 51–54.
18. Леонтьев В. К. Детская терапевтическая стоматология: нац. руководство / В. К. Леонтьев, Л. П. Кисельникова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 896 с.
19. Лукіних Л. М. Дентікс ополіскувач для порожнини рота / Л. М. Лукіних // Стоматологія. – 2004. – № 8. – С. 9–11.
20. Манрикийн М. Е. Пути оптимизации программы профилактики стоматологических заболеваний в Армении / М. Е. Манрикийн // Таврический медико-биологический вестник. – 2013. – Т. 16, № 1, Ч. 3 (61). – С. 119–123.
21. Павленко Л. Г. Профілактика стоматологічних захворювань / Л. Г. Павленко. – Полтава, 2004. – С. 21–28.
22. Покровський М. Ю. Рівень санітарно-гігієнічних знань по догляду за порожниною рота у вагітних жінок / М. Ю. Покровський // Нижегородський медичний журнал. – 2002. – № 1. – С. 144–147.
23. Руле Ж.-Ф. Профессиональная профилактика в практике стоматолога / Ж.-Ф. Руле, С. Циммер ; под ред. С. Б. Улитовского, С. Т. Пыркова. – Москва : МЕДпресс-информ, 2010. – 368 с.
24. Савичук Н. О. Інноваційні підходи до профілактики карієсу зубів у дітей і вагітних жінок / Н. О. Савичук // Современная стоматология. – 2013. – № 5. – С. 46–50.
25. Смоляр Н. І. Поширеність та інтенсивність карієсу молочних зубів у дітей із загальносоматичною патологією / Н. І. Смоляр, Х. Г. Мусій–Семенців // Клінічна стоматологія. – 2013. – № 3, 4. – С. 32–33.
26. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта : практическое руководство / Л. О. Хоменко, Н. В. Біденко, Е. И. Остапко [и др.]. – Киев : Книга Плюс, 2001. – 207 с.
27. Терапевтическая стоматология детского возраста / Л. А. Хоменко, Е. И. Остапко, Н. В. Біденко [и др.]. – Киев : Книга плюс, 2010. – 813 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 07.09.2016 р.

**Пути обеспечения стоматологического
здоровья ребенка (обзор научной литературы)**

О.В. Клитинская, М.О. Федевич

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

Цель – проанализировать научные источники по вопросам распространения и активности кариеса у беременных женщин; определить лечебно-профилактические мероприятия для проведения антенатальной профилактики.

Метод: контент-анализ.

Результаты. Представленные данные свидетельствуют о возникновении и распространенности кариеса у беременных женщин, что имеет тенденцию к возрастанию. Эти процессы в большей степени обусловлены: наследственностью, общесоматической патологией, приемом лекарственных препаратов, социальными и демографическими критериями, экологическими условиями. Представлена схема лечебно-профилактических мероприятий антенатальной профилактики с использованием эндо- и экзогенных средств, направленная на стоматологическое здоровье матери и ее будущего ребенка.

Выводы. Основной причиной заболеваний полости рта у беременных женщин следует считать микробный пейзаж ротовой полости, который имеет тенденцию к изменениям под воздействием общих и местных факторов, поэтому таких женщин следует включать в группу риска по развитию стоматологических заболеваний. Использование эндо- и экзогенной врачебной и безврачебной профилактики в период беременности, повышение уровня гигиенических знаний позволит улучшить стоматологическое здоровье и качество жизни беременной женщины, а также провести антенатальную профилактику кариеса зубов у ее будущего ребенка.

Ключевые слова: беременные, антенатальная профилактика, кариес, эндо- и экзогенные средства.

**Way to child dental health
(examination of the scientific literature)**

O.V. Klitynska, M.O. Fedevych

SHEI “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to analyse the literary sources on the distribution and activity of caries in pregnant women; to define therapeutic and preventive measures for antenatal prophylaxis.

Method: content-analyse.

Results. Literature data indicate the occurrence and prevalence of dental caries in pregnant women tends to increase. These processes are largely caused by: heredity, general-somatic diseases, taking medical drugs, social and demographic criteria of environmental conditions. The paper presents a scheme of treatment and prevention antenatal prophylaxis using endogenous and exogenous agents, which focuses on the dental health of the mother and her child.

Conclusions. The main cause of diseases of the oral cavity of pregnant women should be considered as a microbial landscape of the mouth, which tends to change under the influence of general and local factors, because women should be included in the risk group for the development of dental disease. The use of endogenous and exogenous medical prophylaxis during pregnancy, increased levels of hygiene knowledge will lead to better dental health and quality of life of the pregnant woman, to hold antenatal prevention of dental caries in children.

Key words: pregnant, antenatal prophylaxis, caries, endogenous and exogenous agents.

Відомості про авторів

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

Федевич Марія Олегівна – асистент кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 614.4:616.9:001.8(477-87)

В.Й. Білак–Лук'янчук

РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СЕРЕД СТУДЕНСЬКОЇ МОЛОДІ З ПИТАНЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

Закарпатський центр профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород, Україна

Мета – виявити рівень знань із питань ВІЛ-інфекції/СНІДУ, їх вплив на поведінкові практики; визначити рівень стигматизації щодо ВІЛ-позитивних людей серед студентів Ужгородського національного університету.

Матеріали та методи. Дослідження проведено за допомогою структурованого інтерв'ю з використанням спеціально розробленого опитувальника (анонімна анкета) серед студентів Ужгородського національного університету. Опитано 200 студентів.

Результати. Оцінено рівень знань студентів 13 факультетів Ужгородського національного університету (медичного та немедичного профілю) щодо шляхів інфікування ВІЛ, визначено тенденції, що залежать від віку і статі респондентів, місця проживання – жителів міста/села. Встановлено залежність між рівнем знань про шляхи передачі ВІЛ і рівнем толерантності до ВІЛ-позитивних людей.

Висновки. Обізнаність студентів щодо питань ВІЛ-інфекції/СНІДУ впливає на поведінкові практики та рівень толерантності щодо ВІЛ-позитивних людей.

Ключові слова: шляхи інфікування ВІЛ, толерантність до ВІЛ-позитивних людей, стигма і дискримінація.

Вступ

Згідно з даними Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я та Об'єднаної програми ООН із ВІЛ/СНІДУ (ЮНЕЙДС), Україна посідає одне з провідних місць в Європі та Центральній Азії за темпами поширення ВІЛ серед дорослого населення. Складні політична та економічна ситуації в країні, своєю чергою, призводять до погіршення даної проблеми.

Відповідно до Декларації про прихильність справі боротьби із ВІЛ/СНІДом ООН 2001 р. [4], Україна, як і інші країни-члени ООН, регулярно подає звіти про прогрес, досягнутий у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДУ [2, 3]. Цей документ визначає низку глобальних цілей і дій, спрямованих на припинення поширення ВІЛ та досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття [7]. У 2014 р. стратегія ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД (Fast Track) пропонує нові цільові показники прогресу у припиненні глобальної пандемії ВІЛ-інфекції після 2015 р.: 90–90–90 (до 2020 р.) та 95–95–90 (до 2030 р.). Зусилля охорони здоров'я на світовому рівні дають змогу досягти вражаючих успіхів в напрямку намічених цілей Глобальної Стратегії ЮНЕЙДС на 2011–2015 роки, більш відомою як Стратегія «Прямуювання до Нуля»: Нуль нових випадків інфікування, Нуль смертей, пов'язаних зі СНІДом; Нуль дискримінації [6].

Основна мета Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на 2014–2018 роки полягає в активізації профілактики ВІЛ-інфекції, забезпеченні лікуванням ВІЛ-позитивних пацієнтів, зниженні рівня стигми і дискримінації щодо людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), формуванні

толерантного ставлення до них у суспільстві та, як результат, у зниженні рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД [5].

Високий рівень стигматизації та дискримінації у зв'язку з ВІЛ/СНІДом є одним із факторів, що зумовлює поширення епідемії ВІЛ-інфекції у країні [1].

Мета роботи – виявити тенденції щодо рівня знань із питань ВІЛ-інфекції/СНІДУ та їх вплив на поведінкові практики; визначити рівень стигми та дискримінації щодо ВІЛ-позитивних людей серед студентів Ужгородського національного університету.

Завдання дослідження – встановити тенденції, як відрізняються відповіді студентів медичного та немедичного факультетів, як відповіді залежать від віку і статі, чи є різниця у відповідях студентів – жителів міста/села, яка залежність між рівнем знань про шляхи передачі ВІЛ і рівнем толерантності до ВІЛ-позитивних людей; а також проаналізувати фактори, які обумовлюють стигматизацію та дискримінацію, пов'язану з ВІЛ; визначити рівень страху інфікування ВІЛ у студентів.

Матеріали та методи

Дослідження проведено за допомогою структурованого інтерв'ю віч-на-віч із використанням спеціально розробленого опитувальника (анонімна анкета). Опитано 200 студентів факультетів медичних спеціальностей та факультетів немедичного спрямування Ужгородського національного університету. У дослідження включено студентів I–V курсів біологічного, географічного, економічного, інженерно-технічного, історичного, математичного, медичного, стоматологічного, фізичного, філологічного, юридичного, факультету здоров'я людини та факультету суспільних

наук. Анкета побудована у вигляді 27 запитань, розділених на декілька блоків, які включали питання про обізнаність щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу, шляхів передачі ВІЛ-інфекції, оцінки власних ризиків інфікування ВІЛ, наявності небезпечних щодо інфікування ВІЛ поведінкових практик, упередженого ставлення до ВІЛ-позитивних людей.

Результати дослідження та їх обговорення

Виявлено певну закономірність відповідей серед студентів. Зокрема, на запитання «Наскільки ВІЛ-інфекція загрожує нашому місту?» більшість опитаних (117 осіб – 58,5%) визначили ВІЛ-інфекцію невеликою загрозою для суспільства, 48,5% усіх опитаних відкинули теоретичну можливість бути інфікованими. Розподіл відповідей серед студентів факультетів немедичного спрямування та студентів-медиків був майже однаковим.

Загалом, 60% опитаних (61% студентів-медиків і 58% студентів факультетів немедичного профілю) зазначили, що інші мають знати про ВІЛ-позитивний статус людини, однак 72% (64% студентів-медиків та 79% студентів факультетів немедичного профілю) хотіли

б тримати в секреті ВІЛ-позитивний статус члена родини, що свідчить про приховану стигматизацію, пов'язану з ВІЛ.

Встановлено певні закономірності у знаннях щодо шляхів передачі ВІЛ. Так, на чотири питання про статевий шлях передачі ВІЛ-інфекції правильно відповіли 87,5% студентів факультетів як медичного, так і немедичного спрямування (середній показник у медиків становив 89,5%, в інших – 85,5%). На два питання про вертикальний шлях передачі ВІЛ-інфекції дали вірну відповідь 86% студентів медичного та стоматологічного факультетів та 85% студентів факультетів немедичного спрямування. На питання про парентеральний шлях передачі правильно відповіли 97% опитаних.

Деякі гірші показники рівня знань студентів виявлено з чотирьох питань про можливість/неможливість передачі ВІЛ побутовим шляхом. Середній показник для всіх опитаних становив 52,5%, правильних відповідей у медиків було 54%, у студентів факультетів немедичного спрямування – 51%. Водночас, лише 8% студентів медичного та стоматологічного факультетів дали неправильну відповідь, тоді як серед студентів немедичних спеціальностей було 23% хибних відповідей.

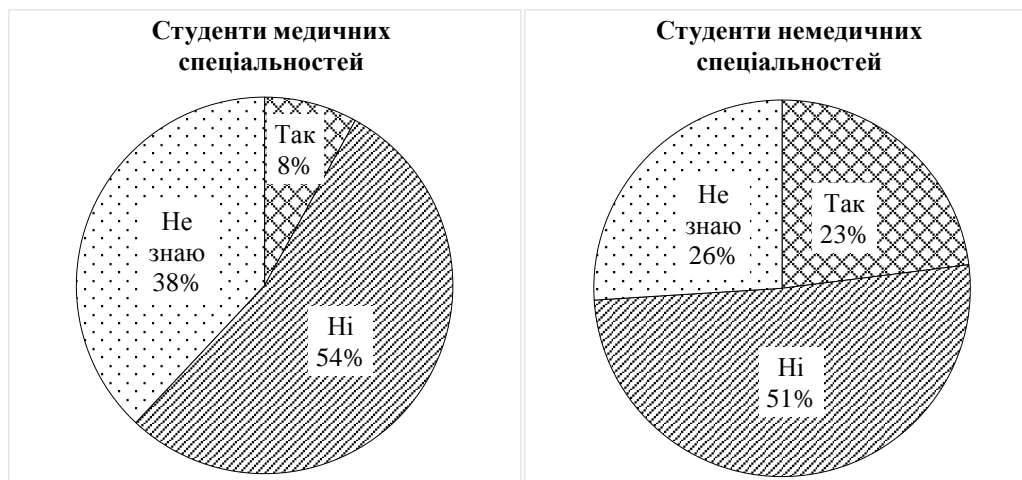


Рис. 1. Відповіді студентів на питання щодо побутового шляху передачі ВІЛ

Традиційно багато вагав викликало питання про можливість передачі ВІЛ-інфекції через укуси комах: правильно відповіли лише 43% опитаних; неправильно – 33%; не визначилися – 24%.

Не виявлено відмінностей у рівні знань серед жителів міста та села.

Рівень толерантності студентів медичних факультетів був значно вищим. Про це свідчили відповіді на запитання «Якими були б Ваші дії стосовно людини, з якою у Вас дружні стосунки, коли б ви дізналися про її ВІЛ-позитивний статус?». Відповідь «Попробував би розібратись у ситуації та допомогти» дали 67% студентів медичного та стоматологічного факультетів; «Нічого не зміниться» – 15%; «Розірвав би стосунки без пояснень» – тільки 3%; «Не знаю» – 13%. Відповіді студентів

немедичних спеціальностей розподілились відповідно так: «Попробував би розібратись у ситуації та допомогти» – 35%; «Нічого не зміниться» – 31%; «Розірвав би стосунки без пояснень» – 15%; «Не знаю» – 21%.

Серед усіх студентів 41% (серед медиків 42%) заперечили, що змінять ставлення до друзів і знайомих, якщо стане відомо про їх ВІЛ-позитивний статус.

Однак на запитання «Якщо Ви випадково довідались, що продавець продуктового магазину є ВІЛ-інфікованим, чи будете Ви купувати в нього продукти?» відповідь «Ні» дали 36% усіх опитаних, при цьому продовжували б купувати продукти 46% медиків і лише 26% студентів немедичних спеціальностей. Це свідчить про приховану стигму щодо ВІЛ-інфікованих.

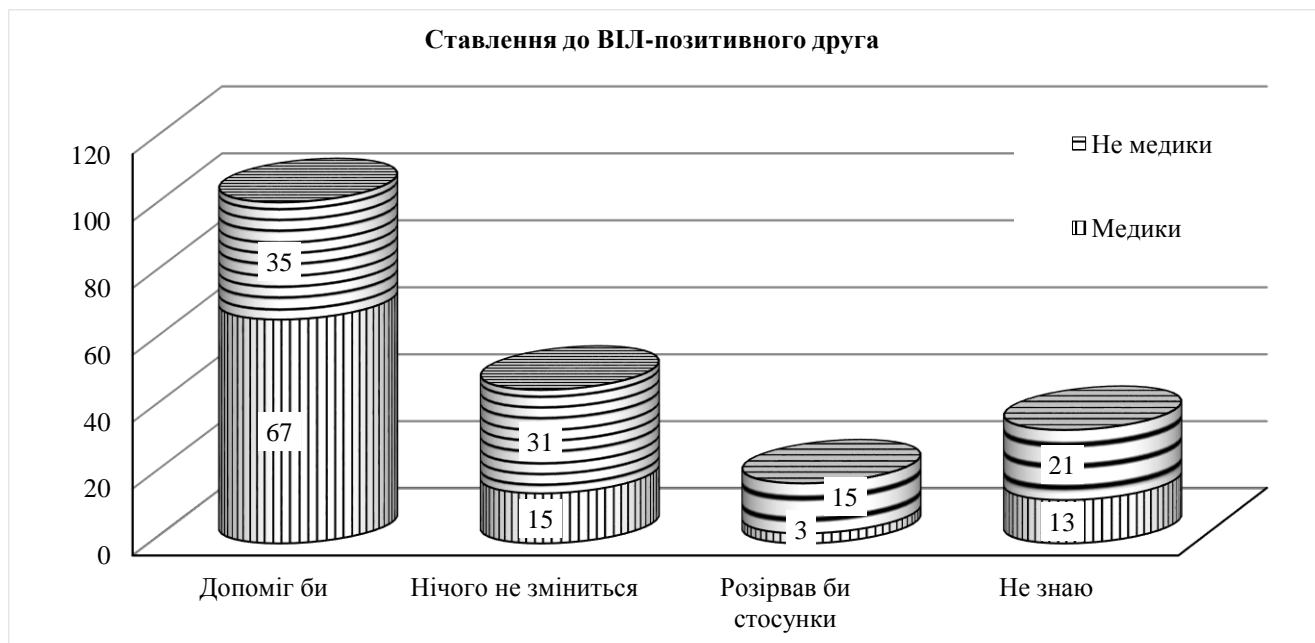


Рис. 2. Відповіді студентів медичного та немедичного факультетів, які характеризують дистанціювання ВІЛ-позитивних у близькому оточенні

Щодо відмінностей у відповідях чоловіків і жінок, то більш толерантними та обізнаними в шляхах передачі ВІЛ-інфекції виявились жінки. На запитання «Якщо викладач є ВІЛ-інфікованим, але не хворим на СНІД, чи має він право працювати в закладі?» відповідь «Ні» дали лише 6% жінок, але 26% чоловіків. Розірвали б дружні стосунки з ВІЛ-позитивним 13% чоловіків і тільки 1,8% жінок (!). Можливо, у жінок це обумовлено вищим рівнем знань про шляхи передачі ВІЛ. Наприклад, на традиційне

запитання «Чи передається ВІЛ під час розмови, кашлю» відповіді «Так» 21% чоловіків і 5,6% жінок.

Обізнаність жителів міста і села про шляхи передачі ВІЛ відрізнялася незначно. Цікаво, що жителі сіл виявились більш толерантними. Наприклад, на запитання «Чи продовжували б Ви жити з людиною в одній кімнаті гуртожитку, коли б Ви дізналися про її ВІЛ-позитивний статус?» відповідь «Ні» дали 35% сільських жителів і 44% жителів міст.

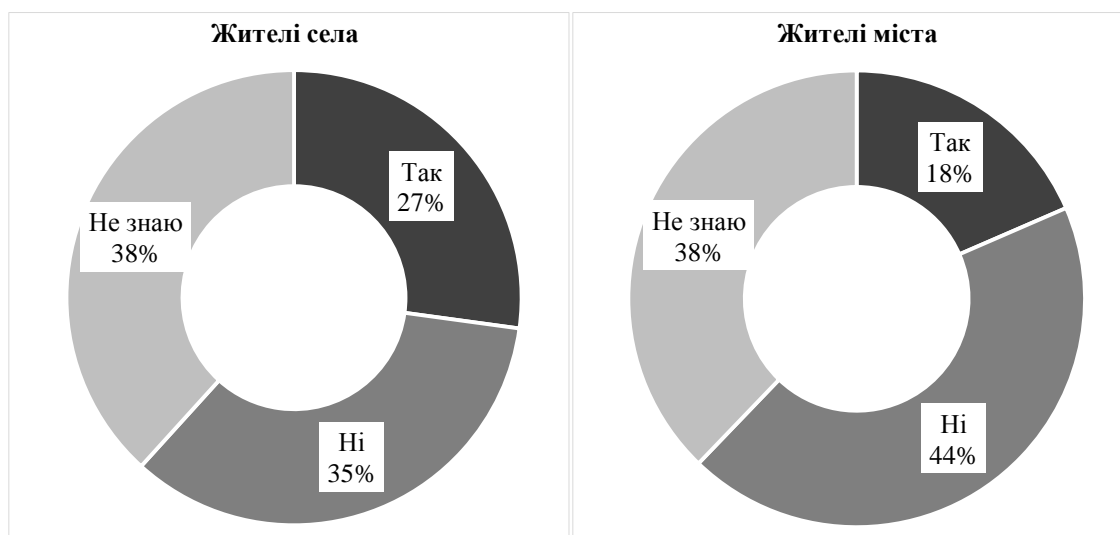


Рис. 3. Відповіді студентів на питання про можливість спільного проживання з ВІЛ-позитивним в одній кімнаті гуртожитку

Твердження «ВІЛ-інфікованих людей треба відселити або ізолювати від здорових» назвали правильним лише 7% жителів сіл і 11% міських жителів.

Серед студентів факультетів медичного та немедичного профілю стигматизуючі відповіді розподілились відповідно 5% та 14%. Доглядати вдома за

ВІЛ-інфікованим членом родини погодилися б 86% студентів-медиків і 75% студентів факультетів немедичного профілю.

Для виявлення відмінностей у відповідях різних вікових категорій опитано студентів віком 18–25 років, яких було розділено на дві вікові групи: 18–21 рік та 22–25 років. Загалом студенти молодшої вікової категорії виявилися більш обізнаними у шляхах передачі ВІЛ. Наприклад, на запитання «Чи передається ВІЛ через спільне користування туалетом, ванною, рушником, милом?» правильно відповіли 38% представників молодшої вікової групи і лише 9% старшої вікової групи.

У дослідженні встановлено певні відмінності між різними віковими групами у ставленні до інтимного життя та безпечних поведінкових навичок. Так, у віковій групі 18–21 рік зазначили, що мали лише 1 сексуального

партнера, 65% студентів, 2 партнерів – 14%, більше 2 партнерів – 16%. Серед тих, хто мав більше 2 статевих партнерів, постійно використовували презервативи – 40%, не завжди використовували – 48%, не використовували взагалі – 12%.

У віковій групі 22–25 років вказали, що мали лише 1 сексуального партнера, 36% опитаних, 2 партнерів – 23%, більше 2 партнерів – 39% опитаних (!). Серед тих, хто мав більше 2 статевих партнерів, постійно використовували презервативи – 18%, не завжди використовували – 71%, не використовували взагалі – 11%.

Життєві навички, безпечні щодо інфікування ВІЛ, мали 47% студентів медичного і стоматологічного факультетів і 38% студентів факультетів немедичного спрямування.

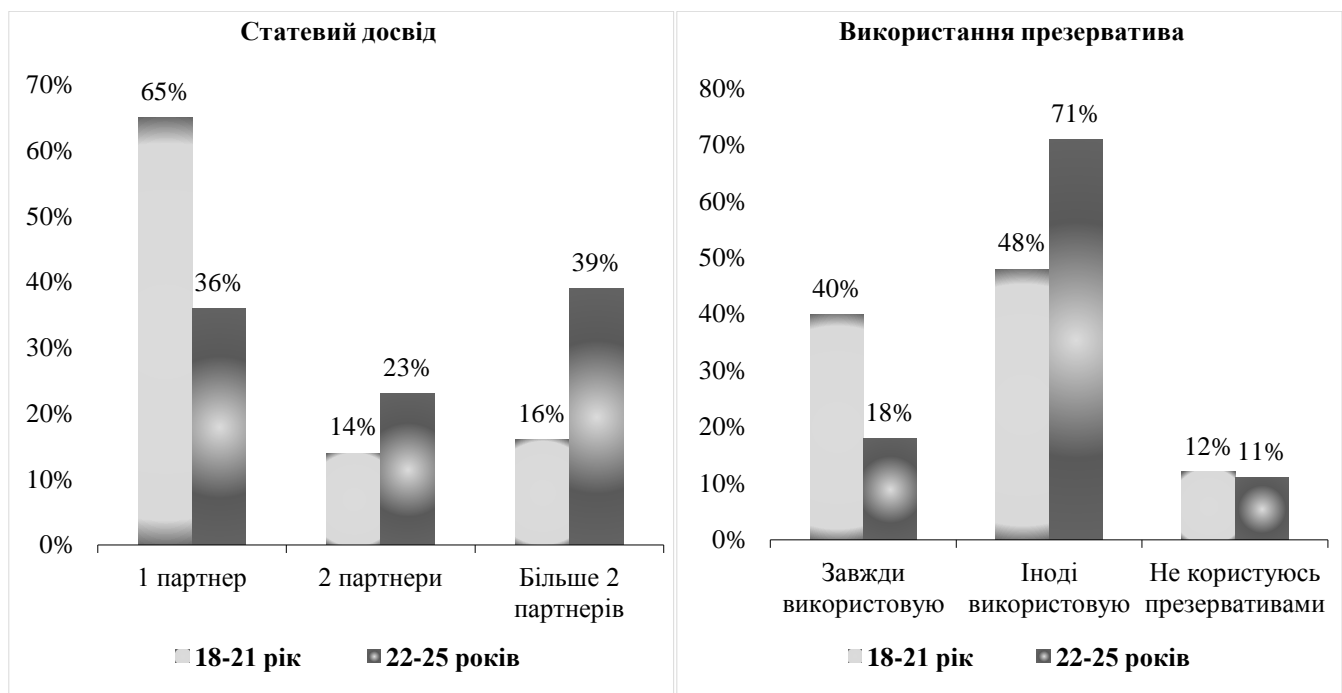


Рис. 4. Відповіді студентів на питання, що відображають життєві навички безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки

Висновки

Студенти всіх факультетів показали достатньо високий рівень знань щодо шляхів інфікування ВІЛ, причому розподіл за медичними та немедичними спеціальностями і за місцем проживання (місто/село) був майже рівноцінним. Однак опитані жителі села виявились більш толерантними щодо ВІЛ-позитивних осіб.

Опитані молодшої вікової категорії (18–21 рік) порівняно зі старшими респондентами (22–25 років) були більш поінформованими про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та навички безпечної поведінки щодо інфікування ВІЛ.

Обізнаність студентів у питаннях ВІЛ-інфекції/СНІДу впливає на поведінкові практики та рівень толерантності щодо ВІЛ-позитивних людей.

Перспективи подальших досліджень

Необхідною є широка інформаційна робота зі студентською молоддю в напрямку висвітлення основних понять із питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, шляхів передачі ВІЛ-інфекції та правил безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки. Це сприятиме формуванню безпечних поведінкових практик і толерантного ставлення до ЛЖВ.

Література

1. *ВІЛ-інфекція в Україні* : інформ. бюлетень № 45, 2016 / ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України» [Електронний документ]. – Режим доступу : http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/hiv_aids/monitoring/information-bulletins. – Назва з екрана.
2. *Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІД*. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р.: МОЗ України. – Київ, 2012 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2012/me/garp_ru_2011.pdf. – Назва з екрана.
3. *Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІД (GARPR Ukraine)*. Звітний період: січень 2012 р. – грудень 2014 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/UKR_narrative_report_2015.pdf. – Назва з екрана.
4. *Декларація о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: резолюции S-26/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН от 27 июня 2001 года* [Електронний документ]. – Режим доступу : http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_846. – Название с екрана.
5. *Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки* : Закон України від 20 жовтня 2014 р. № 1708-VII [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.document.ua/pro-zatverdzhennja-zagalnoderzhavnoyi-cilovoyi-socialnoyi-pr-doc208991.html>. – Назва з екрана.
6. *Прямуювання до нуля*. Стратегія Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) на 2011–2015 роки [Електронний документ]. – Режим доступу : http://unaids.org.ua/files/conference/Concept_ukr.doc. – Назва з екрана.
7. *Цілі Розвитку Тисячоліття, Україна, 2014, щорічна моніторингова доповідь*. Програма розвитку ООН в Україні [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/library/mdg/_-_-2014.html. – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 30.08.2016 р.

**Результаты социологического исследования
среди студенческой молодежи по вопросам
ВИЧ-инфекции/СПИДа**

В.И. Билак–Лукьянчук

Закарпатский центр профилактики и борьбы
со СПИДом, г. Ужгород, Украина

Цель – изучить уровень знаний по вопросам ВИЧ-инфекции/СПИДа, их влияние на поведенческое практики; определить уровень стигматизации по отношению ВИЧ-позитивных людей среди студентов Ужгородского национального университета.

Материалы и методы. Исследование проведено с помощью структурированного интервью с использованием специально разработанного опросника (анонимная анкета) среди студентов Ужгородского национального университета. Опрошено 200 студентов.

Результаты. Оценен уровень знаний студентов 13 факультетов Ужгородского национального университета (медицинского и немедицинского профиля) относительно путей инфицирования ВИЧ, определены тенденции, зависящие от возраста и пола респондентов, места жительства – жителей города/села. Установлена зависимость между уровнем знаний о путях передачи ВИЧ и уровнем толерантности к ВИЛ-позитивным людям.

Выводы. Осведомленность студентов по вопросам ВИЧ-инфекции/СПИДа влияет на поведенческие практики и уровень толерантности по отношению к ВИЧ-позитивным людям.

Ключевые слова: пути инфицирования ВИЧ, толерантность к ВИЧ-позитивным людям, стигма и дискриминация.

**The results of sociological survey
on HIV/AIDS among the students**

V.Y. Bilak–Lukianchuk

Transcarpathian Centre of AIDS Prophylaxis
and Counteraction, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – identifying the level of knowledge on HIV/AIDS, its impact on behavioural practices and determining the level of stigma against HIV-positive people among the students of Uzhhorod National University.

Materials and methods. The study was conducted with the help of structured interviews with the use of specially developed questionnaire (anonymous profile) among the students of Uzhhorod National University. The survey polled 200 students.

Results. The study allowed to evaluate the level of knowledge on HIV among the students of 13 faculties of Uzhhorod National University (medical and non-medical profile), to identify trends that depend on the age and gender of respondents, their residence – the inhabitants of the town/village. Dependence between the level of knowledge about the ways of HIV transmission and the level of tolerance to HIV-positive people was determined.

Conclusions. The knowledge on HIV/AIDS impacts the students' behavioural practices and level of tolerance to HIV-positive people.

Key words: ways of getting HIV-infected, being tolerant to HIV-positive people, stigma and discrimination.

Відомості про авторів

Білак–Лук'янчук Вікторія Йосипівна – зав. центру моніторингу і оцінки Закарпатського центру профілактики та боротьби із СНІДом; вул. Другетів, 72, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 614.25:347.61.007

І.І. Фуртак¹, Р.М. Ступницький², Р.Ю. Грицко³

КОМПЛЕКСНІСТЬ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

¹Львівський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України, м. Львів, Україна

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

³Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Мета – вимоги до лікаря загальної практики – сімейної медицини як до фахівця по 21 лікарській спеціальності ставить завдання належного рівня його вишколу, що потребує відповідного комплексного механізму державного управління вишколом лікаря загальної практики – сімейної медицини та його безперервного професійного розвитку в контексті реформування системи охорони здоров'я та євроінтеграції України. Наповнення змісту цього механізму є предметом і метою цього дослідження.

Методи: статистичний та порівняльний аналіз, спостереження, графічний, оцінка економічного ефекту, оцінка якості надання допомоги населенню та задоволеності населення обслуговуванням.

Результати. До механізму державного управління вишколом лікаря загальної практики – сімейної медицини загалом належить система економічних, мотиваційних, організаційних, політичних, правових засобів цілеспрямованого впливу органів державного управління. Він складається з політичного (для дієздатності держави), організаційного (для досягнення відповідних цілей та виконання завдань і функцій державного управління в певній сфері), інституційного механізмів тощо.

Висновки. Головна мета комплексного механізму державного управління вишколом лікаря загальної практики – сімейної медицини полягає в забезпеченні якості медичної допомоги, тобто сукупності характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги потребам пацієнта, сучасному рівню розвитку медичної науки і практики.

Ключові слова: складний механізм державного управління, системи охорони здоров'я, первинна медико-санітарна допомога, лікар загальної практики – сімейний лікар, постійний професійний розвиток.

Вступ

Комплексний механізм державного управління (МДУ) системою охорони здоров'я (СОЗ) України сформований за принципами та пріоритетами державної політики щодо охорони здоров'я, які визначаються Конституцією України, Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та іншими прийнятими на їх виконання законодавчими і підзаконними актами, що встановлюють, започатковують і розвивають політичний МДУ СОЗ. Комплексний МДУ охороною здоров'я населення України на державному, регіональному і комунальному рівнях складний. Аналіз досліджень закордонних і вітчизняних вчених дає змогу визначити комплексний МДУ як систему, що складається з практичних заходів, методів, інструментів, важелів і стимулів, за допомогою яких органи державної влади впливають на суспільство, виробництво чи будь-яку соціальну систему з метою досягнення поставлених цілей.

Оскільки чинники державного управління мають політичну, економічну, соціальну і правову основу, то найчастіше окремі МДУ виступають у вигляді політичних, економічних, правових, організаційних і мотиваційних, які входять до комплексного МДУ. У комплексному МДУ об'єднуються засоби названих

вище систем цілеспрямованого впливу органів державного управління на об'єкти управління.

Об'єктами управління на рівні обласної державної адміністрації (ОДА) виступають громадяни, підприємства, установи та організації, засоби масової інформації, районні державні адміністрації, органи місцевого самоврядування, громадські організації та інші об'єкти управління. Складовими моделі організаційного МДУ в ОДА є інтереси та потреби територіальних громад і суспільства, суб'єкти управління, їх цілі та завдання, організаційні структури, функції, методи та інструменти управління, а також результат діяльності ОДА. Важливою складовою МДУ є зворотний зв'язок, за допомогою якого об'єкти управління мають змогу впливати на суб'єкт управління, удосконалюючи при цьому сам організаційний МДУ.

Медична допомога – це узагальнююча назва усіх видів медичної допомоги, у т.ч. лікувального і профілактичного призначення. Рівень складності допомоги коливається від профілактики й самопомоги до застосування найбільш високоспеціалізованих методів. Розподіл потреб населення у медичній допомозі відповідає моделі піраміди. Протягом місяця з кожної тисячі населення у 750 виникають ті або інші проблеми зі здоров'ям, з них 250 потребують консультації лікаря

загальної практики – сімейної медицини (ЛЗПСМ), 5 – консультації вузького спеціаліста, 9 – госпіталізації, і тільки 1 – допомоги у високоспеціалізованому центрі. Нині Україна має близько 10 тис. ЛЗПСМ, а необхідно не менше 35 тис., що ставить завдання прискореного вишколу цих фахівців та організації на державному рівні механізму їх безперервного професійного розвитку (БПР).

Мета роботи

Вимоги до ЛЗПСМ як до фахівця по 21 лікарській спеціальності ставить завдання належного рівня його вишколу, що потребує відповідного комплексного МДУ вишколом ЛЗПСМ та його БПР у контексті реформування СОЗ та євроінтеграції України. Наповнення змісту цього механізму є предметом і метою цього дослідження.

Методи: статистичний та порівняльний аналіз, спостереження, графічний, оцінка економічного ефекту, оцінка якості надання допомоги населенню та задоволеність населення обслуговуванням.

Результати дослідження та їх обговорення

Потреба в первинній допомозі – найбільша, у спеціалізованій – менша, у вузькоспеціалізованій – ще менша, що проявляється у відповідній структурі надання медичних послуг. Основою медичної допомоги, організованої згідно з потребами населення, є первинна медико-санітарна допомога (ПМСД). Вільний вибір ЛЗПСМ полягає в тому, що населення обирає лікаря первинної ланки для постійного медичного обслуговування. Періодично, звичайно 1 раз на рік, але не частіше 1 разу в півроку надається можливість змінити лікаря. Вибір оформляється документально шляхом записування особи або сім'ї до списку того чи іншого лікаря і являє собою своєрідний договір між пацієнтом і лікарем. У СОЗ різних типів мотиви, що спонукають запровадження права громадянина на вибір лікаря, різняться. У керованих громадськістю системах, де охорона здоров'я розглядається як «соціальне благо», право вибору стає механізмом, за допомогою якого люди можуть впливати на те, що відбувається з ними в рамках системи. В системах, які проголошують ринкові принципи конкуренції, наявність у пацієнта права вибору звичайно пов'язується з ідеєю суверенітету споживача і роль системи вимірюється її можливістю, відповідає «індивідуальним» потребам користувачів. Незалежно від типологічних особливостей СОЗ, можливість вибору і зміни ЛЗПСМ на сучасному етапі розвитку – це невід'ємне право пацієнта, реалізація якого розвертає систему надання медичної допомоги в бік споживача медичних послуг і орієнтує її на задоволення медичних потреб населення. Вільний вибір лікаря пацієнтом зачіпає як організаційну ідеологію, продуктивність та стимули, так і сам процес надання медичної допомоги. Запровадження списків сімей або конкретних осіб є обов'язковою передумовою для переходу до поособової системи фінансування і оплати праці персоналу первинної ланки [1].

Свобода вибору пацієнтом лікаря формує новий характер стосунків між надавачем (лікарем) і споживачем медичних послуг пацієнтом з істотною активізацією останнього і є обов'язковою передумовою для переорієнтації системи охорони здоров'я з потреб медичних установ і служб на потреби населення. Слід зазначити, що цей механізм повною мірою спрацьовує лише в умовах реальної конкуренції між постачальниками медичних послуг, кожний з яких намагається підвищити рівень вишколу для забезпечення належного рівня якості лікування і задоволення запитів пацієнтів [3].

В Україні вільний вибір лікаря задекларовано ще у 1989 р. наказом МОЗ колишнього СРСР № 938, але досі ще не створений механізм масового використання цього права людини в демократичній державі. Вчені та практики вважають запровадження вільного вибору лікаря перспективним напрямом організації ПМСД у нашій країні. Для раціоналізації затрат часу медичним персоналом доцільно, щоб свобода вибору мала певні географічні (територіальні) обмеження [5].

Існує дві основні організаційно-правові форми надання ПМСД:

- виділення підрозділів ПМСД у рамках структури існуючих поліклінік.
- створення незалежних загальнолікарських практик.

Організація ланок ПМСД у поліклініках дає змогу лікарям професійно кооперуватися, забезпечити комплексність обслуговування пацієнтів в одній установі, дозволяє спільно користуватися можливостями медичної техніки і адміністративно-господарських служб, отримати адміністративну підтримку при організації первинної допомоги.

Поряд із перевагами така форма організації має низку недоліків, основними з яких є обмеженість свободи підрозділів ПМСД рішеннями адміністрації поліклінік і відсутність достатніх економічних стимулів для інтенсивної та якісної роботи. Незалежні лікарські практики мають значний організаційний потенціал. Вони не зацікавлені в утриманні надлишкових потужностей і можуть маневрувати ресурсами залежно від обсягу лікувально-профілактичної допомоги, мають економічну мотивацію до збільшення обсягу та інтенсифікації діяльності, оскільки прибуток практики залежить від її розміру і сталості. Конкуренція між практиками, ризик втрати пацієнтів зумовлює уважне ставлення до інтересів пацієнтів, формує відповідальність за свою роботу. Водночас, діагностичні і лікувальні можливості більшості незалежних лікарських практик обмежені через слабкість їх матеріально-технічної бази, існує висока загроза ризику для фінансової сталості практики [3].

Незважаючи на те, що обидві організаційно-правові форми мають ряд істотних переваг і недоліків, більш ефективною формою, яка сприяє встановленню реальних економічних відносин у галузі, є незалежні лікарські практики. Водночас, бажано при розвитку незалежних лікарських практик в Україні зберегти позитивні характеристики, властиві поліклінікам.

Конкретні умови на різних територіях визначають різні організаційні форми роботи загальної практики, так звані моделі організації роботи ЛЗПСМ. Загалом можна говорити про такі моделі: індивідуальна практика, групова практика, багатопрофільні центри здоров'я. При індивідуальній формі практики лікар працює один або разом із середнім медичним персоналом і може мати статус незалежного господарюючого суб'єкта, який самостійно формує свій прибуток і відповідає за своїми фінансовими зобов'язаннями. Деякі ЛЗПСМ вважають за краще працювати індивідуально, що пояснюється такими причинами:

- не завжди можливо працювати в групах, коли населення проживає на дуже великих територіях;
- коли немає колег, тоді менше можливостей виникнення конфліктів;
- лікар, який працює один, краще знає своїх хворих, оскільки відповідає за меншу кількість пацієнтів;
- обслуговування хворих може бути на найвищому рівні, якщо лікар дотримується високих стандартів, але якщо лікар відійде від деяких стандартів компетенції, то немає нікого, хто б звернув на це увагу.

Індивідуальні лікарські практики на сучасному етапі розвитку не можуть бути віднесені до перспективних форм організації ПМСД передусім через обмеженість можливостей створення досить міцної матеріально-технічної бази, яка б дозволяла використовувати відповідні рівню допомоги сучасні діагностичні і лікувальні технології [5].

Індивідуальна лікарська практика доцільна лише в місцевостях із низькою щільністю населення, де функціонування групи лікарів економічно нерентабельне. Світовий досвід свідчить про заміну індивідуальних практик груповими. Групова практика об'єднання двох або декількох загальнопрактикуючих лікарів. Об'єднання лікарів у групі практики має ряд переваг порівняно з індивідуальною практикою:

- ефективне використання обмежених ресурсів (співоренда приміщень і медичного обладнання);
- можливість залучення до праці за сумісництвом допоміжного персоналу: соціального працівника, психолога, менеджера, бухгалтера, юриста;
- більш широкі можливості для діагностики і лікування у результаті концентрації коштів для придбання обладнання;
- можливість взаємозамінності медичного персоналу протягом доби і на час тривалої відсутності (відпустки, навчання);
- можливості для професійного спілкування, взаємних консультацій, навчання та ін.;
- можливості для певної спеціалізації в межах загальної медицини;
- спільне здійснення деяких адміністративних функцій.

Групова практика може створюватися на правах угоди з партнерами або на правах єдиної юридичної особи. У першому випадку кожен лікар має своїх клієнтів, самостійно веде фінансові справи. Групова

практика, що є юридичною особою, має один розрахунковий рахунок в банку, на якому концентруються всі доходи практики, що розподіляються відповідно до умов, обумовлених у статуті практики або інших документах. Піклування про фінансову стабільність незалежних практик диктує доцільність організації практик зі статусом юридичної особи, що зменшує фінансові ризики і дає змогу залучити професіоналів (менеджерів, у т.ч. підготовлених і в області фінансового менеджменту для управління практикою). Практика може мати будь-яку форму власності: державну, комунальну, приватну, колективну. Враховуючи економічні і культурні особливості України, більш переважною є форма організації практик на базі комунальної (муніципальної) або державної власності [1].

У низці країн Європейського Союзу (ЄС) ПМСД надається в багатопрофільних центрах здоров'я. Медичні центри або центри здоров'я є первинними загальнодоступними і найважливішими ланками охорони здоров'я. Вони комплектуються ЛЗПСМ, медсестрами та іншим персоналом, які отримують зарплату з бюджету, кожен центр обслуговує приблизно 15 тис. населення. мережа центрів здоров'я формується ближче до місць проживання людей задля збільшення охоплення населення ПМСД. До функцій центрів здоров'я входить надання ПМСД, стаціонарне лікування терапевтичних хворих, надання стоматологічної допомоги, охорона здоров'я матері та дитини, школярів і студентів. У центрах надається як амбулаторна, так і стаціонарна допомога, забезпечується нагляд за станом здоров'я матері та дитини, школярів і студентів, проводиться санітарна просвіта жителів муніципалітету. До складу центру здоров'я, крім лікарських амбулаторій, входять: відділ охорони здоров'я матері та дитини, стаціонар загального профілю, клінічна лабораторія тощо. Для більшої доступності медичної допомоги передбачається забезпечення центрів автотранспортом.

В Україні ЛЗПСМ можуть працювати в таких лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ): амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини, сільських лікарських амбулаторіях, міських поліклініках, дільничних лікарнях, медико-санітарних частинах та ін. При роботі групи ЛЗПСМ в умовах поліклініки вона, як правило, організаційно уособлена: частіше це відділення або бригада. При них доцільно створювати тренінгові центри [5].

У політиці Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) по досягненню здоров'я для всіх у XXI ст. зазначається, що населення може внести значний внесок у зміцнення і збереження свого здоров'я, якщо володітиме точною і своєчасною інформацією з питань само- і взаємодопомоги. При цьому медичні працівники мають виступати як посередники, наставники і порадики для своїх хворих.

Навчання населення навичкам само- і взаємодопомоги, розповсюдження медичної культури серед контингенту, який обслуговується, розглядається як надзвичайно важлива функція, яку все більше ЛЗПСЛ

включають до спектра своєї діяльності. Соціальна і економічна ефективність такої підготовки пацієнтів науково обґрунтована зарубіжними вченими.

Доведено, що на кожний долар, витрачений на навчання пацієнтів, припадає 3–4 долари економії. Серед станів, при яких навчання методам самопомоги приводить до чистої економії коштів, називають астму, діабет, гострі респіраторні захворювання, остеоартрит, ревматоїдний артрит, хронічний біль, незначні функціональні розлади вагітності [1].

Першочерговими завданнями підготовки пацієнтів є навчання їх:

а) грамотному прийняттю рішення стосовно необхідності звернення до лікаря, виходячи з того, що близько 75% симптомів дозволяють обійтися без лікарського втручання;

б) розпізнаванню симптомів серйозних захворювань, що потребують медичних втручань і негайного звернення до ЛЗПСМ.

Для підвищення можливостей населення самостійно справлятися із медичними проблемами працівники ПМСД повинні взяти на себе функції інформування людей про способи ефективної підтримки і поліпшення здоров'я; вчителів-наставників по використанню особистих можливостей пацієнтів для допомоги собі й близьким; посередників і консультантів для своїх пацієнтів в їх стосунках з установами СОЗ і соціального захисту.

Останнім часом розширюються стаціонарозамінні функції ЛЗПСМ, частіше використовуються такі форми: стаціонарозамінної діяльності, денні стаціонари та стаціонари вдома. ЛЗПСМ може організувати у своєму офісі (або орендованому приміщенні) денний стаціонар для надання кваліфікованої медичної допомоги хворим шляхом їх госпіталізації на денний стаціонар за відсутності показань до постійного лікарського нагляду.

Реформування ПМСД на засадах сімейної медицини потребує суттєвих змін у підготовці лікарських і сестринських медичних кадрів. Переглянуто раніше розроблені у системі медичної освіти програми підготовки ЛЗПСМ з урахуванням світового досвіду, умов і традицій вітчизняної медичної школи.

Система підготовки ЛЗПСМ склалась в Україні ще перед початком медико-соціального експерименту з реформуванням ПМСД на засадах СМ. Вже у 1988 р. на основі першої в Україні «Професіограми лікаря загальної практики», що отримала медаль ВДНГ СРСР, опрацьовано перші типові навчальні плани і програми підготовки ЛЗПСМ на додипломному і післядипломному етапах. З цією метою у 1993 р. у Львівському державному медичному інституті (ЛДМІ) відкрито першу в Україні кафедру поліклінічної справи і сімейної медицини, на якій почали навчатися студенти VI курсу лікувального факультету за опрацьованою педагогами університету програмою «Поліклінічна справа і сімейний лікар». У 1995 р. в ЛДМІ організовано першу в Україні кафедру СМ факультету післядипломної освіти, де розпочали систематичну перепідготовку ЛЗПСМ із дільничних терапевтів і педіатрів. Нині функціонують три

факультети і 19 кафедр СМ у вищих навчальних медичних закладах післядипломної освіти. Підготовка ЛЗПСМ здійснюється переважно на післядипломному етапі трьома шляхами – через: дворічну інтернатуру, піврічну спеціалізацію для лікарів-терапевтів і педіатрів, а також спеціальну підготовку ЛЗПСМ для села. Про досвід підготовки ЛЗПСМ на додипломному і післядипломному етапах повідомляють численні друковані роботи. Однак переважна більшість робіт стосується післядипломної підготовки ЛЗПСМ і їх медичних сестер. Питання ж додипломної підготовки ЛЗПСМ висвітлюються в обмеженій кількості публікацій, хоч дидактичним питанням фундаментальної підготовки фахівців СМ приділяється достатньо уваги.

Факультети сімейної медицини, що функціонують у вищих медичних навчальних закладах післядипломної освіти України, активно проводять свої науково-методичні дослідження з питань підготовки сімейних лікарів в інтернатурі, перепідготовки їх з інших фахівців, на передатестаційних циклах і циклах тематичного удосконалення сімейних лікарів [1].

Все частіше виступають прибічники поглиблення базової підготовки майбутніх сімейних лікарів на окремих факультетах у медичних університетах, починаючи з перших років навчання студентів із попередньою профорієнтацією абітурієнтів на таку складну і відповідальну спеціальність, якою є сімейна медицина. Створення кафедр сімейної медицини у всіх вищих медичних навчальних закладах України повинно сприяти підготовці сімейних лікарів як на післядипломному, так і на додипломному етапах.

Однак відсутність певних академічних годин із СМ у процесі підготовки ЛЗПСМ на додипломному етапі та відсутність єдиної програми не сприяють фундаментальній підготовці студентів до майбутньої роботи на посадах ЛЗПСМ. У різних навчальних закладах викладання СМ починається з різних курсів за нетиповими програмами. І, хоч існує нагальна необхідність для держави Україна підготовки ЛЗПСМ, однак на додипломному етапі їх підготовка не передбачена державними нормативними документами. Ця думка підтверджується і повідомленням вчених Львівського національного медичного університету про необхідність розпочинати підготовку ЛЗПСМ на додипломному етапі ще у 1989 р. і готовність до цього наступних років. Необхідність навчання студентів за спеціальністю ЛЗПСМ обумовлена тим, що вже на першому курсі на кафедрі нормальної анатомії їм необхідно дати основи вікової анатомії, а на кафедрі нормальної фізіології – особливості фізіологічних процесів у людей різного віку та основи медичної валеології. На кафедрі загальної біології з курсом генетики слід більше уваги приділити вивченню генома людини та механізмів успадкування різних захворювань. Кафедри гуманітарних наук у своїх програмах повинні виділити спеціальні розділи, що стосуються різних аспектів внутрішньосімейних відносин [3].

Підготовка ЛЗПСМ має розпочинатися ще з першого курсу навчання, враховуючи складність та

поліпрофільність такого фаху. Це дасть змогу не лише провести фундаментальну підготовку такого фахівця, але й правильно професійно виховати його для виконання складних медико-соціальних завдань майбутнього сімейного лікаря. Стурбованість відсутністю єдиної навчальної програми з СМ для вищих медичних навчальних закладів висловили на другому з'їзді ЛЗПСМ України. Деякі автори стверджують, що за допомогою Болонського процесу можна суттєво поліпшити підготовку ЛЗПСМ на додипломному етапі, створивши продуману, повноцінну програму для багатoproфільної кафедри СМ, яка має займатись додипломною, післядипломною підготовкою ЛЗПСМ та їх БПР із поступовим наближенням цієї системи до європейських стандартів. Такі кафедри СМ могли б стати не лише ефективними центрами підготовки ЛЗПСМ, але й центрами наукових досліджень у галузі сімейної медицини. При цьому наукові дослідження мають бути присвячені питанням і проблемам, які постійно турбують ЛЗПСМ. Вони мають базуватися на комплексному підході до проблем кожного пацієнта та його родини. Найважливіші теми:

- розробка ефективних планів моніторингу чинників ризиків найпоширеніших захворювань і рекомендації щодо їх профілактики;

- обґрунтування доцільності та ефективності скринінгових програм із метою виявлення найбільш соціально значущих захворювань, розроблення і впровадження нових технологій діагностики захворювань на ранніх стадіях;

- опрацювання прогностичних критеріїв виникнення захворювань та їх прогресування за наявності екзо- та ендогенних чинників ризику;

- визначення ефективності, у т.ч. економічної, застосування різних методів діагностики та лікування на засадах доказової медицини;

- обґрунтування стратегії ведення хворих на хронічні захворювання.

Особливого значення набувають наукові розробки проблем інформаційної підтримки роботи ЛЗПСМ, окремих закладів СМ і вирішення регіональних проблем державного управління, які виникають під час запровадження і розвитку сімейної медицини. За визначенням Всесвітньої федерації медичної освіти (ВФМО), БПР означає період освіти та підготовки лікарів, що починається після завершення базової медичної освіти та післядипломної підготовки в університеті і триває протягом усього професійного життя [2, с. 104].

За стандартами ВФМО, БПР принципово відрізняється від двох попередніх формальних фаз медичної освіти – базової медичної освіти на додипломному етапі та систематичної післядипломної медичної підготовки. Якщо останні дві проводяться відповідно до певних правил, програм, навчальних планів із визначеною кількістю академічних годин, то БПР переважно реалізується у вигляді самопідготовки та навчання на практиці, а не в підготовці під чийм-небудь керівництвом. Відповідальність за БПР покладається лише на професійну спільноту і самого лікаря.

Максимальну відповідальність за БПР несе професійна медична спільнота із залученням до цієї важливої справи медичних асоціацій та інших професійних організацій. Інформаційні технології та дистанційне навчання все частіше застосовуються у БПР. Професійні медичні організації або сертифікаційні органи створюють механізм контролю, за допомогою якого визначається кількість акредитованих курсів або заходів із БПР, за що кожен окремий лікар одержує певну кількість кредитних одиниць (КО) з БПР. Для ефективної реалізації безперервного професійного розвитку лікарі повинні мати резерв часу і можливості для осмислення практики і поглибленого навчання з доступом до адекватної професійної літератури та можливість відпрацювання навичок. Більшість повідомлень вітчизняних працівників закладів післядипломної медичної освіти України свідчать про те, що БПР об'єднується з післядипломною освітою. МДУ системою БПР фахівців СМ в Україні започатковано наказом МОЗ України «Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатаційних циклах» від 07.07.2009 р. № 484 [4].

Створюються навчально-методичні центри на базі різних кафедр закладів післядипломної освіти, кожний з яких пропонує удосконалення знань і практичних навичок ЛЗПСМ із відповідної спеціальності, що не відповідає принципам БПР. Адже форми БПР і відповідальність за рівень своєї професійної компетенції – це професійний обов'язок лікаря, і йому потрібно дати право вирішувати, де вчитися, чому і як.

Про важливість і значення ПМСД у структурі медичних послуг свідчить те, що світова спільнота відводить їй пріоритетне місце в процесі забезпечення здоров'я населення (Європейська політика по досягненню здоров'я для всіх у XXI столітті, 1998 р.) і провідну роль у ході реформування систем охорони здоров'я (Люблінська конференція по реформуванню охорони здоров'я, 1996 р.). Ефективність, результативність і справедливість СОЗ (за термінологією ВООЗ) залежить передусім від наявності чіткої політики розвитку ПМСД, насамперед тому, що тільки в рамках ПМСД можлива реалізація такого важливого для населення принципу, як загальнодоступність медичної допомоги.

До МДУ вишколом ЛЗПСМ загалом належить система економічних, мотиваційних, організаційних, політичних, правових засобів цілеспрямованого впливу органів державного управління. Він складається з політичного (для дієздатності держави), організаційного (для досягнення відповідних цілей та виконання завдань і функцій державного управління в певній сфері), інституційного механізмів тощо [5].

Висновки

Отже, можна говорити про політичну, економічну, правову, організаційну, інституційну, інформаційну складові комплексного МДУ вишколом ЛЗПСМ у контексті євроінтеграції України. При цьому новим концептуальним підходом до складових МДУ охороною здоров'я зарубіжні дослідники вважають широке

використання принципів регульованого ринку медичних послуг, що забезпечує ефективні реформи в Іспанії, Британії, Італії, Фінляндії, Швеції та нових країнах-членах ЄС. Головними стратегіями є: зосередження уваги на системі забезпечення індивідуальної медичної допомоги; поліпшення здоров'я населення на основі досягнення балансу між інвестиціями в сектор надання індивідуальних медичних послуг і в сектор, діяльність якого пов'язана з формуванням здорового способу життя; раціональне інвестування галузі для поліпшення здоров'я населення, що вимагає співпраці різних рівнів державної влади та партнерства приватного і державного секторів для провадження державної політики, на підтримку здоров'я та формування здорового способу життя. Реалізація кожної з цих стратегій, безперечно, потребує насамперед належного рівня інформаційно-аналітичного забезпечення для прийняття та відповідної підтримки виконання адекватних управлінських рішень у сфері охорони здоров'я.

Головна мета комплексного МДУ вишколом ЛЗПСМ – забезпечення якості медичної допомоги, тобто сукупності характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги потребам

пацієнта, сучасному рівню розвитку медичної науки і практики. Визначальними характеристиками якості медичних послуг ЛЗПСМ при цьому є адекватність, доступність, наступність, безперервність, безпечність, результативність, ефективність, дієвість, своєчасність, задоволення очікувань і потреб, стабільність процесу та результату, постійне вдосконалення. поліпшення. Відповідно до передумов досягнення високої якості медичного обслуговування, які передбачають належне фінансове забезпечення, економічні аспекти функціонування СОЗ набувають особливого значення.

Перспективи подальших досліджень

Аналіз механізмів державного управління у СОЗ держав ЄС дає підстави стверджувати, що вони набувають стрімкого розвитку. Це супроводжується виробленням власних критеріїв і принципів, становлячи контекстуально-детермінуючу основу для творчого застосування в Україні, що надзвичайно актуально в процесі її європейської інтеграції та становить перспективи подальших досліджень.

Література

1. *Енциклопедія. Сімейна медицина: у 5 т. – Т. 5: Державне управління сімейною медициною / Є. Х. Заремба, І. І. Фуртак, А. І. Голунов [та ін.] ; за ред. В. Г. Передерія, Є. Х. Заремби. – Львів, 2012. – 704 с.*
2. *Медична освіта в світі та в Україні: до диплома освіта, післядипломна освіта, безперервний професійний розвиток / Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерій, О. П. Волосовець [та ін.]. – Київ : Книга плюс, 2005. – 385 с.*
3. *Напрями управління впровадженням, діяльністю та вишколом фахівців сімейної медицини в Україні : монографія / І. І. Фуртак, Р. Ю. Грицко, Б. Б. Лемішко, Р. С. Морочковський. – Львів : Сполом, 2013. – 188 с.*
4. *Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах : наказ МОЗ України від 07.07.2009 р. № 484 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http: www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.*
5. *Фуртак І. І. Напрями управління впровадженням, діяльністю та вишколом фахівців сімейної медицини в Україні : монографія / І. І. Фуртак, Р. Ю. Грицко, Р. С. Морочковський. – Луцьк : ПрАТ «Волинська обласна друкарня», 2013. – 188 с.*

Дата надходження рукопису до редакції: 13.06.2016 р.

**Комплексность подготовки врачей
общей практики – семейной медицины***И.И. Фуртак¹, Р.Н. Ступницький², Р.Ю. Грицко³*

¹Львовский региональный институт государственного управления Национальной академии государственного управления при Президенте Украины, г. Львов, Украина
²ГБУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет», г. Ивано-Франковск, Украина
³Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

Цель – требования к врачу общей практики – семейной медицины как к специалисту по 21 врачебной специальности ставит задачу надлежащего уровня его вышкола, что требует соответствующего комплексного механизма государственного управления вышколом врача общей практики – семейной медицины и его непрерывного профессионального развития в контексте реформирования системы здравоохранения и евроинтеграции Украины. Наполнение содержания этого механизма является предметом и целью этого исследования.

Методы: статистический и сравнительный анализ, наблюдение, графический, оценка экономического эффекта, оценка качества предоставления помощи населению и удовлетворенность населения обслуживанием.

Результаты. В механизм государственного управления вышколом врача общей практики – семейной медицины в целом входит система экономических, мотивационных, организационных, политических, правовых средств целенаправленного влияния органов государственного управления. Он состоит из политического (для дееспособности государства), организационного (для достижения соответствующих целей и выполнения заданий и функций государственного управления в определенной сфере), институционального механизмов и т.д.

Выводы. Главная цель комплексного механизма государственного управления вышколом врача общей практики – семейной медицины заключается в обеспечении качества медицинской помощи, то есть совокупности характеристик, которые подтверждают соответствие предоставленной медицинской помощи потребностям пациента, современному уровню развития медицинской науки и практики.

Ключевые слова: сложный механизм государственного управления, системы здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь, врач общей практики – семейный врач, постоянное профессиональное развитие.

**Complexity training
general practitioner – family medicine***I.I. Furtak¹, R.M. Stupnytskyi², R.Y. Hrytsko³*

¹The Lviv Regional Institute of Public Administration of National Academy of Public Administration, the Office of the President of Ukraine, Lviv, Ukraine
²SH EI “Ivano-Frankivsk National Medical University”, Ivano-Frankivsk, Ukraine
³Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Purpose – requirements for a general practitioner – family medicine as a specialist in 21 medical specialties seeks to adequate level of his training, which requires corresponding complex mechanism of government the training of a general practitioner – family medicine and his continuing professional development in the context of reforming the health service and European integration of Ukraine. Filling contents of this mechanism is the object and purpose of the study.

Methods: statistical and comparative analysis, observation, graphic, evaluation of economic benefit, assessment of quality of care and satisfaction with public services.

Results. By the polity the training of a general practitioner – family medicine generally owned economic system, motivational, organizational, political, legal means of targeting government. It consists of a political (capability for the state), organizational (to achieve appropriate goals and objectives and functions of government in a particular area), institutional mechanisms and so on.

Conclusions. The main objective of integrated governance mechanism the training of a general practitioner – family medicine is to ensure quality of care, ie aggregate characteristics that confirm the compliance of health care needs of the patient, the current level of development of medical science and practice.

Key words: the complex mechanism of public administration of health system, the primary health care, a general practitioner – family doctor, the continuing professional development.

Відомості про авторів

Фуртак Іван Іванович – к.н.держ.упр., доц. кафедри державного управління та місцевого самоврядування Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України; вул. Сухомлинського, 16, м. Львів – Брюховичі, 79491, Україна.

Ступницький Ростислав Миколайович – д.мед.н., проф., Івано-Франківський національний медичний університет; вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76018, Україна.

Грицко Роман Юліанович – д.н.держ.упр., к.мед.н., доц. кафедри інфекційних хвороб Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна.

CONDITION AND PROBLEMS OF PERSONNEL PROVIDING OF HEALTH CARE SYSTEM OF UKRAINE

PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches of MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Personnel policy is called to provide effective activity of medical branch. For elimination of risks to the achievement of national and global purposes in the health sector it is necessary to create contingent of qualified and competent health care workers.

Purpose – to highlight the basic purposes and objectives of personnel policy designed to ensure of effective activity of medical branch, on improvement of its productivity.

Methods: bibliographic, statistical, the comparative analysis.

Results. The data of personnel provide of medical branch, their dynamics for 2010–2015 have been analyzed. The need for experts and necessities of ensure the proper professional level is determined.

Conclusions. It is necessary to achieve proper efficiency of available resources, their concentration on promising directions first of all further implementation of PHC based on GPFM. It should intensify vocational work, at all levels to promote restore the prestige of the profession of medical worker and his social security.

Key words: personnel policy, permanent appointments, professional level, manning, security.

Introduction

The human resource of health care system, level of its training – the important component for provide to population quality medical aid. Especially important it gets in conditions of reforming the healthcare branch. From the analysis of indicators of human resource management, calculations of the forecast of their dynamics, need for specialists and ensure their appropriate professional level in large extent depend on the results of branch reformation.

Purpose – to highlight of the basic purposes and objectives of personnel policy designed to ensure of effective activity of medical branch, on improvement of its productivity.

Materials and methods

In the article the following methods of research have been used: bibliographical, statistical, comparative analysis.

Results and discussion

For Ukraine the main task on an effective use of human resources lay in the plane of the integrated approach to the improvement and management of branch, preparations and preservations of medical personnel, optimization of infrastructure and resource provide. The main current staffing problems, which have developed in health care are: variety and complexity of structure of human resources; low quality pre- and postgraduate training; non-uniformity of provision of public health personnel in terms of administrative areas; large number of medical specialties; lack of motivation of medical personnel to effectively work for imperfect system of payment; low level of staffing positions for certain medical specialties; general shortage of staff; excessive specialization of doctors; discrepancy of certification system; high share of

workers of pension age; outdated legal framework on human resources policy in health care [8].

The purpose of personnel policy of the World Health Organization is preparation necessary qualified employees, providing with them health care institutions and also performance by these medical workers of respective tasks. Developed jointly by WHO Member States ten-year plan of action for 2006–2015, which includes activities in management, training and human resources planning, based on national leadership and global solidarity.

Deficiency of staff exists, first of all, in primary care, especially in rural areas. Outflow of medical personnel from donor countries leads to incomplete of health care facilities (HCF) in these countries, reducing the capacity of health services, increasing employment costs and consolidate personnel. In the USA deficiency of nurses in 2015 was 500 thousand, Canada in 2011 – 113 thousand, Finland – 112 thousand, Great Britain in 2008 – 35 thousand, Australia in 2006 – 21 thousand.

In the countries of the European region shortage of training family doctors and nurses and other primary care workers has been felt; preparation of health workers is carried out without taking into account necessary parities between doctors of narrow specialties, between physicians and nurses. According to WHO data, in the world lacks 2 million health workers.

Provision of medical staff in the EU countries is 104.0 per 10 thousand of population, including doctors – 35.2, in the CIS – 37.3. Indicator of availability of the WHO European Region by nurses is 67.0 per 10 thousand. In the EU countries accordingly – 73.1; CIS – 78.5 per 10 thousand of population (last possible indicators for comparison in the WHO database) [2]. High enough levels characterize such indicators in Ukraine: security of doctors (individuals) per 10 thousand of population in 2015 was 38.0; healthcare workers – 80.78 (Table 1).

Table 1
Provision of the population of Ukraine
by medical workers in 2010 and 2015 (per 10 thousand of population)

Indicator	Year	
	2010	2015
<i>Provision of doctors</i>		
Health care facilities of system of Ministry of Health of Ukraine	43.20	38.0
<i>Provision of nurses</i>		
Health care facilities of system of Ministry of Health of Ukraine	94.10	80.78

Development of human capacity is characterized by tendency of stabilization and even decline in the ratio of nurses to the number of doctors in the health care facilities system of Ministry of Health of Ukraine. Dynamics of the availability of doctors and nurses has become a decrease (Table 2–3).

Table 2
Availability of permanent appointments and individuals physicians in 2010–2015

Administrative and territorial unit	Provision per 10 thousand of population			
	permanent appointments		physical persons	
	2010	2015	2010	2015
AR Crimea	59.4	-	45.52	-
<i>Region</i>				
Vinnitsa	51.90	51.0	46.17	45.6
Volyn	45.45	43.1	37.18	36.3
Dnipro	55.80	51.3	41.99	39.6
Donetsk	55.02	20.6	41.36	12.6
Zhytomyr	48.58	45.8	35.51	35.3
Transcarpathia	39.54	37.2	38.20	37.5
Zaporizhzhia	58.65	56.7	42.83	43.2
Ivano-Frankivsk	53.02	54.1	55.87	56.9
Kyiv	51.04	49.5	37.97	37.0
Kirovohrad	49.58	47.5	33.24	33.5
Lugansk	52.46	17.5	39.02	8.9
Lviv	50.84	48.4	52.19	50.7
Mykolaiv	44.56	42.6	31.75	29.9
Odessa	53.15	49.4	43.11	40.9
Poltava	53.96	55.0	44.48	44.9
Rivne	48.54	45.7	38.02	38.5
Sumy	48.61	47.8	35.28	37.0
Ternopil	52.22	51.5	48.99	50.0
Kharkiv	56.57	55.5	48.53	46.6
Kherson	44.57	42.8	31.18	30.7
Khmelnysky	46.67	45.4	38.19	38.3
Cherkassy	46.98	45.8	35.42	35.2
Chernivtsi	55.25	54.5	58.42	55.9
Chernihiv	48.89	48.1	35.76	35.5
<i>City</i>				
Kyiv	75.80	70.3	59.57	56.0
Sevastopol	59.71	0.0	43.06	0.0
Ukraine	53.50	46.2	43.22	38.0

Table 3

Availability of permanent appointments and individuals nurses in 2010–2015

Administrative and territorial unit	Provision per 10 thousand of population			
	permanent appointments		physical persons	
	2010	2015	2010	2015
AR Crimea	102.18	-	92.20	-
<i>Region</i>				
Vinnitsa	97.65	92.24	102.36	101.82
Volyn	96.65	89.81	106.88	102.81
Dnipro	97.78	90.58	86.89	80.29
Donetsk	101.29	37.34	88.69	30.73
Zhytomyr	104.53	98.59	106.59	102.99
Transcarpathia	79.92	75.66	89.01	84.48
Zaporizhzhia	105.05	101.15	92.60	86.64
Ivano-Frankivsk	96.88	93.59	106.94	106.39
Kyiv	102.46	101.01	89.20	82.52
Kirovohrad	107.73	102.44	100.82	97.01
Lugansk	96.44	35.28	92.51	23.67
Lviv	92.19	87.61	101.09	97.97
Mykolaiv	89.08	83.19	80.40	75.26
Odessa	96.42	87.48	85.38	76.08
Poltava	102.19	99.66	97.13	94.17
Rivne	100.76	93.91	110.93	104.86
Sumy	106.02	102.52	103.94	103.05
Ternopil	99.25	95.39	110.11	106.86
Kharkiv	93.07	87.67	84.39	77.99
Kherson	93.47	88.41	89.09	83.51
Khmelnitsky	94.41	90.89	99.33	97.51
Cherkassy	103.15	98.11	99.72	95.81
Chernivtsi	88.76	83.19	101.56	98.35
Chernihiv	113.12	108.04	110.09	104.67
<i>City</i>				
Kyiv	104.14	100.05	81.52	75.59
Sevastopol	106.33	-	85.14	-
Ukraine	98.74	84.64	94.01	80.78

Number of regular medical positions in facilities of Ministry of Health of Ukraine system every year is reduced (in 2010 – 234.9 thousand; 2015 – 196.8 thousand). The difference in those years amounted – 38.1 thousand medical positions. During the same period the number of doctors – physical persons has decreased by 35.5 thousand. As a result of these processes gap between the number of permanent appointments of doctors and physical persons was reduced. Thus, in 2010 this difference was in absolute numbers 46.8 thousand, in 2015 – 35.2 thousand.

According to WHO data, in Ukraine indicators of

ensure with health workers have come closer to Central European (Fig. 1 and 2) [6].

Negative changes in number of physicians during 2015 were formed through the AR Crimea, Donetsk, Luhansk, Dnipropetrovsk regions and Sevastopol. Furthermore, it should be noted the disturbing fact that in 2015 (compared to 2010) the number of working doctors (physical persons) completely in all administrative and territorial units has decreased. In general, in Ukraine the number of doctors for the accounting period has decreased on 35,444 persons (18.0%) (Table 4).

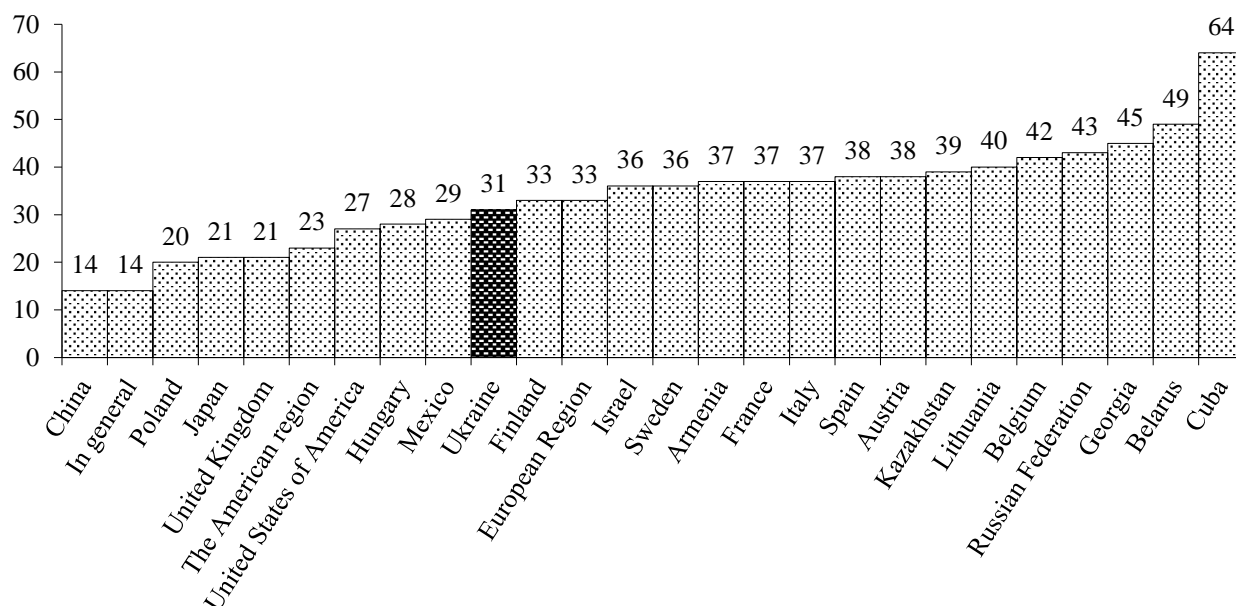


Fig. 1. Providing of the population of the world by doctors (per 10 thousand)

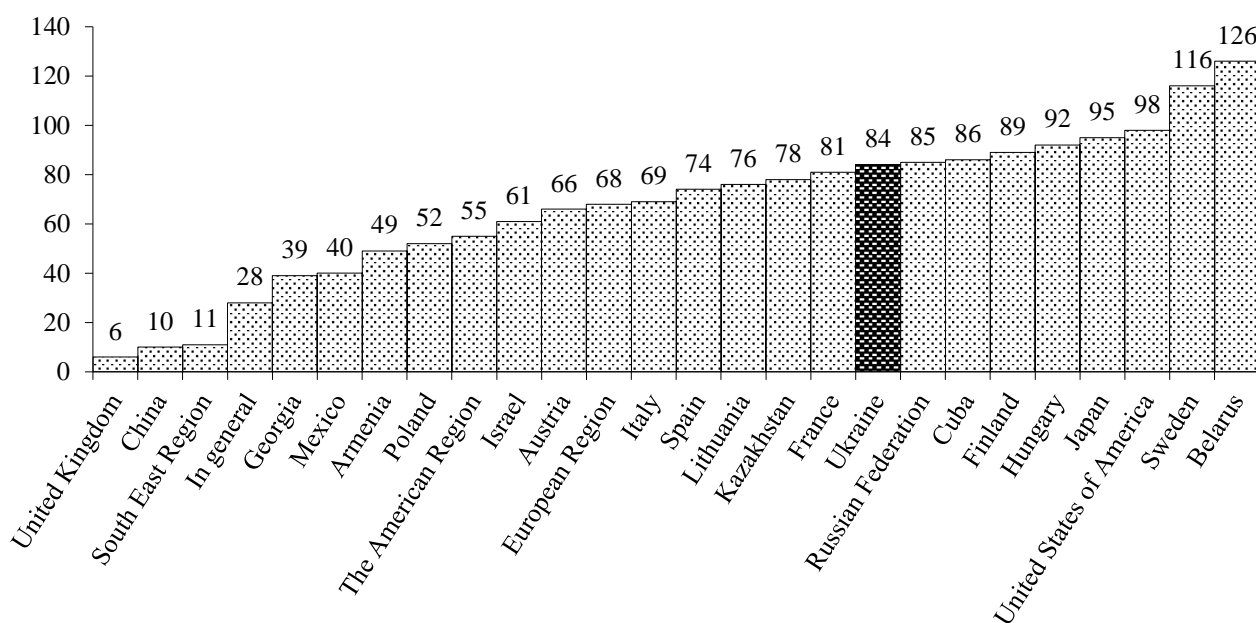


Fig. 2. Providing of the population of the world by nursing and midwifery personnel (per 10 thousand)

Table 4
Changes in the number of doctors on regions in 2010 and 2015

Administrative and territorial unit	Number of physicians (excluding dental), persons		Changes in the number 2015 to 2010
	2010	2015	
AR Crimea	8898	—	-8898
<i>Region</i>			
Vinnitsa	7544	7276	-268
Volyn	3846	3771	-75
Dnipro	13 996	12 880	-1116
Donetsk	18 283	5344	-12939

Continuation of Table 4

Zhytomyr	4544	4402	-142
Transcarpathia	4754	4713	-41
Zaporizhzhia	7712	7570	-142
Ivano-Frankivsk	7693	7854	-161
Kyiv	6500	6380	-120
Kirovohrad	3336	3236	-100
Lugansk	8923	1966	-7007
Lviv	13 185	12 758	-427
Mykolaiv	3755	3460	-295
Odessa	10 250	9725	-525
Poltava	6582	6421	-161
Rivne	4378	4466	-88
Sumy	4090	4110	-20
Ternopil	5295	5312	-17
Kharkiv	13 295	12 607	-688
Kherson	3389	3253	-136
Khmelnysky	5056	4951	-105
Cherkassy	4540	4363	-177
Chernivtsi	5265	5066	-199
Chernihiv	3897	3683	-214
<i>City</i>			
Kyiv	16 428	16 054	-374
Sevastopol	1631	–	-1631
<i>Ukraine</i>	197 065	161 621	-35 444

In the branch during 2015 there were problems with complete of permanent appointments by medical workers (Table 5).

Fluctuations indexes of structures of doctors on separate, the most significant groups of specialists in 2010–2015 in densities (in total number of physicians) were

insignificant [1]. The positive tendency characterized changes in the number of GP – FM: their share for the specified period has increased on 5.8% (in absolute terms – on 4595 person). General characteristic of structure of medical specialist groups is resulted on Fig. 3.

Table 5
Number of permanent appointments of health workers and their staffing of health facilities Ministry of Health of Ukraine in 2010 and 2015

Indicator	Year	
	2010	2015
<i>Physicians (excluding dentists) (thousand)</i>		
Number of permanent appointments	244.00	196.78
from them occupied	223.70	175.06
Number of physical persons	197.10	161.62
<i>Nursing staff (thousand)</i>		
Number of permanent appointments	450.20	360.49
from them occupied	431.60	338.39
Number of physical persons	428.70	344.03
<i>Level of staffing permanent appointments by physical persons (%)</i>		
Physicians	80.80	82.14
Nursing staff	95.20	95.43
<i>Gap between permanent appointments and number of physical persons (thousand)</i>		
Physicians	46.90	35.16
Nursing staff	21.50	16.46

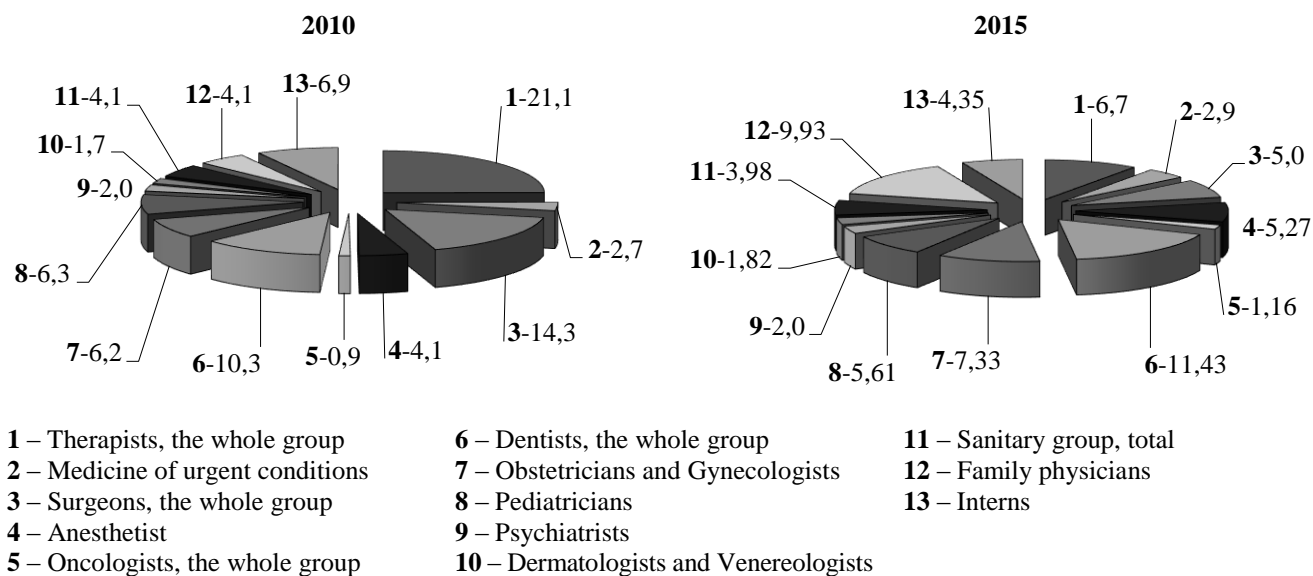


Fig. 3. Densities of doctors of separate specialties in total number of physicians of health care facilities of Ministry of Healthcare of Ukraine system in 2010, 2015 (%)

Among problems which are necessary solving is increase of densities of workers of pension age. In 2015 the proportion of retired doctors was about 25.7%. Among the employees in positions of nursing staff number of pensioners

was 16.4%. The share of working pensioners among the main nurses was 25.9% (Table 6). This requires finding reserves in the future to prepare medical personnel based compensation for this loss factor.

Table 6
Number and proportion of working pensioners - doctors and the average medical personnel in the total number of doctors and nursing staff in health facilities of Ministry of Health of Ukraine in 2015

Administrative and territorial unit	Pensioners			
	physicians		average medical personnel	
	number of persons	% to doctor – physical persons	number of persons	% to AMP – physical persons
<i>Region</i>				
Vinnitsa	1357	23.3	1886	12.3
Volyn	867	25.0	1742	16.9
Dnipro	2971	26.9	4504	19.0
Donetsk	1736	34.8	3205	23.4
Zhytomyr	1067	25.1	1820	14.2
Transcarpathia	1092	25.5	1034	10.1
Zaporizhzhia	1694	26.2	2718	18.3
Ivano-Frankivsk	1367	21.6	2176	15.4
Kyiv	1624	27.7	2926	21.7
Kirovohrad	972	31.8	1373	15.2
Lugansk	555	31.7	540	11.4
Lviv	2763	24.6	4164	17.4
Mykolaiv	1019	30.9	1482	17.9
Odessa	2239	28.3	3140	19.2
Poltava	1327	24.5	2125	16.4
Rivne	918	22.0	1290	11.0
Sumy	882	23.0	966	8.8
Ternopil	1120	25.3	1493	13.4
Kharkiv	2341	22.7	3900	19.0

Continuation of Table 6

Kherson	978	30.1	1188	13.5
Khmelnytsky	1272	26.9	1869	15.0
Cherkassy	1336	32.2	2172	18.9
Chernivtsi	786	19.6	805	9.2
Chernihiv	975	27.3	1601	15.1
<i>City</i>				
Kyiv	2563	22.2	3749	20.0
Sevastopol	35821	25.7	53868	16.4

A separate problem was migration of the medical staff, especially high qualification. Western European countries actively involved for work of physicians from other countries. Over the past 30 years in the countries of Western Europe number of medical workers, which have received education abroad has considerably increased. Such problems are typical for Ukraine, especially an external migration of the qualified medical staff in the countries of EU, the USA, the Russian Federation and Belarus. It demands additional charges of government on prepare appropriate medical personnel to compensate for losses on such use of human resources.

This situation is caused by low level of wages, lack of appropriate social conditions and deficient infrastructure of settlements. Annually leaves over 6 thousand of doctors due to natural fluidity. Therefore, the priority direction of development of human potential of branch should become preservation of stable staffing situation in primary care, especially in rural areas, with use of levers in training of medical personnel on target direction; findings resources with

involvement of private investors to provide housing for young professionals. Separately should take care of increase the prestige of the profession of medical worker by increasing their financial security [3]. Nevertheless, in 2010–2015 positive dynamics of manning medical staff was outlined: manning of doctors in 2015 amounted 82.14% (in 2010 – 80.80%) and shortage of medical staff – almost 35.16 thousand persons (46.90 thousand); manning of SMP – 95.43% (95.20%), shortage of staff – 16.46 thousand person (21.50 thousand).

Ministry of Health of Ukraine last years pays significant attention to completion posts of doctors who provide primary care, in particular, GP – FP. However, within 2010–2015 due to negative tendencies in the AR Crimea, Donetsk and Lugansk regions manning GP – FP (according to statistical reports) has decreased by 7.2 percentage points (Table 7) [4].

Manning by doctors health care facilities different levels are resulted in Table 8.

Table 7

Manning permanent appointments of family physicians by physical persons in 2010–2015 (%)

Administrative and territorial unit	Year					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Region</i>						
Vinnitsa	72.32	77.04	75.18	78.02	79.43	77.64
Volyn	65.89	71.68	73.94	64.70	74.00	76.55
Dnipro	68.16	72.00	65.05	65.71	72.74	75.31
Donetsk	66.36	70.21	65.70	68.05	-	-
Zhytomyr	71.32	76.64	72.53	70.55	72.08	73.10
Transcarpathia	85.14	87.97	93.56	89.40	88.22	91.30
Zaporizhzhia	71.08	77.32	76.21	71.02	75.49	74.80
Ivano-Frankivsk	69.67	77.21	81.90	95.45	88.82	82.23
Kyiv	58.18	70.11	54.10	63.84	62.42	69.35
Kirovohrad	66.26	70.22	54.81	57.54	46.63	53.33
Lugansk	69.55	70.94	75.64	58.40	-	62.81
Lviv	92.09	93.55	89.25	89.25	27.50	28.97
Mykolaiv	60.00	65.41	48.97	59.21	66.16	65.74
Odessa	66.01	72.47	65.26	68.58	66.68	67.49
Poltava	73.03	75.76	65.19	77.22	71.95	72.73
Rivne	64.94	78.90	78.74	67.90	75.26	80.37
Sumy	70.07	72.93	66.78	69.38	71.70	72.30
Ternopil	83.64	86.52	89.20	87.53	82.06	81.15
Kharkiv	70.74	71.90	68.77	69.74	70.16	71.73

Continuation of Table 7

Kherson	58.81	67.68	63.62	53.27	54.69	57.14
Khmelnytsky	79.63	86.88	85.90	82.76	79.32	81.37
Cherkassy	74.83	71.27	-	66.20	66.99	68.47
Chernivtsi	79.25	76.23	94.05	86.08	85.50	82.10
Chernihiv	79.20	80.32	78.44	66.44	62.44	62.45
<i>City</i>						
Kyiv	76.06	59.87	-	68.50	76.09	76.94
Sevastopol	73.47	76.46	71.66	71.44	64.84	66.27

Table 8

Manning by doctors health care facilities in 2010–2015 (%)

Administrative and territorial unit	Health care facility				
	Regional Hospital		Regional Children's Hospital		Centers of primary care
	2010	2015	2010	2015	2015
AR Crimea	93.1	-	86.2	-	-
<i>Region</i>					
Vinnitsa	98.7	99.0	97.7	80.0	78.00
Volyn	99.5	94.0	97.4	85.0	78.00
Dnipro	94.4	94.0	93.4	87.0	78.00
Donetsk	97.8	-	93.4	-	65.00
Zhytomyr	97.1	86.0	95.3	72.0	73.00
Transcarpathia	100.0	108.0	100.0	85.0	95.00
Zaporizhzhia	89.5	79.0	91.8	73.0	76.00
Ivano-Frankivsk	93.8	102.0	96.8	101.0	81.00
Kyiv	95.0	85.0	77.6	69.0	74.00
Kirovohrad	96.6	73.0	93.3	84.0	68.00
Lugansk	94.2	6.0	99.2	22.0	65.00
Lviv	99.0	108.0	98.7	99.0	0.00
Mykolaiv	100.0	60.0	96.7	62.0	67.00
Odessa	99.7	83.0	98.3	81.0	71.00
Poltava	94.5	80.0	92.9	78.0	74.00
Rivne	92.8	91.0	96.4	85.0	84.00
Sumy	97.5	89.0	94.8	78.0	58.00
Ternopil	97.4	99.0	99.4	98.0	89.00
Kharkiv	92.3	77.0	92.3	78.0	75.00
Kherson	96.3	81.0	96.3	70.0	63.00
Khmelnytsky	95.1	93.0	94.6	81.0	82.00
Cherkassy	98.1	83.0	-	74.0	70.00
Chernivtsi	99.2	105.0	98.2	98.0	91.00
Chernihiv	94.3	87.0	93.9	69.0	64.00
<i>City</i>					
Kyiv	0.00	0.00	99.5	0.00	77.00
Sevastopol	0.00	-	-	-	-
Ukraine	96.1	84.0	85.00	79.0	75.00

To characterize the human resource capacity of health care branch qualifying characteristics of doctors of system MOH of Ukraine are extremely important. At the level of training for attestation categories in branch such groups of

doctors have considerably affected: GP – FD, therapists, surgeons, anesthesiologists, dentists, obstetricians, pediatricians and doctors of medicine of emergency conditions, as demonstrated comparative characteristics (Table 9).

Table 9
General characteristics of skill levels in the industry
as a whole compared with the specified group in 2010 and 2015

Specialists	The number of doctors in group (persons)		Qualified for qualification category in group (% to total physicians)	
	2010	2015	2010	2015
Doctors on the organization and management of health	12 532	8443	71.0	85.0
Therapists	18 883	14 824	75.4	91.0
Medical of emergency conditions	5290	4037	79.9	95.0
Surgeons	9127	7198	78.9	94.0
Anesthesiologists	8106	5562	76.9	97.0
Stomatologists	15 729	5782	71.1	93.0
Obstetricians and Gynecologists	12 263	9303	82.8	95.0
Pediatricians	12 453	8148	74.6	93.0
GP – FD	8140	12 972	60.0	95.0
Total in the industry	197 065	161 621	68.3	67.5

The most widespread problems for personnel resources of public care both in Ukraine, and in the world are [7]:

- deficiency, imbalance and not optimal combination of professional skills;
- increased mobility and migration of health workers;
- discrepancy of purposes of strategy of professional training and formation of health care policy;
- unsatisfactory working environment;
- insufficient base of knowledge on questions of personnel resources of health and lack of evidence for policy and decision making.

Conclusions

Thus, the carried out analysis of personnel provide of medical branch allows to define the purposes and priorities on the future. It is necessary to achieve proper efficiency of available resources, their concentration on promising directions first of all further implementation of PHC based on GP – FM and further improvement of rural medicine. It should increase the professional level of medical workers by improving postgraduate education. It should intensify vocational work; at all levels to promote restore the prestige of the profession of medical worker and his social security [5].

References

1. *Волинкін І. І.* Аналіз та перспективи кадрового забезпечення галузі в умовах її реформування / І. І. Волинкін // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік. – Київ, 2012. – 211 с.
2. *Європейська база даних «Здоров'я для всіх»* (онлайнова база даних). – Копенгаген : ЄРБ ВООЗ, 2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro/who.int/hfadb>. – Назва з екрана. – Останнє оновлення: грудень 2015 р.
3. *Кадрові ресурси охорони здоров'я* : стат. збірник / В. В. Вороненко, Г. Л. Пустовойтова, І. І. Фещенко [та ін.]. – Київ, 2012. – 367 с.
4. *Кудря А. В.* Основні показники моніторингу розвитку сімейної медицини в Україні / А. В. Кудря // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 2 (34). – С. 123–131.
5. *Кучеренко Н. Т.* Аналіз кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я / Н. Т. Кучеренко // Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні : матер. щорічної Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнародною участю. – Київ, 2016. – С. 99–100.
6. *Мирова* статистика здравоохранения 2010 год. – Режим доступу : www.who.int/whosis/whostat/2010/gu.index.html. – Назва з екрана.
7. *Слабкий Г. О.* Актуальні питання підготовки кадрів для системи громадського здоров'я України / Г. О. Слабкий, Л. О. Качала // Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні : матер. щорічної Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнародною участю. – Київ, 2016. – С. 165–167.
8. *Слабкий Г. О.* Проблеми кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / Г. О. Слабкий. – Режим доступу : www.eu-shc.com.ua. – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.08.2016 р.

Стан та проблеми кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України*Н.Т. Кучеренко, О.Р. Ситенко*ДУ «Український інститут стратегічних досліджень
Міністерства охорони здоров'я України»,
м. Київ, Україна

Кадрова політика покликана забезпечити ефективну діяльність медичної галузі. Для усунення ризиків на шляху досягнення національних і глобальних цілей у сфері охорони здоров'я необхідно створити контингент кваліфікованих і авторитетних працівників охорони здоров'я.

Мета – висвітлити основні цілі та орієнтири кадрової політики, спрямованої на забезпечення ефективної діяльності медичної галузі, на поліпшення її результативності.

Методи: бібліографічний, статистичний, порівняльний аналіз.

Результати. Проаналізовано дані кадрового забезпечення медичної галузі, їх динаміки за 2010–2015 рр. Визначено потребу в спеціалістах і необхідність забезпечення належного професійного рівня.

Висновки. Проведений аналіз кадрового забезпечення медичної галузі дає змогу визначити цілі та пріоритети на майбутнє. Необхідно досягти належної ефективності використання наявних ресурсів, їх концентрації на перспективних напрямках, передусім подальшого впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини. Слід підвищити професійний рівень медичних працівників шляхом удосконалення післядипломної освіти. Потрібно активізувати профорієнтаційну роботу, на всіх рівнях сприяти відновленню престижу професії медичного працівника та його соціальної захищеності.

Ключові слова: кадрова політика, штатні посади, професійний рівень, укомплектованість, забезпеченість.

Состояние и проблемы кадрового обеспечения системы здравоохранения Украины*Н.Т. Кучеренко, Е.Р. Сытенко*ГУ «Украинский институт стратегических исследований
Министерства здравоохранения Украины»,
г. Киев, Украина

Кадровая политика призвана обеспечить эффективную деятельность медицинской отрасли. Для устранения рисков на пути достижения национальных и глобальных целей в области здравоохранения необходимо создать контингент квалифицированных и авторитетных работников здравоохранения.

Цель – осветить основные цели и ориентиры кадровой политики, направленной на обеспечение эффективной деятельности медицинской отрасли, на улучшение ее результативности.

Методы: библиографический, статистический, сравнительный анализа.

Результаты. Проанализированы данные кадрового обеспечения медицинской отрасли, их динамики за 2010–2015 гг. Определена потребность в специалистах и необходимость обеспечения надлежащего профессионального уровня.

Выводы. Проведенный анализ кадрового обеспечения медицинской отрасли позволяет определить цели и приоритеты на будущее. Необходимо достичь должной эффективности использования имеющихся ресурсов, их концентрации на перспективных направлениях, прежде всего дальнейшего внедрения первичной медико-санитарной помощи на основе общей практики – семейной медицины. Следует повысить профессиональный уровень медицинских работников путем усовершенствования последипломного образования. Нужно активизировать профориентационную работу, на всех уровнях способствовать восстановлению престижа профессии медицинского работника и его социальной защищенности.

Ключевые слова: кадровая политика, штатные должности, профессиональный уровень, укомплектованность, обеспеченность.

Відомості про авторів

Кучеренко Наталія Тимофіївна – к.е.н., завідувач відділу економічних досліджень охорони здоров'я та медичного страхування ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Ситенко Олена Ростиславівна – к.мед.н., с.н.с., завідувач науково-організаційного відділу ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

ОГЛЯД РЕКРУТІВ (НОВОБРАНЦІВ) ЯК МЕТОД ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІЧОЇ МОЛОДІ В XIX – НА ПОЧАТКУ XX СТОЛІТТЯ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета – висвітлити історію вивчення стану здоров'я молоді та охарактеризувати джерела таких досліджень.

Матеріали: звіти Медичного департаменту МВС (1876–1898 рр.), звіти про стан народного здоров'я та організації лікарської допомоги (1904–1907 рр.), статистичні матеріали (1867–1914 рр.).

Методи: системного підходу, контент-аналізу, порівняльно-історичний, статистичний.

Результати. Хоча результати оглядів рекрутів (новобранців) залежать від багатьох чинників, у т.ч. від тогочасних вимог і потреб армії, порівняльний аналіз показників забракованих і визнаних непридатними до військової служби та їх причини по різних регіонах дає змогу дати порівняльну характеристику здоров'я чоловічої молоді.

Висновки. Важливим способом вивчення стану здоров'я населення стали огляди рекрутів (новобранців), які регулярно проводилися з середини XIX ст. Основними причинами визнання непридатними до військової служби були глухота і хвороби органу слуху, сухоти і хвороби органів дихання, сліпота, хвороби серця і судин.

Ключові слова: рекрути, новобранці здоров'я, Київська губернія, XIX – початок XX століття.

Вступ

Комплектування війська людьми є одним із найважливіших завдань будь-якої держави. У Російській імперії, так звана, рекрутська повинність була запроваджена Петром I у 1699 р., але регулярні рекрутські набори розпочалися лише з 1831 р., коли видано рекрутський статут, за яким рекрутській повинності фактично підлягали лише податні стани – селяни і міщани.

У 1874 р. в Росії була запроваджена загальна військова повинність, якій підлягали всі особи чоловічої статі. Для реалізації відбування військової повинності були створені спеціальні заклади «воїнські присутствія» (ВП) – губернські або обласні, повітові або окружні, а в 15 містах імперії, у т.ч. в Києві, – міські. У складі цих присутствій були найвищі цивільні і військові керівники на чолі з губернатором, «предводителем дворянства» тощо.

Оскільки держава була зацікавлена мати здорових, міцних солдатів, то для медичного обстеження до повітових, окружних, міських ВП із правом дорадчого голосу призначалися два медики – один від цивільного, другий від військового управління. За необхідності повторного медичного обстеження до губернських, обласних ВП також призначалися по два медики на тих самих умовах.

Скарги на результати призову, у т.ч. на результати медичного обстеження, могли подаватися протягом 4-тижневого терміну до того ж ВП, на яке скаржилися. Вони розглядалися вищою інстанцією лише тоді, коли рішення нижчої інстанції було не одностайним. У деяких випадках вища інстанція розглядала ці скарги за своїм рішенням протягом 2 років. Деякі рекрути, які з 1874 р. називалися новобранцями, за так званими «тілесними

недоліками» отримували відстрочку до одужання, інші визнавалися зовсім непридатними до військової служби.

Мета роботи – висвітлити історію вивчення стану здоров'я молоді і охарактеризувати джерела таких досліджень.

Матеріали та методи

У роботі використано звіти Медичного департаменту МВС (1876–1898 рр.), звіти про стан народного здоров'я та організації лікарської допомоги (1904–1907 рр.), статистичні матеріали (1867–1914 рр.); а також методи: системного підходу, контент-аналізу, порівняльно-історичний, статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

У першій половині XIX ст. стан здоров'я населення характеризувався переважно показниками народжуваності, смертності, приросту населення та причин смерті. Із середини XIX ст. регулярно стали проводитися огляди рекрутів (новобранців). Хоча результати цих оглядів залежали від багатьох чинників, у т.ч. від тогочасних вимог і потреб армії, проте їх порівняльний аналіз у динаміці, зокрема, показників забракованих і визнаних непридатними до військової служби та їх причини по різних регіонах, дав змогу одержати відносні показники стану здоров'я чоловічої молоді.

З цієї метою нами проаналізовано офіційні дані і окремі дослідження про результати огляду рекрутів з 1877 до 1912 р. [3–5].

За 5 років (1877–1881 рр.) встановлено, що з числа хлопчиків, що народилися з у період 1856–1860 рр., дожили до призовного віку 48,2–49,5%.

На військову службу прийнято 28,7%, які підлягали призову. Звільнено від служби за недостатнім ростом, хворобами та тілесними недоліками 6,6%. Одержали відстрочку через недорозвиток, для лікування та інші причини 7,1%. Відправлено на дослідження у лікувальні заклади 0,8%.

За 5 років з 59 губерній Європейської Росії та 4 сибірських губерній не прийнято на військову службу через хвороби 295 362 особи, тобто 18,3%, по роках – від 18,1% до 18,8%.

Таким чином, на кожну 1000 оглянутих виявлено 183 хворих з хворобами: нервової системи – 8,5; органів зору – 20; органів слуху – 6,3; дихальних органів – 15,6; органів кровообігу – 10,4; органів травлення, сечових та статевих органів – 23,4; кісток, суглобів і м'язів – 60,3; шкіри – 5,3; з конституційними захворюваннями – 15,2; з ендемічними хворобами – 1,3; з вродженими («уродствами») – 12,3; з каліцтвами – 3,9.

Причини непридатності до військової служби за різними хворобами та недоліками розподілилися так:

- хвороби нервової системи – 4,6%;
- хвороби органів зору – 10,9%;
- хвороби органів слуху – 3,4%;
- хвороби дихальних органів – 8,5%;
- хвороби органів кровообігу – 5,7%;
- хвороби органів травлення і сечостатевих органів – 12,8%;
- хвороби кісток, суглобів та м'язів – 32,9%;
- хвороби шкіри – 2,9%;
- конституційні захворювання – 8,3%;
- хвороби ендемічні – 0,7%;
- вродження («уродства») – 6,7%;
- покалічені – 2,1%.

Для характеристики стану здоров'я рекрутів (новобранців) Київської і сусідніх українських губерній вивчено дані їх огляду в 1879 р. По Київській губернії оглянуто 6918 призовників, виявлено 1587 (22,9%) хворих; по Волинській губернії – відповідно 5682 і 2186 (38,5%); по Подільській – 6029 і 1545 (25,6%); по Полтавській – 6755 і 2795 (41,4%); по Харківській – 5899 і 2178 (36,9%) [5].

Таким чином, показники стану здоров'я їх виявилися ще гіршими, ніж середні показники за 1877–1881 рр. по всій країні.

Дуже цікаво порівняти ці показники з даними подальших років (наприклад, 1891–1895 і 1904–1907 рр.) у розрізі різних губерній України (табл. 1) [1, 2, 6–12].

У таблиці 1 наведено проценти забракованих і визнаних непридатними до військової служби. Звичайно, ці показники залежали не лише від стану здоров'я рекрутів (новобранців), але й від потреби у військовій силі та зміні вимог до оцінки їхнього здоров'я.

Очевидно, що у зв'язку з підвищенням якості

огляду новобранців та підвищенням вимог до стану їхнього здоров'я у 1904–1912 рр. порівняно з 1891 р. значно зріс відсоток забракованих. У 1905–1906 рр. найвищий відсоток спостерігався у польських, прибалтійських, східних губерніях Європейської Росії та в частині закавказьких, а найменший – в українських губерніях, а також у деяких губерніях Чорноземної області та Північного Кавказу. У 1907 р. найбільший відсоток забракованих знову приходився на польські та прибалтійські губернії, найменший – на південні та центральні губернії Європейської Росії.

У 1891–1895 рр. відсоток забракованих рекрутів Київської губернії був вищим, ніж у Волинській і Подільській губерніях, але нижчим, ніж у земських губерніях Лівобережної та Південної України і середніх даних Європейської Росії. У 1904–1912 рр. відсоток забракованих у Київській губернії коливався: часом був нижчим, ніж у Волинській губернії і земських губерніях Лівобережної та Південної України. Проте процент визнаних непридатними до військової служби був майже завжди нижчим, ніж в інших українських губерніях і середніх даних по Російській імперії.

Загалом у динаміці виявлено, що порівняно з 1877–1881 рр. і в 1891–1895 рр., і в 1904–1912 рр. як в окремих губерніях, так і в середньому по Російській імперії поступово зменшувався відсоток як забракованих при огляді рекрутів, так і визнаних непридатними до військової служби.

Розподіл новобранців за медичними причинами придатності до військової служби у 1904–1907 рр. подано в таблиці 2 [1].

Цікаво, що в 1905 р., коли у зв'язку з Російсько-японською війною відчувалася особлива потреба у військовій силі, спостерігався найвищий відсоток визнаних непридатним до військової служби. Можливо, що це пов'язано з революційними подіями в країні.

Проте серед причин визнання непридатності до військової служби на першому місці були сліпота та інші хвороби зору, глухота і хвороби органів слуху, сухоти та хвороби серця і судин.

Висновки

Важливим способом вивчення стану здоров'я населення, зокрема, молоді чоловічого стану, стали огляди рекрутів (новобранців), які регулярно проводилися з середини ХІХ ст. Основними причинами визнання непридатними до військової служби були глухота і хвороби органу слуху, сухоти і хвороби органів дихання, сліпота, хвороби серця і судин.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на продовження вивчення даної теми.

Таблиця 1
Результати огляду рекрутів (новобранців) Київської губернії порівняно з іншими українськими губерніями (% оглянутих, 1891–1895, 1904–1912 рр.)

Регіон	Рік																							
	1891		1892		1893		1894		1895		1904		1905		1906		1907		1908		1911		1912	
<i>Правобережна Україна</i>																								
Київська	9,9	5,8	1,9	5,8	5,0	4,6	29,4	7,5	17,4	8,4	17,8	8,9	18,4	8,9	17,2	8,3	15,5	7,7	14,9	6,9				
Волинська	11,9	3,5	3,0	3,6	2,7	2,8	39,8	6,5	19,1	6,6	22,3	7,4	20,8	7,0	19,8	7,5	21,2	8,9	21,6	8,4				
Подільська	10,0	3,6	3,4	3,5	3,6	3,6	29,4	7,2	17,0	7,3	17,9	8,4	16,3	7,3	17,0	7,3	15,9	6,8	19,5	9,3				
<i>Лівобережна Україна</i>																								
Чернігівська	9,7	7,3	6,2	6,4	6,6	7,8	33,3	10,0	21,9	12,0	20,3	11,6	23,7	13,6	19,1	11,5	22,5	12,6	21,6	13,0				
Полтавська	7,4	5,3	5,0	5,7	6,1	7,0	28,5	10,4	17,4	11,3	17,0	11,3	16,7	16,4	17,2	10,4	17,3	9,0	18,0	9,9				
Харківська	7,9	6,3	6,7	6,8	5,9	7,7	24,6	12,4	19,1	14,4	16,4	11,4	18,5	13,3	16,1	12,2	14,9	10,1	16,2	11,2				
<i>Південна Україна</i>																								
Катеринославська	7,3	5,2	7,0	8,7	10,1	8,5	21,0	12,8	18,9	12,4	12,2	13,8	20,5	14,4	23,2	15,6	17,2	12,8	18,1	13,1				
Херсонська	8,2	3,5	4,4	4,2	3,8	4,9	24,6	7,3	19,1	9,0	14,1	7,5	16,3	8,7	15,3	8,8	13,2	6,8	16,0	6,7				
Таврійська	6,6	2,4	5,6	6,0	6,1	7,7	33,0	11,0	19,5	13,5	19,2	12,6	17,2	11,2	16,9	12,2	14,9	7,7	15,8	9,2				
Європейська Росія	7,8	5,3	7,9	8,0	8,0	5,9	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д				
Російська імперія	н/д	5,1	5,0	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	10,4	20,3	11,1	20,0	11,0	19,4	10,8	19,2	10,0	19,2	10,2				

Примітки: 1 – % забракovaných; 2 – % визнаних непридатними до військової служби.

Таблиця 2

Розподіл новобранців, визнаних непридатними до військової служби за медичними причинами у 1904–1907 рр. (%)

Причина	Рік			
	1904	1905	1906	1907
Глухота і хвороби органу слуху	6,9	11,9	7,8	7,4
Сухоти і хвороби органів дихання	7,5	11,6	7,8	7,3
Сліпота на одне або обидва ока	7,7	11,1	6,2	6,3
Хвороби серця і судин	6,9	10,5	6,5	6,7
Шрами, схильні до виразки	6,2	9,5	5,9	6,0
Недосконала рухливість або діяльність великих суглобів	6,5	9,3	5,5	5,4
Грижі	6,0	9,2	5,7	6,1
Хвороби органів зору, крім сліпоти	5,9	9,1	6,7	6,5
Викривлення хребта	н / д	6,2	3,9	3,5
Хвороби яєчок	н / д	6,1	4,9	4,9
Неправильно розвинуті груди (вузькі, рахітичні тощо)	н / д	5,5	4,6	5,3

Література

1. *Матеріали* щодо природного руху населення України 1867–1914 рр. / за ред. акад. М. В. Птухи ; Українська академія наук. – [Б.м.], [б.р.]. – С. 1–9.
2. *Медицинский отчет* по Киевской губернии за 1887 год, составленный во врачебном отделении Киевского губернского правления. – Киев : Губернская типография, 1888. – 71 с.: табл.
3. *Отчет* Медицинского департамента за 1876 г., представленный министру внутренних дел. – Санкт-Петербург : Тип. М.М. Стасюлевича. – 1877. – 104 с.
4. *Отчет* Медицинского департамента за 1877 год, представленный управляющему Министерством внутренних дел. – Санкт-Петербург : Тип. М.М. Стасюлевича, 1878. – 214, III с.
5. *Отчет* Медицинского департамента за 1879 г., представленный министру внутренних дел. – Санкт-Петербург : Тип. МВД, 1881. – IV, 294 с.: табл. XX.
6. *Отчет* Медицинского департамента МВД за 1891 год. – Санкт-Петербург : Тип. МВД, 1894. – 304 с.: табл.
7. *Отчет* Медицинского департамента МВД за 1892 год. – Санкт-Петербург : Тип. МВД, 1896. – 303 с.: табл.
8. *Отчет* Медицинского департамента МВД за 1893–1895 годы. – Часть I. Движение населения. Заболеваемость. Осмотры призывных. – Санкт-Петербург : Тип. МВД, 1898. – 359 с.: табл.
9. *Отчет* о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1904 год. – Санкт-Петербург : Тип. МВД, 1906. – 283 с., табл. (243 с.)
10. *Отчет* о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи России за 1905 год / Управление Главного врачебного инспектора за 1905 год. – Санкт-Петербург : Тип. МВД, 1907. – 145, 237, XVIII, 98 с.
11. *Отчет* о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи России за 1906 год / Управление Главного врачебного инспектора за 1906 год. – Санкт-Петербург : Тип. МВД, 1908. – 100, 257 с.
12. *Отчет* о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи России за 1907 год / Управление Главного врачебного инспектора за 1907 год. – Санкт-Петербург : Тип. МВД, 1909. – VII, 221 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.09.2016 р.

Осмотр рекрутов (новобранцев) как метод исследования состояния здоровья мужской молодежи в XIX – начале XX ст.

О.М. Циборовский, В.М. Сорока

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

Цель – осветить историю изучения состояния здоровья молодежи и охарактеризовать источники таких исследований.

Материалы: отчеты медицинского департамента МВД (1876–1898 гг.), отчеты о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи (1904–1907 гг.), статистические материалы (1867–1914 гг.).

Методы: Системного подхода, контент-анализа, сравнительно-исторический, статистический.

Результаты. Хотя результаты осмотров рекрутов (новобранцев) зависят от многих факторов, в т.ч. от требований и потребностей армии, сравнительный анализ забракованных и признанных непригодными к военной службе и их причины в разных регионах позволяют дать сравнительную характеристику здоровья мужской молодежи.

Выводы. Важным способом изучения состояния здоровья населения стали осмотры рекрутов (новобранцев), которые регулярно проводились со середины XIX ст. Основными причинами признания непригодными к военной службе были глухота и болезни органа слуха, чахотка и болезни дыхательных органов, слепота, болезни сердца и сосудов.

Ключевые слова: рекруты, новобранцы, здоровье, Киевская губерния, XIX – начало XX ст.

The medical inspection of recruits as method of the investigation of the reasons of young males' health in the XIX – XX century

O.M. Tsiborovsky, V.M. Soroka

PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches
MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to elucidate the history of the investigation the reasons of health of young people and to characterize the sources of such researches.

Materials: reports of the Medical department of the Ministry of Internal Affairs (1876–1898), reports on the state of people health and organization of medical service (1904–1907), statistical materials (1867–1914).

Methods: systematic approach, content-analysis, historic-critical method and statistical method.

Results. Although the results of recruits' medical inspection depended on many factors, including the requirements and necessities of the army, the comparative analysis of the indices of those who were pronounced unfit for active service and its reasons in different regions allows to give the comparative characteristic of health of young males.

Conclusions. The important method of the investigation the reasons of people health became the medical inspection of recruits, which were regularly conducted from the middle of the XIX – XX century. The illnesses of ear and breathing organs, consumption, deafness, blindness, heart and vessels troubles were the main reasons to pronounce unfit for active service.

Key words: draftees, recruits, health, Kyiv province, the XIX – XX the century.

Відомості про авторів

Ціборовський Олег Михайлович – к.мед.н., с.н.с., керівник сектору історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Сорока Володимир Михайлович – науковий співробітник сектору історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

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»
д.мед.н., проф.**

Г.О. Слабкий

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації» запрошує Вас до активної співпраці!

Тематична спрямованість журналу: здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

До редакції (за адресою: **м. Київ, 02099, пров. Волго-Донський, 3, отримувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»**) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання**, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування

• **Структура матеріалу:** вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.

• Стаття має супроводжуватись **офіційним направленням** (супровідним листом), **гарантійним листом про оплату публікації**, **експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та **рецензією** з візою керівництва (наукового керівника) і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка: прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів. **Звертаємо вашу увагу, що зазначена інформація буде надрукована наприкінці статті.**

• Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

- тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);
- списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50),
- таблиць;
- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;
- резюме (українською, російською та англійською мовами).

• Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі .rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

• На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва статті, назва установи, де працюють автори, місто, країна.

• Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з ДСТУ, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

• Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

• Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

• Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеєю (X, XI). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.

• Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.

• У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються аббревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. ***Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.***

• Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

• Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Журнал видається за рахунок авторів статей. Журнал не є комерційним, тому кошти витрачаються виключно на його видання. **Інформаційний спонсор журналу – Закарпатський обласний благодійний фонд «Закарпаття проти СНІДу». Кошти необхідно перераховувати на його рахунок ПР – 26006011339902; МФО 300346; ІНН – 26395674; ПАТ «Альфа-Банк» у м. Києві.** Вартість однієї повної (чи неповної) сторінки рукопису (відповідно до зазначених вище вимог) уточнюється.

Редакційна рада

Звертаємо вашу увагу на технічні помилки, виявлені в журналі «Україна. Здоров'я нації» № 3 (39), 2016:

1. Текст нижнього колонтитула **парних** сторінок вважати правильним у наступній редакції:
ISSN 2077-6594. УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ. 2016. № 3 (39)

2. На сторінці 30 текст після «Відомості про автора» вважати правильним у наступній редакції:
Лобас Михайло Віталійович – начальник Управління охорони здоров'я Черкаської обласної державної адміністрації; бул. Шевченка, 185, м. Черкаси, 18001, Україна.

Дякуємо за розуміння!